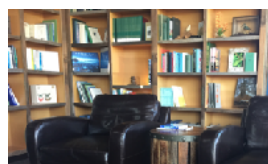
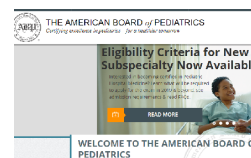




ENCUESTA SEPHO
TRANSFERENCIA SEGURA
DE PACIENTES EN EL
ÁMBITO HOSPITALARIO



ARTÍCULOS
COMENTADOS DE LAS
PRINCIPALES REVISTAS
CIENTÍFICAS



**RECURSOS DE
AGENCIAS DE SALUD**
AMERICAN BOARD OF
PEDIATRICS

BOLETÍN SEPHO

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA HOSPITALARIA



Hospital Nationwide Children's. Columbus (OH), EEUU

Apreciados amigos:

Coincidiendo con el año académico, reanudamos los boletines SEPHO con una nueva imagen. Además de una serie de artículos comentados y enlaces de recursos de interés para la pediatría hospitalaria, os hacemos partícipes de nuevos retos y proyectos de nuestra sociedad. Esperamos que sea de vuestro interés.

Podéis consultar los números anteriores en nuestra página web [\[Enlace\]](#)

DÍA NACIONAL DE LA PEDIATRÍA





ENCUESTA SEPHO:

Transferencia segura de pacientes en el ámbito hospitalario

La correcta transmisión de información entre la torre de control y el piloto es tan crítica como la que se produce entre los profesionales sanitarios en una jornada hospitalaria.

Un grupo de pediatras y enfermeras de nuestra sociedad está investigando los procesos de transferencia de pacientes y comunicación entre profesionales sanitarios.

La información que nos transmitas será de gran utilidad e indispensable para un trabajo que busca mejorar una práctica tan cotidiana como relevante.

Puedes acceder al cuestionario en este enlace (y si puedes, difúndelo también entre tus compañeros de trabajo):

[ENLACE DEL CUESTIONARIO](#)

Cuestionario transferencia pacientes pediátricos en ámbito hospitalario

Somos un grupo de pediatras y enfermeras de ámbito hospitalario. Estamos investigando las prácticas cotidianas relevantes a la seguridad del paciente durante su ingreso. Necesitamos que lees y contestes las preguntas que te planteamos (no te llevará más que unos minutos) en relación a procesos de transferencia de pacientes y comunicación entre profesionales sanitarios. La información que nos transmitas será de gran utilidad e indispensable para nuestro trabajo.

***Obligatorio**

Dirección de correo electrónico *

Tu dirección de correo electrónico

Primera parte: perfil profesional, ámbito de trabajo y formación recibida



Seguridad del paciente: “Zero Hero”

**Distraction
Free
Zone**



El programa “Zero Hero” nació en el hospital Nationwide Children’s (portada) en 2012. Se basa en una serie de acrónimos y reglas mnemotécnicas al alcance de todos los profesionales que tienen como finalidad la reducción de los errores evitables asociados al ámbito sanitario. Este método ha sido exportado a otros muchos hospitales infantiles y ha sido galardonado por su efectividad y sencillez.



ARTÍCULOS COMENTADOS

Actualidad de la pediatría hospitalaria en las principales revistas científicas

Hospital Pediatrics

AN OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Relevancia de los niños con patología crónica compleja en el número y coste de hospitalizaciones pediátricas

Berry JG, Ash AS, Cohen E, Hasan F, Feudtner C, Hall M. Contributions of Children With Multiple Chronic Conditions to Pediatric Hospitalizations in the United States: A Retrospective Cohort Analysis. *Hosp Pediatr*. 2017;7:365-372. [\[Enlace\]](#)

Estudio de cohortes retrospectivo en el que se determinó el grado de utilización de recursos de los niños con múltiples patologías crónicas frente a los que tenían una o ninguna de estas condiciones, mediante el análisis de las hospitalizaciones no programadas en hospitales estadounidenses. Los niños con múltiples patologías crónicas supusieron una cuarta parte de los ingresos, y la mitad de los costes de hospitalización del periodo de estudio.

PEDIATRICS

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Desarrollo de un plan de estudios en Pediatría Hospitalaria

Jerardi KE, Fisher E, Rassbach C, Maniscalco J, Blankenburg R, Chase L, Shah N; Council of Pediatric Hospital Medicine Fellowship Directors. Development of a Curricular Framework for Pediatric Hospital Medicine Fellowships. *Pediatrics*. 2017;140. pii: e20170698. [\[Enlace\]](#)

Propuesta en nombre del Consejo de Pediatría Hospitalaria, en el que definen un plan de estudios consensuado en Pediatría Hospitalaria de 2 años, y la metodología para su desarrollo en los hospitales. Está definido por 26 áreas educacionales, integradas en 3 grandes secciones: atención clínica, calidad asistencial, formación e investigación y un área de currículum individualizado en base a unos rotatorios recomendados.

Recomendaciones al alta, ¿una potencial fuente de errores?

Glick AF, Farkas JS, Nicholson J, Dreyer BP, Fears M, Bandera C, Stolper T, Gerber N, Yin HS. Parental Management of Discharge Instructions: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2017 24. pii: e20164165. [\[Enlace\]](#)

Revisión sistemática en la que se evaluaban los errores en la dosificación, adherencia al tratamiento y comprensión de las instrucciones proporcionadas en el momento del alta. Los autores destacan la importancia de este proceso como fuente de error, especialmente con los planes de alta más complejos. Recomiendan que se realicen intervenciones de cara a la mejora de este proceso.

ACTA PÆDIATRICA
NURTURING THE CHILD**El uso de un protocolo estandarizado fue eficaz en reducir la hospitalización y el tratamiento en los niños con trombocitopenia inmune de reciente diagnóstico.**

R Labrosse, M Vincent, U-P Nguyen, C Chartrand, L Di Liddo, Y Pastore. 2017. Acta Paediatr. 106, pp. 1617–1623 [\[Enlace\]](#)

Los autores comparan su nuevo protocolo de tratamiento de las trombocitopenias inmunes con el previo. Concluyen que con el nuevo protocolo han reducido un 34% los ingresos y disminuido el tratamiento con prednisona y los días de administración de la misma, sin que hayan aumentado el número de complicaciones ni el de trombocitopenias crónicas.. Las condiciones para no indicar el ingreso son: no tener hematuria macroscópica ni epistaxis que no ceda. Que no sea secundaria a un proceso oncológico o secundaria a lupus etc y que el paciente no tenga alguna circunstancia que dificulte su manejo, con TADH, autismo...

Si cumple estas condiciones y tiene más de 10.000 plaquetas se le da el alta sin tratamiento y control en 8-24 horas. Si tiene menos de 10.000 plaquetas: los mayores de 3 años se les da el alta con tratamiento corticoideo oral y los menores de 3 años, ingreso con corticoide oral hasta que tengan más de 10.000 plaquetas.

**The JOURNAL
of PEDIATRICS****Gel de lidocaína para sondaje uretral en niños: meta-análisis**

Michael E. Chua, Paul Nimrod B. Firaza, Jessica M. Ming, Jan Michael A. Silangcruz, Luis H. Braga, Armando J. Lorenzo. J Pediatr; Publicado online 13 septiembre 2017. [\[Enlace\]](#)

Metaanálisis en el que comparan la eficacia y seguridad de un gel de lidocaína para sondaje uretral con un gel no anestésico. Incluyeron en el estudio 5 trabajos controlados y randomizados con un total de 369 pacientes y concluyen que el gel con lidocaína no es eficaz para reducir el dolor durante el sondaje, sobre todo en pacientes menores de 4 años.

JAMA Pediatrics**Precisión del recuento leucocitario para identificar a niños menores de 60 días con enfermedad bacteriana invasiva**

Andrea T. Cruz, Prashant Mahajan, Bema K. Bonsu. JAMA Pediatrics Published online 11 septiembre, 2017. [\[Enlace\]](#)

Los autores realizan un análisis secundario de un estudio de cohortes observacional prospectivo, realizado en 26 servicios de urgencias desde 2008 a 2013, sobre el lactante febril. El objetivo era ver la precisión del recuento leucocitario para descartar una infección bacteriana severa (IBS) o meningitis bacteriana en niños menores de 60 días, en la época de la vacuna neumocócica conjugada. El número total de niños del estudio fue de 4313 y concluyeron que no hay ningún parámetro fiable dentro del recuento leucocitario que sirva para descartar de forma segura una IBS en niños febriles, menores de 60 días.

Current Opinion in Pediatrics

Evaluación del dolor torácico en adolescentes.

Acra PE, Perez MT. The evaluation of adolescent chest pain: a screening ECG or PSC-17? Curr Opin Pediatr. 2017;29:414–419 [\[Enlace\]](#)

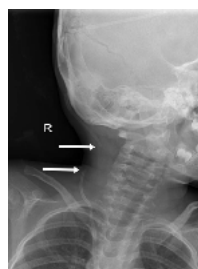
Artículo de revisión que actualiza las causas de dolor torácico en la adolescencia, y propone reorientar el actual enfoque diagnóstico, basado en descartar causas cardíacas, hacia la búsqueda de las cada vez más frecuentes causas banales como el dolor idiopático o el dolor psicógeno, dado el gran aumento de casos existente, y la muy escasa prevalencia de causas con riesgo vital. Se han propuesto varios algoritmos clínicos que siguen este enfoque, como por ejemplo el Standardized Clinical Assessment and Management Plan (SCAMP) del Boston Children's Hospital.

ADC Education & Practice edition

Antibioterapia empírica ante infecciones graves. Un abordaje práctico

Bielicki JA, Cromwell DA, Sharland M. Fifteen-minute consultation: the complexities of empirical antibiotic selection for serious bacterial infections-a practical approach. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2017;102:117-123. [\[Enlace\]](#)

Los autores exponen la problemática de la antibioterapia empírica, en base a la epidemiología, tipo de infección y factores de riesgo del paciente. En relación a un supuesto práctico de una infección respiratoria grave en un paciente con patología crónica compleja, proponen un método (WISCA) basado en la combinación de datos: la cobertura proporcionada por diferentes regímenes, la distribución de patógenos y resistencia, patrones (incidencia ponderada) de un síndrome infeccioso y se puede calcular tanto para terapia única como para combinación de regímenes antibióticos.



Principales complicaciones en el paciente con válvula de derivación de LCR.

Mangat HS, Patel C, Rodrigues D. Fifteen-minute consultation: assessment of a child with suspected shunt problems. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2017;102:170-174. [\[Enlace\]](#)

En este artículo los autores repasan los componentes principales del sistema de derivación ventricular, la anatomía y las principales complicaciones. Dado que algunas de ellas son potenciales graves requieren una rápida identificación y tratamiento, por lo que todos los pediatras tienen que estar familiarizados y tener un alto índice de sospecha de las mismas.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Fallo intestinal y opciones terapéuticas. Presente y futuro factible

Duggan CP, Jaksic T. Pediatric Intestinal Failure. N Engl J Med. 2017 17;377:666-675 [\[Enlace\]](#)

Revisión actualizada sobre las opciones de futuro inminente para el fracaso intestinal que probablemente incluirán nuevos enfoques para la nutrición parenteral y enteral; terapias hormonales y otras terapias médicas para facilitar el crecimiento intestinal residual, que probablemente apuntará a

mecanismos moleculares de adaptación intestinal; terapia génica dirigida a células madre intestinales; la aplicación de dispositivos de crecimiento inducidos por tensión para alargar el intestino autólogo; y la creación de intestino fabricado con tejidos. La gestión eficaz requerirá la identificación de biomarcadores válidos y fiables para el monitoreo de la función gastrointestinal. También será importante centrar la atención en la calidad de vida, en los resultados del neurodesarrollo y en las terapias rentables



Sibilancias recurrentes e infecciones virales en el primer año

Calvo C, Aguado I, García-García ML et al. Grupo de Estudio de Sibilancias Recurrentes. Infecciones virales respiratorias en una cohorte de niños durante el primer año de vida y su papel en el desarrollo de sibilancias. *An Pediatr(Barc)*. 2017;87:104-110 [\[Enlace\]](#)

Interesante estudio de en nuestro medio con el objetivo de analizar si las infecciones respiratorias virales comparando las sintomáticas y asintomáticas, de diferente gravedad, durante el primer año de vida en una cohorte de recién nacidos, suponen un mayor riesgo de sibilancias recurrentes. En una cohorte de 302 recién nacidos se recogió aspirado nasofaríngeo a los niños cuando presentaron una infección respiratoria y de forma periódica en los controles de salud (2, 4, 6 y 12 meses). Se estudiaron 16 virus respiratorios mediante reacción en cadena de polimerasa (PCR). El 30,8% de las muestras tomadas en los controles de salud fueron positivas, frente a un 77,8% en las infecciones respiratorias, $p < 0,001$ (OR: 3, IC 95%: 2,4-3,8). Un total de 239 (79%) lactantes tuvieron al menos una detección viral positiva durante el primer año de vida. El virus más frecuentemente identificado (71%) fue el rinovirus (RV). En 27 lactantes (11%) se detectaron sibilancias recurrentes durante su primer año de vida (2,9 DE: 1,2 episodios). El 58,3% de los lactantes cuya primera infección respiratoria requirió hospitalización desarrollaron sibilancias de repetición, frente al 8,6% de los niños cuya primera infección fue leve o asintomática, $p < 0,001$ (OR: 2,18; IC 95%: 1,05-4,5). Por ello los autores concluyen que, las infecciones respiratorias virales graves en los primeros meses de vida supusieron un factor de riesgo para desarrollar sibilancias recurrentes. No ocurrió lo mismo con las infecciones respiratorias leves.

Fiebre en menores de 3 meses: agentes bacterianos más frecuentes

De la Torre M, de Lucas N, Velasco R, Gómez B, Mintegi S; Grupo para el estudio del lactante febril de la Red de investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (RISeuP-SPERG) Etiología y evolución de las infecciones potencialmente graves en lactantes menores de 3 meses febriles. *An Pediatr(Barc)*. 2017;87:42-9 [\[Enlace\]](#)

Estudio actualizado en nuestro país de la etiología de las infecciones bacterianas potencialmente graves en lactantes menores de 3 meses de vida con fiebre con el objetivo de describir la microbiología y secundariamente la evolución de estas infecciones donde parece observarse según otras publicaciones un cambio en la tendencia. Se trata de estudio prospectivo y multicéntrico sobre lactantes febriles con menos de 3 meses de edad que consultaron desde el 1 de octubre del 2011 hasta el 30 de septiembre del 2013 en los servicios de urgencias de 19 hospitales infantiles españoles de la Red de investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría/Spanish Pediatric Emergency Research Group (RISeuP/SPERG). Se incluyó a 3.401 lactantes menores de 91 días de vida con fiebre sin foco. Hubo 896 cultivos positivos: 766 urocultivos (85,5%), 100 hemocultivos (11,2%), 18 cultivos de líquido cefalorraquídeo (2%), 10 coprocultivos y 2 cultivos umbilicales. Fueron diagnosticados de una infección bacteriana potencialmente grave 784 niños (23%), de los cuales 107 (3,1%) tenían una infección invasora. *Escherichia coli* (*E. coli*) fue la bacteria más frecuente de urocultivos (628; 82%), hemocultivos (46; 46%) y cultivos de líquido cefalorraquídeo (7; 38,9%) seguido por *Streptococcus agalactiae*, que fue aislado en 24 (24%) hemocultivos y 3 (16,7%) cultivos de líquido cefalorraquídeo. Solo hubo 2 infecciones producidas por *Listeria monocytogenes*. Fallecieron 4 niños y 7 desarrollaron complicaciones graves. Los autores concluyen que *E. coli* fue la bacteria más frecuente en urocultivos, hemocultivos y cultivos de líquido cefalorraquídeo de los lactantes con menos de 3 meses de vida y fiebre sin foco en nuestro entorno, incluso si solo se tiene en cuenta a los neonatos.



Enfermedad de Kawasaki.

Dietz SM, van Stijn D, Burgner D, Levin M, Kuipers IM, Hutten BA, Kuijpers TW. Dissecting Kawasaki disease: a state-of-the-art review. Eur J Pediatr. 2017;176:995–1009 [\[Enlace\]](#)

Artículo de revisión sobre la enfermedad de Kawasaki, cuando se cumplen 50 años de sus primeras descripciones, en Japón, país que mantiene el récord de incidencia en la actualidad. Se trata de una vasculitis cuya principal complicación es la formación de aneurismas coronarios. Aunque se han estudiado varios marcadores de la enfermedad, el diagnóstico continua siendo clínico en base a criterios establecidos, aunque cada vez son más frecuentes las formas incompletas, en las cuales los estudios de laboratorio tienen un gran valor. La etiología tampoco está claramente dilucidada aunque la causa más plausible consiste en un mecanismo inmune post-infeccioso en individuos genéticamente predispuestos. Estos mecanismos, junto a otros aspectos del tratamiento y el pronóstico de la enfermedad son actualizados en esta revisión.

Pediatric Clinics

Tuberculosis en niños.

Thomas TA. Tuberculosis in Children. Pediatr Clin N Am. 2017;64:893–909 [\[Enlace\]](#)

Artículo de revisión sobre la enfermedad tuberculosa (TBC) en la infancia, que continúa siendo responsable de una alta mortalidad en países en vías de desarrollo, a pesar de la puesta en marcha de la campaña "zero TBC deaths in children". Aún no existen test diagnósticos lo suficientemente específicos y la confirmación requiere una alta sospecha clínica y una búsqueda pertinaz, sobre todo en los niños, debido a su carácter paucibacilífero. Estos hechos, junto con la gran variedad de cuadros clínicos con los que la TBC puede manifestarse, y el aumento de cepas resistentes a los fármacos más habituales (isoniazida y rifampicina), hace que en los países con baja incidencia debamos permanecer atentos.

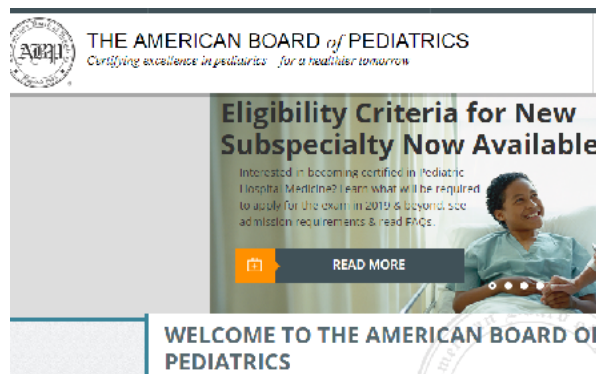


RECURSOS DE AGENCIAS DE SALUD

No estamos solos, ni tampoco necesitamos estarlo

American Board of Pediatrics

(pulsar para enlace)



Organización independiente sin fines lucrativos cuyo certificado es reconocido en todo el mundo como una credencial que ofrece un alto nivel de competencia médica.

Pertenece a la Junta Americana de Especialidades Médicas, y establece y certifica los criterios de acreditación para asegurar la excelencia en la atención pediátrica.

La ABP otorga certificados en Pediatría General y en varias subespecialidades, entre las que se encuentra la [Pediatría Hospitalaria](#)

THE AMERICAN BOARD of PEDIATRICS
Certifying excellence in pediatrics – for a healthier tomorrow

HOME » BECOME CERTIFIED » SUBSPECIALTY CERTIFICATION » SUBSPECIALTY CERTIFICATION AND ADMISSION REQUIREMENTS » PEDIATRIC HOSPITAL MEDICINE

PEDIATRIC HOSPITAL MEDICINE CERTIFICATION

Eligibility Criteria for Certification in Pediatric Hospital Medicine

The American Board of Pediatrics (ABP) has established a procedure for certification in pediatric hospital medicine. In addition to the specific admission requirements listed below, general eligibility criteria for all ABP subspecialties must be fulfilled to be eligible for certification. At the present time, there are two pathways to certification: Training Pathway and Practice Pathway.

Admission Requirements

Training Pathway

SUBSPECIALTY CERTIFICATION AND ADMISSION REQUIREMENTS

- GENERAL CRITERIA FOR SUBSPECIALTY CERTIFICATION
- ADOLESCENT MEDICINE
- PEDIATRIC CARDIOLOGY

FEEDBACK



LA CITA

*“Duda siempre de ti mismo, hasta que los
datos no te dejen lugar a duda”*

Louis Pasteur
Químico y bacteriólogo francés (1822-1895)



Y hasta aquí el número de octubre de nuestra sociedad, esperamos como siempre que haya resultado de utilidad. Y hasta la próxima se despide, con los mejores deseos, el **equipo del boletín SEPHO**

José Miguel Ramos Fernández. Hospital Regional Universitario Materno-Infantil de Málaga
José David Martínez Pajares. Hospital de Antequera. Málaga
David López Martín. Hospital Regional Universitario Materno-Infantil de Málaga
Miguel Ángel Vázquez Ronco. Hospital de Cruces. Bilbao
Pedro J Alcalá Minagorre. Hospital General Universitario Alicante

Más información en www.sepho.es