



ACTUALIDAD SEPHO
Reunión SEPHO pasa a virtual
Nuevos plazos acreditación



ARTÍCULOS
Comentados de las principales
revistas internacionales



RECURSOS ONLINE
Directorio SARS-CoV2
Directorio pediatría Hospitalaria

PEDIATRÍA HOSPITALARIA

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA HOSPITALARIA (SEPHO)



SEPHO y RGPD

Si eres socio SEPHO y quieres seguir recibiendo el Boletín y resto de comunicaciones de la sociedad, **pulsa aquí**

TE ESTAMOS ESPERANDO

Si quieres conocer las ventajas de ser socio de la SEPHO: **pulsa aquí**

Apreciados amigos... volvemos con energía y conocimiento

Os presentamos el número de verano de nuestra revista, una vez superada la primera ola de la pandemia, y ya preparándonos para las siguientes, y un invierno que nos aguarda con muchas incertidumbres.

En este número incluimos un editorial de **Javier Benito, presidente de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)**, y en la sección de originales: **una carta científica** sobre las distracciones en la práctica clínica y un **estudio sobre la aplicación de la oxigenoterapia de alto flujo en la bronquiolitis aguda**. Como siempre, incluimos noticias sobre la sociedad, una selección de artículos comentados, recursos web y nuestro rincón cultural.

Os recordamos a los MIR que contáis con un lugar en esta revista. Os **animamos a todos a compartir vuestros casos clínicos en los próximos número** (mail al final de la sección).

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

Editorial



Pediatría Interna Hospitalaria, una visión desde fuera

Las especialidades pediátricas han experimentado un rápido desarrollo en los últimos 40 años, lo que ha permitido una mejora muy importante en los cuidados que los niños y sus familias reciben en cualquier ámbito de la atención sanitaria. Sin embargo, este desarrollo ha sido muy desigual en los países occidentales, desde el reconocimiento oficial y la existencia de planes de formación específicos en países como Canadá, EEUU, Australia y Reino Unido, hasta el cuestionamiento de su existencia en muchos países europeos.

En España, las especialidades pediátricas se han desarrollado gracias al empuje de profesionales que organizados en sociedades científicas han conseguido, aunque de forma desigual, ofrecer formación en las competencias necesarias para alcanzar en cada campo específico de la pediatría. Recientemente se han puesto marcha, iniciativas para el desarrollo y reconocimiento de las Áreas de Capacitación Específica (ACE) en Pediatría. En la actualidad estas iniciativas cuentan con la acción conjunta de todas las Sociedades de Especialidades Pediátricas, bajo el paraguas de la Asociación Española de Pediatría (AEP) y la recepción positiva por parte de las Autoridades Sanitarias.

Las especialidades pediátricas se basan en el conocimiento profundo y dominio de las técnicas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a un órgano o sistema o al manejo de las mismas en un nivel asistencial concreto. Dentro de estas últimas está la Pediatría Hospitalaria que es la que se centra en el paciente ingresado, lactante, escolar o adolescente, en su totalidad, contemplando sus aspectos médicos, emocionales y familiares; procurando la mejor atención y buscando el alta satisfactoria (1). Aunque hace ya 20

años la Pediatría Interna Hospitalaria es mencionada como una disciplina específica dentro de Pediatría (2,3), su reconocimiento como especialidad es muy reciente. En el año 2015 Pediatría Hospitalaria es reconocida como una nueva especialidad pediátrica en EEUU (4), contando desde entonces con un programa de entrenamiento específico que se ofrece ya en muchos centros de este país.

En España, aunque como sucede en el resto de las especialidades pediátricas no existe este reconocimiento oficial, la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO) se constituye en 2011 y es reconocida por la AEP en 2012 (1). Desde entonces ha experimentado un rápido desarrollo, organizando su reunión anual coincidiendo con los congresos de la AEP, impulsando la investigación y docencia en su campo, creando grupos de trabajo en las diferentes áreas de su especialidad y diseñando protocolos de manejo de los problemas más frecuentes en su práctica clínica: <http://sepho.es/>.

La SEPHO es a día de hoy una de las sociedades de especialidad pediátrica más activa y forma parte de la Junta Directiva de la AEP. Pero más importante es el impacto que el desarrollo de esta especialidad puede tener en la calidad de los niños ingresados en los hospitales españoles. Estudios realizados en otros países han demostrado que los hospitales que cuentan con pediatras hospitalistas obtienen mejores resultados en el coste-eficiencia de los procesos de hospitalización (5,6). Lo mismo se ha publicado en cuanto a la adherencia de los profesionales a las guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica (7,8) y en la satisfacción de las familias de los niños hospitalizados (9). Todo ello es reflejo de la mejora de la calidad de los cuidados asociada a la

existencia de la Pediatría Hospitalaria. Seguro que el desarrollo de la especialidad en España se acompañará de los mismos logros.

Como decía al inicio de esta editorial, estamos viviendo un momento importante para el reconocimiento y desarrollo de los planes de formación en las diferentes especialidades pediátricas y como el resto de especialidades, Pediatría Hospitalaria debe preparar la Memoria para conseguir su ACE. Los niños hospitalizados y sus familias se beneficiarán del buen hacer de

unos profesionales formados, para atender sus necesidades específicas.

Como presidente de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), sociedad que comparte con SEPHO la tarea de desarrollar las ACEs pediátricas, os deseo todo el éxito en este trascendental proyecto.

Un fuerte abrazo.



Javier Benito
Presidente de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría
(SEUP)

REFERENCIAS

1. Montiano Jorge JI, Hernández Marco R, García García JJ. Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria. *An Pediatr (Barc)*. 2012;77(6):357---359.
2. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of “hospitalists” in the American health care system. *N Engl J Med*. 1996;335(7):514–517.
3. Wachter RM. An introduction to the hospitalist model. *Ann Intern Med*. 1999; 130:338–342.
4. Barrett DJ, McGuinness GA, Cunha CA et al. Pediatric Hospital Medicine: A Proposed New Subspecialty. *Pediatrics*, 139 (3) e20161823; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1823>.
5. Coffman J, Rundall TG. The impact of hospitalists on the cost and quality of inpatient care in the United States: a research synthesis. *Med Care Res Rev*. 2005; 62(4):379–406.
6. Mussman GM, Conway PH. Pediatric hospitalist systems versus traditional models of care: effect on quality and cost outcomes. *J Hosp Med*. 2012;7(4):350–357.
7. Landrigan CP, Conway PH, Stucky ER, Chiang VW, Ottolini MC. Variation in pediatric hospitalists’ use of proven and unproven therapies: a study from the Pediatric Research in Inpatient Settings (PRIS) network. *J Hosp Med*. 2008; 3(4):292–298.
8. McCulloh RJ, Smitherman S, Adelsky S, et al. Hospitalist and nonhospitalist adherence to evidence-based quality metrics for bronchiolitis. *Hosp Pediatr*. 2012;2(1):19–25.
9. Landrigan CP, Conway PH, Edwards S, Srivastava R. Pediatric hospitalists: a systematic review of the literature. *Pediatrics*. 2006;117(5):1736–1744



ACTUALIDAD SEPHO

Eventos próximos y últimas noticias relevantes



La Pediatría Interna Hospitalaria en los tiempos de la COVID 19



Como se destacó en el número especial de Pediatría Hospitalaria sobre la pandemia SARS-CoV-2 nuestra sociedad quiere manifestar su firme compromiso con la salud de los niños hospitalizados, sus familias, los profesionales sanitarios y el bien común. En estos meses, la SEPHO ha desarrollado iniciativas de apoyo, entre las que se encuentra el [directorio de recursos COVID-19](#); [el foro red Iris](#), participación en grupos de trabajo sobre formas de afectación pediátrica, y un próximo artículo especial para la preparación ante los próximos escenarios asistenciales.



La V reunión SEPHO, 5-7 de noviembre en entorno virtual

Como el 67 Congreso de Pediatría, en el que se encuentra integrada, nuestra reunión científica anual se celebrará de forma telemática debido a las circunstancias epidemiológicas. Más adelante se contactará con el programa definitivo y las formas de inscripción.



Acreditación en Pediatría Hospitalaria, nuevo plazo 15 octubre

Acreditación en Pediatría Interna Hospitalaria por la Asociación Española de Pediatría

Bases y modelo de solicitud



Se abre un nuevo plazo para la recogida de solicitudes para la acreditación en Pediatría Interna Hospitalaria por parte de la Asociación Española de Pediatría. En el momento actual 20 compañeros han sido ya acreditados en nuestra especialidad. Las nuevas solicitudes se cursarán desde la SEPHO de forma bienal, siendo el 15 de octubre el plazo del siguiente envío. Los requisitos necesarios para su solicitud, los méritos y la metodología de solicitud se encuentran disponibles en la página de la sociedad [[Enlace](#)].



Los protocolos de la SEPHO, ya disponibles en la web de la AEP

Con la publicación del protocolo de fiebre recurrente, ya son [26 las revisiones y actualizaciones disponibles](#) sobre aspectos relevantes de la Pediatría Interna Hospitalaria en nuestra web, (también disponibles en la [web de la Asociación Española de Pediatría](#)).

Protocolos SEPHO.es 

Fiebre Recurrente

Dra. María Isabel González Sánchez
Sección de Pediatría Hospitalaria, Hospital Gregorio Marañón
Fecha de publicación: junio 2020

[1.- Introducción](#)

[2.- Inmunodeficiencias Primarias](#)

- Clasificación.
- ¿Cuándo debemos sospechar una Inmunodeficiencia Primaria?
- Pruebas diagnósticas.

 Asociación Española de Pediatría

Protocolos de la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria

protocolo

Serie: Protocolos de la AEP
Asociación de Pediatría Hospitalaria
Año de edición: 2018



LA CITA

“No hay que temer nada en la vida, solo hay que entenderlo.

Ahora es el momento de entender más, para que podamos temer menos “.

Marie Curie. Premios Nobel de Física y Química 1867-1964



RESIDENTE DE PEDIATRÍA EN LA PLANTA

Espacio de casos clínicos donde el protagonista es MIR

Cómo participar en nuestra sección:

Envíanos un correo a la dirección editorialsepho@gmail.com y te ayudaremos a hacerlo.

¡No olvides que este espacio existe por y para ti! ¡Muchas gracias por tu colaboración!



ORIGINALES

Publicaciones exclusivas en Pediatría Hospitalaria

Accede a la versión completa del artículo en nuestra web [aquí](#)

Distracciones e interrupciones en el ámbito de la hospitalización pediátrica

Fuente-Lucas G, Pérez-Martín C, Penalva-Pérez R, Alcalá-Minagorre PJ.

Unidad de Hospitalización. Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario de Alicante. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España.

Autor de correspondencia: Fuente-Lucas G; e-mail: gonzalo.fuente.gfl@gmail.com

Palabras clave: distracciones, interrupciones, seguridad del paciente, hospitalización pediátrica

Un número relevante de los pacientes pediátricos padece un evento adverso relacionado con la asistencia durante la hospitalización. Aunque no todos los eventos adversos son fruto de errores evitables, ni todos los errores finalizan en eventos adversos, en conjunto originan una morbimortalidad muy considerable. De hecho, actualmente los eventos adversos derivados de errores médicos suponen la tercera causa de mortalidad en el ámbito hospitalario en EE. UU. y, por tanto, un grave problema de salud pública¹.

Existen múltiples causas para que se produzcan eventos adversos durante la práctica clínica, siendo la mayoría de ellos evitables. En el estudio ENEAS² (Estudio Nacional de Eventos Adversos) se observó que el 9,3% de los pacientes de cualquier edad ingresados presentaron algún efecto adverso derivado de la práctica clínica. Se recoge en el mismo estudio que hasta el 43% de los eventos adversos podrían haber sido evitables. Por otro lado, el estudio EVADUR³ (eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de los hospitales españoles) concluyó que hasta el 70% de los eventos adversos detectados se podrían haber prevenido en alguna fase de la asistencia. En población pediátrica encontramos tasas similares de eventos adversos, como el estudio

realizado por el Instituto Canadiense por la Seguridad del Paciente del año 2013 en el que el 9,2% de los pacientes pediátricos hospitalizados sufrían algún evento adverso derivado de la actividad médica⁴.

Pese a la baja conciencia del riesgo que suponen, las distracciones e interrupciones durante el desarrollo de la actividad asistencial juegan un papel fundamental en la aparición de eventos adversos evitables⁵⁻⁶. Existe un menor número de trabajos que haya estudiado la influencia de las distracciones e interrupciones en la seguridad del paciente pediátrico, aunque en uno de ellos se señala que cerca del 90% de las interrupciones detectadas tuvieron consecuencias negativas en la seguridad del paciente⁷.

La gran cantidad de procedimientos, técnicas e interacciones entre el personal sanitario que existe en la actualidad incrementa la posibilidad de errores humanos y el riesgo para el paciente. Se define error como aquella equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso. Estos sucesos adversos pueden, o no, tener consecuencias negativas en el paciente. Según el Modelo del queso Gruyere de Reason⁸ que los eventos adversos ocurren por múltiples errores

consecutivos que consiguen evitar las diferentes barreras que existen para evitar los accidentes. Las distracciones e interrupciones actúan como causa principal del evento adverso, pero también como agentes facilitadores que harían fallar los sistemas de supervisión.

Los altos niveles de distracción en los entornos de atención médica suponen una amenaza constante para la seguridad del paciente. Las distracciones e interrupciones son especialmente perjudiciales en situaciones que requieren procesar gran cantidad de información, como ocurre en el ámbito hospitalario. El personal sanitario realiza constantemente tareas que requieren mantener un alto grado de atención, como por ejemplo el proceso de pautar o preparar medicación, la comunicación de órdenes entre distintos profesionales sanitarios o la transferencia de pacientes de unos servicios a otros.

Son varios los factores que pueden estar implicados en la aparición de distracciones durante la asistencia clínica, tanto individuales como dependientes del propio sistema sanitario. Trabajar en un ambiente ruidoso, las tareas simultáneas, la organización mejorable del espacio de trabajo o la alta presión asistencial son solo algunos de los factores que pueden contribuir a la aparición de eventos adversos relacionados con las distracciones e interrupciones.

Además, en los últimos tiempos las nuevas tecnologías como pueden ser los móviles personales, tabletas electrónicas o los relojes inteligentes han aumentado el tipo y el número de distracciones que ocurren durante la práctica clínica⁹. Con cada nueva tecnología que se introduce en el entorno sanitario se reconocen nuevas fuentes de distracción. El rápido acceso a internet y fuentes de información han convertido a estos dispositivos en una herramienta fundamental en la práctica clínica de muchos profesionales sanitarios. Más del 80% de los profesionales sanitarios reconocen usar el teléfono móvil personal durante su actividad asistencial y más de la mitad reconocen haber sufrido alguna distracción derivada de su uso¹⁰⁻¹¹. Ya en el año 2013 el *ECRI*

institute incluía el *smartphone*¹² dentro del TOP 10 de los riesgos tecnológicos para la salud.

Las constantes notificaciones de las aplicaciones de mensajería en tiempo real pueden interrumpir la actividad asistencial para tratar temas personales o externos a la actividad clínica, lo que provoca en muchas ocasiones que las tareas queden incompletas o que aumenten los errores en el reinicio de la actividad.

Debido al impacto que tienen estos eventos en la seguridad de los pacientes es fundamental que se lleven a cabo medidas de prevención e identificación tanto a nivel individual como organizativo. El personal sanitario debe ser consciente de la magnitud del problema y saber reconocer las fuentes más frecuentes de distracción, así como las situaciones de mayor riesgo para el paciente. El empleo de listados de verificación durante la ejecución de tareas complejas o el de sistemas como el IDEAS durante la transferencia de pacientes son otras medidas que pueden ser útiles para reducir el riesgo de errores asociados a distracciones o interrupciones¹³.

La organización sanitaria también tiene una responsabilidad fundamental en este ámbito. A pesar de la evidencia que existe sobre la problemática de las distracciones e interrupciones en la seguridad de los pacientes, son escasas las políticas activas que se llevan a cabo en el medio hospitalario. Algunos centros de nuestro país han comenzado a implementar medidas para evitar las distracciones en el personal de enfermería durante la realización de tareas críticas, como por ejemplo con el uso de chalecos especiales con mensajes de alerta de no distracción¹⁴. Respecto al uso de dispositivos móviles no se ha generalizado la aplicación de restricciones concretas o acciones encaminadas a reducir su uso por parte de las instituciones u organizaciones sanitarias.

Hoy en día uno de los objetivos primordiales para alcanzar un adecuado grado de calidad asistencial es alcanzar el máximo nivel posible de seguridad para el paciente. Son muchas las tareas pendientes y, desde nuestra unidad, en colaboración con el Grupo de Trabajo de Seguridad de la SEPHO hemos desarrollado

un decálogo (figura 1) con recomendaciones para intentar reducir los eventos adversos relacionados con las interrupciones, distracciones y el uso de tecnologías. Es

necesario continuar investigando con el fin de desarrollar estrategias destinadas a mejorar la seguridad en las plantas de hospitalización pediátricas.

Referencias:

1. Makary MA, Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016; 353: i2139.
2. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS). 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Internet] [consultado: 21 marzo 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/1_Jesus_Aranaz_ppt.pdf
3. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T (Grupo de Trabajo EVADUR-SEMES). EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010; 22(6):415-428.
4. Matlow AG, Baker GR, Flintoft V, Cochrane D, Coffey M, Cohen E, et al. Adverse events among children in Canadian hospitals: the Canadian Paediatric Adverse Events Study. *CMJ*. 2012; 184(3): E709-18.
5. Feil M. Distractions and their impact on patient safety. *Pa Patient Saf Advis*. 2013; 10(1):1-10.
6. Beyea SC. Distractions, interruptions and patient safety. *AORN J*. 2007; 86(1): 109-112.
7. McGillis-Hall L, Pedersen C, Hubley P, Ptack E, Hemingway A, Watson C, et al. Interruptions and pediatric patient safety. *J Pediatr Nurs*. 2010; 25: 167-175.
8. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000; 320(7237): 768-770.
9. Vearrier L, Rosenberger K, Weber V. Use of personal devices in healthcare: guidelines from a roundtable discussion. *J MTM*. 2018; 7(2): 27-34.
10. Patterson P. Smartphones, tablets in the OR: with benefits come distractions. *OR Manager*. 2012;28(4): 1, 6-8, 10.
11. Cho S, Lee E. Distraction by Smartphone use during clinical practice and opinions about Smartphone restriction policies: a cross-sectional descriptive study of nursing students. *Nurs Educ Today*. 2016; 40: 128-133.
12. ECRI institute. Top 10 health technology hazards for 2013. *Health Dev*. 2012; 41(11): 342-365.
13. Joint Commission Center for Transforming Healthcare releases targeted solutions tool for hand-off communications. *Jt Comm Perspect*. 2012; 32: 1-3.
14. Mir-Abellán R, Miquel-Noguera E, Cruz-Antolín A, Galisteo-García M, Caballero-Nieto M, Fabregat-Marco R. Impacto de la utilización de un chaleco informativo de situación de riesgo durante el manejo del medicamento. Comité de Seguridad del Paciente del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. [internet] [consultado: 21 marzo 2020]. Disponible en: <https://csengloba.com/wp-content/uploads/2017/09/CHALECO-SEGURIDAD-ESTUDIO-11-2017.pdf>

PREVENCIÓN DE LAS DISTRACCIONES E INTERRUPTIONES EN EL MEDIO HOSPITALARIO
 10 MEDIDAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



- 1 Localiza las fuentes de distracción e interrupciones habituales en tu día a día.
- 2 Identifica aquellas tareas de alto riesgo, para minimizar las posibles interrupciones y distracciones durante su realización.
- 3 Evita la realización de tareas simultáneas que impliquen a varios pacientes.
- 4 Colabora en crear un ambiente de trabajo ordenado y silencioso.
- 5 Usa listados de verificación (checklist) durante procesos complejos, y sistemas como el IDEAS durante la transferencia de pacientes.
- 6 Realiza una doble comprobación de aquellos procesos de alto riesgo de error.
- 7 Evita los comentarios irrelevantes durante la realización de las tareas complejas.
- 8 Comunica los errores causados por las distracciones para evitar repetirlos.
- 9 Desconecta tu móvil o usa el modo silencioso durante la jornada laboral, o al menos en las situaciones que requieren una mayor concentración.
- 10 Intensifica el seguimiento de todas estas medidas durante situaciones de gran presión asistencial.



Figura 1:
 Decálogo SEPHO sobre distracciones, interrupciones y seguridad del paciente.

Intervención tecno-estructural y formativa y sus consecuencias en el uso de oxigenoterapia de alto flujo

Escolano Serrano S, Devesa Jover P, Moriano Gutiérrez A, Pons Fernández N

Servicio de pediatría, Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva (Valencia), España

Autora de correspondencia: Escolano Serrano S; e-mail: sescolano@hotmail.com

Palabras clave: distracciones, interrupciones, seguridad del paciente, hospitalización pediátrica

Accede a la versión completa del artículo en nuestra web [aquí](#)

Introducción

El uso de la oxigenoterapia de alto flujo (OAF) fuera del ámbito de las unidades de cuidados intensivos pediátricos o neonatales, e incluso fuera de los hospitales terciarios, es una práctica cada vez más extendida. Los pediatras de los servicios de urgencias y/o salas de hospitalización pediátrica, tanto en hospitales terciarios como en hospitales comarcales están cada vez más familiarizados y cómodos con esta modalidad de oxigenoterapia. Por ello sería necesaria la elaboración de recomendaciones de uso estandarizadas y de guías clínicas validadas¹

En nuestro hospital comarcal, previo al inicio de la epidemia de bronquiolitis del año 2018-2019, se adquirió un nuevo sistema de administración de OAF (*AIRVO 2 de Fisher & Paykel*®) de fácil manejo tanto por parte de los pediatras como por parte del personal de enfermería. Se formó al personal en su uso y en paralelo se implementó un protocolo de utilización de OAF pediátrica (tabla 1).

Por parte de los facultativos pediátricos había un sentimiento de mayor uso de esta oxigenoterapia en las últimas epidemias de bronquiolitis, tras la adquisición del nuevo dispositivo.

Metodología y resultados

Se realizó un estudio para analizar las consecuencias en cuanto a uso de OAF y número de traslados a hospital terciario tras la intervención tecno-estructural y formativa previamente mencionada en nuestro centro.

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de niños menores de 24 meses ingresados en la sala de pediatría o neonatología de un hospital comarcal por insuficiencia respiratoria aguda durante la epidemia de virus respiratorio sincitial (VRS). Se analizaron los resultados de las cohortes pre-intervención (octubre 2016 a marzo 2018) y post-intervención (octubre 2018 a marzo 2020).

Se obtuvieron dos muestras con características similares, reflejadas en la tabla 2. Se observó un aumento estadísticamente significativo en el uso de OAF en la cohorte post-intervención (0,7% vs 9,7%; $p=0,0007$), aunque no se observó diferencias en el número de traslados a hospitales terciarios (3,7% vs 4,5%; $p=0,769$). La casi totalidad de los pacientes que necesitaron OAF entre los dos periodos fue positiva para la detección de VRS (92,3% vs 7,7%; $p=0,12$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la media de edad de los pacientes tratados y los no tratados con OAF entre los dos periodos.

En la cohorte pre-intervención, de los 5 pacientes trasladados, ninguno llevó OAF en

nuestro centro. En el hospital receptor, solo 3 de ellos precisaron soporte respiratorio mayor que la OAF: ventilación mecánica invasiva o no invasiva. Los 2 restantes llevaron OAF y oxigenoterapia convencional respectivamente.

En la cohorte post-intervención, de los 6 pacientes trasladados, 4 de ellos habían llevado OAF en nuestro centro; todos ellos precisaron soporte respiratorio mayor en el hospital receptor: tres de ellos ventilación mecánica invasiva y el cuarto, ventilación mecánica no invasiva.

Un 70% (n=9) de los pacientes a los que se les administró OAF durante su estancia en nuestro hospital presentaron mejoría clínica en las siguientes horas sin necesidad de traslado ni escalada en el tratamiento.

Conclusiones y discusión

Actualmente, el uso de la OAF como primera medida de soporte respiratorio en lactantes con insuficiencia respiratoria aguda está teniendo cada vez una mayor aceptación por parte de los pediatras que trabajan fuera de las unidades de cuidados intensivos.² En nuestro hospital, una mayor formación del personal sanitario y un dispositivo de fácil uso se ha traducido en un aumento significativo del uso de

la misma, sin afectar, por otro lado, al número de traslados.

En la bibliografía actual existe controversia sobre el efecto de la OAF en los pacientes con bronquiolitis aguda y sus indicaciones de uso. Hay publicaciones con datos a favor de la misma que concluyen una menor necesidad de escalada en el tratamiento, una menor tasa final de intubación y menor número de traslados a las unidades de cuidados intensivos. En otros casos no aprecian diferencias entre la OAF y la oxigenoterapia convencional, o encuentran peores resultados cuando se compara con la ventilación mecánica no invasiva (cPAP).^{2, 3, 4,5}

La ausencia de guías clínicas validadas, como se ha nombrado anteriormente, dificulta el uso de la OAF de forma estandarizada y homogénea, y por lo tanto aumenta la disparidad de resultados en las diversas publicaciones existentes.

Es por ello que serían necesarios más estudios para concluir si la administración de OAF tanto de inicio como de rescate disminuye la severidad de la insuficiencia respiratoria aguda, la necesidad de escalar el soporte respiratorio y el tiempo de hospitalización.⁶

Tabla 1. Criterios para inicio de OAF según protocolo implementado en nuestro centro

INDICACIONES PARA INICIO DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO
Bronquiolitis moderada/grave según <i>score</i> Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) (>6)
Hipoxemia que precisa FiO ₂ >0.4 para satO ₂ >92%
Apnea
Acidosis respiratoria con pCO ₂ > 50mmHg en gasometría capilar.

Tabla 2. Características de las cohortes a estudio (OAF: oxigenoterapia de alto flujo).

	Cohorte 1 Epidemia 2016-2018 (n=135)	Cohorte 2 Epidemia 2018-2020 (n=134)
SEXO		
Varón	58%	62%
Mujer	42%	38%
VRS		
Positivo	56%	66%
Negativo	27%	18%
No realizado	16%	16%
EDAD		
Neonatos (≤ 28 días)	13%	12%
Lactantes (29 días-24meses)	87%	88%
OAF TOTALES	1% (1)	10% (13)
OAF que no fueron trasladados	100% (1)	69% (9)
TRASLADOS TOTALES	4% (5)	4% (6)
Traslados que llevaron OAF previo	0% (0)	66% (4)
SOPORTE RESPIRATORIO UCIP/UCIN		
Oxigenoterapia estándar	1	0
OAF	1	1
VMNI (cPAP, IMV nasal)	2	1
VMI	1	4 (3 OAF en Hospital emisor)

Referencias:

1. Makary MA, Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016; 353: i2139. Panciatici, M., Fabre, C., Tardieu, S., Sauvaget, E., Dequin, M., Stremmer-Le Bel, N., ... & Dubus, J. C. (2019). Use of high-flow nasal cannula in infants with viral bronchiolitis outside pediatric intensive care units. *European journal of pediatrics*, 178(10), 1479-1484
2. Wing, R., James, C., Maranda, L. S., & Armsby, C. C. (2012). Use of high-flow nasal cannula support in the emergency department reduces the need for intubation in pediatric acute respiratory insufficiency. *Pediatric emergency care*, 28(11), 1117-1123.
3. Franklin, D., Babl, F. E., Schlapbach, L. J., Oakley, E., Craig, S., Neutze, J., ... & Dalziel, S. R. (2018). A randomized trial of high-flow oxygen therapy in infants with bronchiolitis. *New England Journal of Medicine*, 378(12), 1121-1131.
4. Modesto i Alapont, V., Garcia Cuscó, M., & Medina, A. (2018). High-Flow Oxygen Therapy in Infants with Bronchiolitis. *The New England journal of medicine*, 378(25), 2444. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1805312>
5. Lin, J., Zhang, Y., Xiong, L., Liu, S., Gong, C., & Dai, J. (2019). High-flow nasal cannula therapy for children with bronchiolitis: a systematic review and meta-analysis. *Archives of disease in childhood*, 104(6), 564-576.
6. Kepreotes, E., Whitehead, B., Attia, J., Oldmeadow, C., Collison, A., Searles, A., ... & Mattes, J. (2017). High-flow warm humidified oxygen versus standard low-flow nasal cannula oxygen for moderate bronchiolitis (HFWHO RCT): an open, phase 4, randomised controlled trial. *The Lancet*, 389(10072), 930-939.



ARTÍCULOS COMENTADOS

Actualidad internacional de la pediatría hospitalaria en las principales revistas científicas



analesdepediatría

Responsabilidades derivadas del uso de TIC en las profesiones sanitarias

Muñoz Fernández L, Díaz García E, Gallego Riestra S. [The responsibilities arising from the use of information and communication technologies in health professional practice]. An Pediatr (Barc). 2020;92 (5) :307.e1-307.e6.

[\[enlace\]](#)

En los momentos vividos se ha puesto de manifiesto la vigencia y actualidad de la salud a través de las nuevas tecnologías. El interesante y conveniente artículo repasa el concepto de e-Salud y discute su utilidad y el marco de regulación aún por desarrollar. Analiza las implicaciones legales de las TIC (tecnologías de la información y comunicación), como es el caso de los actos médicos. Distingue dos situaciones claramente diferentes: las responsabilidades profesionales derivadas de actos médicos ejecutados dentro del ejercicio profesional, llevado a cabo en el seno de las organizaciones sanitarias cuando se implanta el uso de las TIC y aquellos otros actos ejecutados de manera voluntaria y a título individual y privado, utilizando medios y dispositivos propios.

ACTA PÆDIATRICA
NURTURING THE CHILD

Asociación de la sobrecarga inicial de fluidos con una ventilación mecánica más prolongada y agresiva en niños críticamente enfermos

Clarice Laroque Sinott Lopes, Guilherme Unchalo Eckert, Taís Sica da Rocha, Patrícia S. Fontela, Jefferson Pedro piva. Acta Pædiatrica 2020; 109 (3): 557-564. [\[enlace\]](#)

Estudio retrospectivo cuyo objetivo era evaluar si la sobrecarga precoz de volumen en el paciente pediátrico críticamente enfermo influía en la ventilación mecánica (duración y parámetros), mortalidad, tiempo de estancia y terapia sustitutiva renal. Incluyeron 186 episodios de ventilación mecánica (con una duración mayor de 24 horas). Encontraron que en los pacientes en los que la sobrecarga de volumen en las primeras 72 horas fue mayor o igual al 10%, necesitaron parámetros de ventilación mecánica más agresivos (pico inspiratorio y presión espiratoria), una mayor probabilidad de terapia sustitutiva renal y una mayor duración de la ventilación mecánica. Sin embargo, no se asoció a un aumento de la mortalidad. Estos datos hay que validarlos en estudios posteriores, dada la heterogeneidad de los pacientes incluidos y ser un estudio retrospectivo.

Desigualdad en el tratamiento fisioterápico para pacientes con parálisis cerebral en Suecia: registro nacional

Frida Degerstedt, Birgit Enberg, Britt-Inger Keisu, Martin Björklund. *Acta Paediatrica* 2020; 109 (4): 774-782. [\[enlace\]](#)

Los autores recogieron datos del programa de seguimiento de la parálisis cerebral en Suecia y encontraron que no había equidad/igualdad en la posibilidad de recibir tratamiento de fisioterapia en estos pacientes. Los motivos que encontraron para esta diferencia, fueron de orden geográfico (diferencias según la región de Suecia en la que vivía el paciente) y sobre todo el que el paciente fuera de otro país (no nacido en Suecia). Este estudio les ha servido sobre todo para comprobar que no todos los pacientes tienen las mismas oportunidades de tratamiento y poner remedio a ello. Estudios de este tipo serían necesarios también en nuestro medio.

Proporcionar un marco de principios para conceptualizar la circulación de Fontan

Marc Gewillig, Stephen C. Brown, Alexander van de Bruaene, Jack Rychik. *Acta Paediatrica*. 2020; 109:651-658. [\[enlace\]](#)

Artículo en el que se revisa la fisiología de la circulación en una operación de Fontan

(intervención paliativa) para comprender los cambios hemodinámicos que se producen. Proponen una serie de medidas para mejorar el manejo de estos pacientes y para evitar complicaciones futuras.



Vejzovic V, Bozic J, Panova G, Babajic M, Bramhagen AC. Children still experience pain during hospital stay: a cross-sectional study from four countries in Europe. *BMC Pediatr.* 2020;20(1):39. Published 2020 Jan 29. doi:10.1186/s12887-020-1937-1 [\[Enlace\]](#)

Estudio multicéntrico desarrollado en cuatro países europeos (Bosnia-Herzegovina, Croacia, Macedonia y Suecia), donde se recoge el punto de vista de los propios pacientes en relación a la experiencia del dolor durante su estancia hospitalaria. Aproximadamente 2/3 de los participantes experimentó dolor en algún momento del ingreso. Sin embargo, la mayoría mostró satisfacción con el manejo del dolor y las iniciativas para reducirlo.



Daño renal y Aciclovir

Sandery BJ, Erlich JH, Kennedy SE. Acute kidney injury following intravenous acyclovir in children [published online ahead of print, 2020 May 13]. *Arch Dis Child*. 2020;archdischild-2019-317990. doi:10.1136/archdischild-2019-317990 [[Enlace](#)]

En este estudio retrospectivo se evalúan la prevalencia y factores de riesgo asociados a daño renal agudo en niños que reciben aciclovir intravenoso. Los hallazgos mostraron que un 18% de los pacientes presentó nefrotoxicidad, siendo mayor el riesgo en niños oncológicos, cuanto mayor era la dosis total acumulada y en pacientes que tenían una mayor tasa de filtración glomerular basal (un mayor filtrado puede incrementar el depósito de cristales en los túbulos y el daño inducido por metabolitos tóxicos). Es importante realizar un seguimiento de los pacientes que no presentan recuperación de su función basal a corto plazo, dado el riesgo de presentar enfermedad renal crónica. La monitorización de la función renal en pacientes que reciben aciclovir debe ser cuidadosa, y se deben seguir las recomendaciones para disminuir su nefrotoxicidad, especialmente en situaciones de mayor riesgo, como la coadministración de otros fármacos nefrotóxicos.

Current Opinion in
Pediatrics

Actualización sobre tuberculosis

Howard-Jones AR, Marais BJ. Tuberculosis in Children:

Screening, Diagnosis and Management. *Curr Opin Pediatr*. 2020 Jun;32(3):395-404. [[Enlace](#)]

Artículo de revisión sobre los avances en el control, diagnóstico y tratamiento de la TBC, enfermedad con una alta morbimortalidad en niños menores de 2 años y en inmunodeprimidos, sobre todo en zonas endémicas. La adquisición en el hogar es común en los niños pequeños con TBC, por lo que se deben rastrear contactos de forma inversa y pueden usarse los datos de susceptibilidad de la "fuente probable" para guiar el tratamiento. Algunos elementos de mejora en el diagnóstico son los análisis de muestras urinarias y fecales, y en el tratamiento los nuevos regímenes de ciclo corto que utilizan formulaciones bucodispersables de dosis fija aptas para niños, las cuales muestran una excelente aceptabilidad.

Manejo de las quemaduras.

Partain KP, Fabia R, Thakkar RK. Pediatric Burn Care: New Techniques and Outcomes. *Curr Opin Pediatr*. 2020 Jun;32(3):405-410. [[Enlace](#)]

Artículo de revisión sobre el manejo de las quemaduras y sus complicaciones en el paciente pediátrico. Se han producido avances importantes que han mejorado el pronóstico de esta patología, aunque continúa siendo fundamental realizar una buena estimación de la superficie corporal afectada y cuidar los trastornos inmunitarios y metabólicos de las quemaduras extensas y profundas, para limitar las posibles secuelas (infecciones, limitación de la movilidad o amputaciones).



Manejo de la ferropenia

Mattiello V, Schmugge M, Hengartner H, von der Weid N, Renella R; SPOG Pediatric Hematology Working Group. Diagnosis and management of iron deficiency in children with or without anemia: consensus recommendations of the SPOG Pediatric Hematology Working Group. *Eur J Pediatr.* 2020 Apr;179(4):527-545. [\[Enlace\]](#)

Esta revisión narrativa se centra en los síntomas más sugestivos de deficiencia de hierro en la infancia, describe los procedimientos de diagnóstico en situaciones con o sin anemia y proporciona recomendaciones de manejo basadas en expertos suizos para el contexto pediátrico, tanto oral como intravenoso. La deficiencia de hierro es la deficiencia nutricional más frecuente que afecta a niños y adolescentes en todo el mundo, sobre todo en el período neonatal, en niños en edad preescolar y en adolescentes, donde afecta particularmente a las mujeres.

Oxigenoterapia de alto flujo y bronquiolitis

Moreel L, Proesmans M. High flow nasal cannula as respiratory support in treating infant

bronchiolitis: a systematic review. *Eur J Pediatr.* 2020 May;179(5):711-718. [\[Enlace\]](#)

Revisión sistemática que resume de forma crítica los ensayos clínicos que analizan el empleo de oxigenoterapia de alto flujo (OAF) en la bronquiolitis aguda, y proporciona consejos sobre la práctica clínica. Concluyen que la OAF es un modo seguro de soporte respiratorio que se puede colocar entre la oxigenoterapia convencional y la CPAP como terapia de rescate para niños que no cuentan con el apoyo adecuado de la primera. No parece acortar la duración de la necesidad de oxígeno ni la duración del ingreso hospitalario.

Uso de medicamentos off-label en Pediatría

Schrier L, Hadjipanayis A, Stiris T, Ross-Russell RI, Valiulis A, Turner MA, et al. Off-label Use of Medicines in Neonates, Infants, Children, and Adolescents: A Joint Policy Statement by the European Academy of Paediatrics and the European Society for Developmental Perinatal and Pediatric Pharmacology. *Eur J Pediatr.* 2020 May;179(5):839-847. [\[Enlace\]](#)

Artículo de posicionamiento de la EAP y la ESDPPP en el que se ofrece una guía a los profesionales sanitarios sobre el uso de medicamentos off-label en pediatría y también recomendaciones sobre una futura normativa europea. El uso de medicamentos off-label o con

indicación fuera de ficha técnica (no confundir con el uso compasivo, donde se emplea un fármaco en investigación) es frecuente en la población pediátrica, debido a diversos factores. Este hecho hace que, en ocasiones, existan dudas sobre su eficacia real o la posible aparición de toxicidad o efectos secundarios inesperados, y cuestiones que pueden afectar a la responsabilidad legal de los profesionales, por lo que es fundamental mantener una buena comunicación e información con los pacientes y sus familias.

Hospital Pediatrics

AN OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS
ISSN 1099-0959 (print) / ISSN 1099-0967 (online)

Utilización de equipos de protección basada en el conocimiento

Sud SR. COVID-19 and Keeping Clean: A Narrative Review to Ascertain the Efficacy of Personal Protective Equipment to Safeguard Healthcare Workers Against SARS-CoV-2 [published online ahead of print, 2020 May 8]. *Hosp Pediatr.* 2020;hpeds.2020-0135. doi:10.1542/hpeds.2020-0135 [enlace]

Los equipos de protección individual, y en especial su alta demanda, han tenido una gran relevancia en esta crisis sanitaria. Resulta fundamental determinar con precisión cuáles son las medidas necesarias al manejar pacientes con COVID-19 en base a la evidencia científica, como se hace esta revisión. Se revisan los mecanismos de transmisión, la experiencia con otros virus, y la influencia de algunas variables

(como por ejemplo la humedad ambiental, que influye en la eficiencia de la transmisión por fómites). En la gran mayoría de casos, las precauciones ampliadas de gotas y contacto serían suficientes, junto con medidas de protección ocular.



Calidad asistencial en tiempos de la COVID-19

Carrasco G. Reflexiones sobre la calidad asistencial después de la pandemia de SARS-COV-2. *J. healthc. qual. res.* 2020;35: 61-63 [Enlace]

La pandemia por SARS-COV-2 se muestra como una oportunidad de aprendizaje, que nos deja algunas lecciones que deben grabarse más allá del ámbito sanitario, considerando próximos desafíos. Por una parte, el virus nos ha obligado a ser más humildes, asumir la responsabilidad de la falta de previsión de necesidades de los sistemas de salud pese a los avisos anteriores (SARS, ébola, gripe aviar...) La lucha frente a futuras epidemias exige mejorar las condiciones mundiales de salud, reducir las desigualdades, y fortalecer a las organizaciones de ámbito mundial con competencias para luchar contra las pandemias como el [STAG-IH](#), y reflexionar sobre las consecuencias como la infrafinanciación crónica de la atención sanitaria en nuestro país. Invertir

más en calidad asistencial global se ha de convertir en una prioridad para afrontar los futuros desafíos.



Objetivos al alta en niños con encefalopatía o patología neuromuscular ingresados por infecciones respiratorias

Steuart R, Tan R, Melink K, Chinchilla S, Warniment A, Shah S et al. Discharge before return to respiratory baseline in children with neurologic impairment. *Journal of Hospital Medicine*. En prensa. [[Enlace](#)]

Los niños con encefalopatías o enfermedades neuromusculares presentan muchas veces importantes comorbilidades respiratorias que condicionan soporte respiratorio en su día a día (oxigenoterapia, ventilación invasiva domiciliaria, *cough assistant*...). Ante infecciones respiratorias, estas necesidades pueden incrementarse, y condicionar el ingreso hospitalario. Este estudio mostró que, en hospitalizaciones por procesos infecciosos agudos, el alta antes de que hayan recuperado totalmente su situación respiratoria basal no incrementaba la utilización posterior de servicios hospitalarios. El entrenamiento de los progenitores y el apoyo domiciliario resultó determinante en muchos casos.

JAMA Pediatrics

Evaluación del efecto placebo de la nebulización de suero salino fisiológico en pacientes con bronquiolitis. Revisión sistemática y Meta-análisis.

Samantha A. House, Anne M. Gadomski, Shawn L. Ralston. *JAMA Pediatr.* 2020;174(3):250-259. [[enlace](#)]

Meta-análisis en el que comparan la efectividad de las nebulizaciones con suero salino fisiológico vs otros tratamientos placebo en la bronquiolitis aguda. Encuentran que, frente a otros tratamientos, la nebulización con suero fisiológico si mejora el estatus respiratorio del niño, disminuyendo la frecuencia respiratoria y el score de gravedad tras el tratamiento. No observaron diferencias en cuanto a la saturación de oxígeno. Concluyen que el suero salino fisiológico nebulizado puede tener una utilidad terapéutica y que son necesarios estudios en este sentido para establecer su verdadero significado clínico y potencial tratamiento en pacientes con bronquiolitis.

Efectividad del factor activador del plasminógeno y dornasa alfa vs factor activador del plasminógeno exclusivamente en niños con empiema pleural. Estudio clínico randomizado

H. Livingston, Sanjay Mahant, Bairbre Connolly. *JAMA Pediatr.* 2020; 174(4):332-340. [\[enlace\]](#)

Estudio multicéntrico randomizado de grupos paralelos en el que quieren comprobar si el añadir dornasa-alfa al factor activador del plasminógeno, para tratamiento del empiema pleural en niños mejora los resultados en comparación con utilizar factor activador del plasminógeno de forma exclusiva. Esta hipótesis se ha confirmado en adultos. El principal dato evaluado fue la duración del ingreso hospitalario, no encontrando diferencias. Tampoco se asoció a un aumento de los efectos secundarios. Concluyen que esa asociación no tuvo repercusión ni positiva ni negativa en el tratamiento de niños con empiema pleural.



Importancia de la ecocardiografía durante la segunda semana de enfermedad en niños con enfermedad de Kawasaki

Shani Ma, So Yung Choi, Hyeong Jun Ahn, Andrea M. Siu, Marian E. Melish, Andras Bratincsak. *J Pediatr* 2020; 218: 72-7. [\[enlace\]](#)

Estudio retrospectivo en el que intentan determinar cuál es el mejor momento para repetir el estudio ecocardiográfico en pacientes con enfermedad de Kawasaki que tienen una ecocardiografía inicial normal. Encontraron que el pico de dilatación coronaria

se produjo de media a los 11 días del inicio de la fiebre y que hasta un 10% de pacientes con ecografía inicial normal, desarrollaron una dilatación /aneurisma durante la segunda semana de la enfermedad. Concluyen que el realizar una ecografía en la segunda semana del inicio de la enfermedad identificaría nuevas complicaciones coronarias y tendría repercusión en el ajuste del tratamiento posterior.

Riesgo de hospitalización después de gastrostomía en niños con discapacidad intelectual

Peter Jacoby, Kingsley Wong, Preeyaporn Srasuebkul, Emma J. Glasson, David Forbes, Madhur Ravikumara, Andrew Wilson, Lakshmi Nagarajan, Jenny Bourke, Julian Trollor, Helen Leonard, Jenny Downs. *J Pediatr* 2020; 217: 131-8. [\[enlace\]](#)

Estudio retrospectivo sobre un total de 673 pacientes con discapacidad intelectual severa, a los que se les realizó una gastrostomía para mejorar su patrón alimentario.

El objetivo era valorar si la gastrostomía tenía una influencia general en la salud del paciente, tanto en número de ingresos, problemas respiratorios... Comprobaron que estos pacientes ingresaron menos después de la gastrostomía, sobre todo debido a un descenso de los ingresos por problemas neurológicos (epilepsia), y lo achacan a una mejor toma de los fármacos antiepilépticos y a una mejoría en el estado nutricional. Sin embargo, no tuvo influencia por los ingresos de carácter

respiratorio (infecciones de vías respiratorias bajas).

Evaluación clínica de los parámetros inflamatorios y sanguíneos en el estudio del dolor abdominal crónico pediátrico

Judith Zeevenhooven, Robyn Rexwinkel, Ellen Tromp, Bart Haver, Michael Groeneweg, Marc A. Benninga, Arine M. Vlieger. *J Pediatr* 2020; 219:76-82. [[enlace](#)]

Estudio retrospectivo en el que intentan valorar si los parámetros de la analítica sanguínea (hemoglobina, PCR y VSG) aportan algo en el estudio del dolor abdominal crónico en niños, para descartar organicidad frente a parámetros clásicos como los anticuerpos antitransglutaminasa, la calprotectina fecal y el estudio de *Giardia lamblia*. Compararon dos grupos: grupo 1 (anticuerpos antitransglutaminasa, calprotectina fecal, *Giardia lamblia* y analítica sanguínea) frente a grupo 2 (solo anticuerpos antitransglutaminasa, calprotectina fecal y *Giardia lamblia*). Comprobaron que los valores de hemoglobina, PCR y VSG no aportan valor añadido para descartar patología orgánica frente a funcional en el estudio del dolor abdominal crónico pediátrico.



¿Seguridad o tranquilidad?

Nunn, K. (2020), Keeping our children safe and calm in troubled times. *J Paediatr Child Health*, 56: 669-671 [[Enlace](#)]

El autor reflexiona lo que a los niños supone el conflicto de objetivos que ha traído la amenaza de la pandemia por SARS-CoV-2: mantenerlos seguros a costa de medidas restrictivas que han alterado sus vidas y a la vez libres de preocupaciones. Los padres que ocultan lo evidente de una crisis que ha afectado tanto sus vidas, y que obliga a tomar medidas de protección pueden perder credibilidad, a la vez los que no son capaces de manejar sus propias ansiedades obligan a los niños a llevar cargas que ellos mismos no pueden soportar. Por el contrario, hacerles entender que lo que están haciendo está bien, les ayuda a saber qué es “lo correcto”. Los niños necesitan seguridad, honestidad y coraje en sus padres, es decir, hacer lo que los buenos padres han hecho a lo largo de la historia.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Uso compasivo de remdesivir en pacientes con COVID-19 grave

Grein J, Ohmagari N, Shin D, et al. Compassionate Use of Remdesivir for Patients with Severe Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382(24):2327-2336. [[enlace](#)]

Los autores estudian la utilidad clínica de Remdesivir, un profármaco análogo de nucleótido que inhibe las ARN polimerasas virales que ha mostrado actividad in vitro contra el SARS-CoV-2. Diseñaron un estudio de utilización compasiva del fármaco a pacientes graves que recibieron un ciclo de remdesivir de 10 días. De los 53 pacientes, 30 pacientes (57%) recibían ventilación mecánica y 4 (8%) recibían oxigenación por membrana extracorpórea. Durante una mediana de seguimiento de 18 días, 36 pacientes (68%) tuvieron una mejora en la clase de soporte de oxígeno, incluidos 17 de 30 pacientes (57%) que recibieron ventilación mecánica que fueron extubados. Un total de 25 pacientes (47%) fueron dados de alta y 7 pacientes (13%) murieron; la mortalidad fue del 18% (6 de 34) entre los pacientes que recibieron ventilación invasiva y del 5% (1 de 19) entre los que no recibieron ventilación invasiva. Por ello concluyeron que se observó una mejoría clínica en 36 de 53 pacientes (68%). Recomiendan proseguir con ensayos aleatorios controlados con placebo para consolidar sus hallazgos.



Spishock S, Meyers R, Robinson CA, et al. Observational Study of Drug Formulation Manipulation in Pediatric Versus Adult Inpatients. Journal of Patient Safety. 2020 Mar. [[Enlace](#)]

Los errores relacionados con la preparación y administración de la medicación son una fuente importante de iatrogenia, que

se incrementa cuanto mayor es la manipulación de un fármaco. Este estudio muestra que la manipulación de formulaciones medicamentosas es mucho mayor (>3 veces) en unidades pediátricas que en las de asistencia de población adulta, y por tanto existe un mayor riesgo de error. Ante estos resultados, es necesario desarrollar políticas proactivas que incrementen la seguridad en este sentido en las plantas de hospitalización pediátrica.



Vía salinizada o perfusión continua

Thorpe M, Berry W, Soper J. Duration of peripheral intravenous catheter patency in children, Paediatrics & Child Health. [[enlace](#)]

La práctica de administración de infusiones continuas intravenosas para mantener la permeabilidad de una vía periférica esta en discusión. En este estudio retrospectivo de un hospital regional, no hay diferencias entre esta práctica y la salinización intermitente en la duración del catéter. Recordemos la incomodidad de estar conectado a una bomba de infusión de forma continua, y que los ritmos denominados “a mantenimiento de vía” suponen un volumen no despreciable en los niños de menor edad.



Manejo del shock séptico

Weiss SL, Peters MJ, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for the Management of Septic Shock and Sepsis-Associated Organ Dysfunction in Children. *Pediatr Crit Care Med.* 2020;21(2):e52-e106 [[enlace](#)]

Guía elaborada con 12 organizaciones internacionales y 49 expertos internacionales, donde se revisa la evidencia relacionada con 6 aspectos: reconocimiento y manejo precoz de la infección, reanimación y manejo hemodinámico, ventilación, aspectos metabólicos y endocrinos, terapia adyuvante y prioridades de investigación. Se establecen 77 recomendaciones finales relacionadas con estos aspectos de la práctica clínica, estableciendo para cada una de ellas la fuerza de recomendación y la fuerza de la evidencia.

PEDIATRIC NEUROLOGY

Evaluación de los criterios diagnósticos de la encefalitis de Hashimoto

Adams AV, Mooneyham GC, Van Mater H, Gallentine W. Evaluation of Diagnostic Criteria for Hashimoto Encephalopathy Among Children and Adolescents. *Pediatr Neurol.* 2020;107:41-47. [[enlace](#)]

Las encefalitis autoinmunes parecen haber aumentado en Pediatría. Una entidad probablemente infradiagnosticada es la Encefalopatía de Hashimoto (EH). Los autores

revisan los pacientes pediátricos con HE para comprobar la idoneidad de los criterios establecidos en adultos para su diagnóstico. De 17 pacientes pediátricos tratados por HE, 6 cumplieron con los criterios de diagnóstico completos para adultos, mientras que 11 pacientes no cumplieron con los criterios únicamente debido a la ausencia de enfermedad tiroidea. Usando una escala novedosa, los 6 pacientes que cumplieron con los criterios completos tuvieron una mejoría estadísticamente significativa desde el momento del inicio de la enfermedad hasta el seguimiento en el dominio de la cognición. Los 11 pacientes que no cumplieron con los criterios completos basados en su ausencia de enfermedad tiroidea mostraron una mejoría estadísticamente significativa desde el inicio de la enfermedad hasta el seguimiento en los dominios de cognición, lenguaje, trastornos psiquiátricos, movimiento y sueño. Por ello concluyen que la aplicación rígida de los criterios diagnósticos actuales a los pacientes pediátricos con sospecha de HE puede dar como resultado el fracaso en el tratamiento de posibles respondedores. Proponen un conjunto de criterios de diagnóstico para la EH en niños, que no requiere enfermedad tiroidea, pero incluye regresión cognitiva de aparición brusca con déficit en uno o más dominios neuropsiquiátricos en el contexto de anticuerpos antitiroideos.

Los residentes ante la complejidad médica

Frush BW. Preparing residents for children with complex medical needs. *Pediatrics*.

2020;145(5):e20191731.

doi:10.1542/peds.2019-1731

[[enlace](#)]

El autor, sobre una vivencia personal, reflexiona sobre las limitaciones que los pediatras sufren al enfrentarse ante un paciente con complejidad médica. Plantea varias medidas para poder proporcionar cuidados de calidad en niños con fragilidad clínica. Además de que se incluya específicamente en el programa formativo, se deben contemplar también otros escenarios más allá de la hospitalización. Se ha de adquirir una visión integral de lo que es vivir con una discapacidad o problemas crónicos de salud, que no siempre es equivalente a enfermedad. Por último, identificar y superar los propios prejuicios. Unos cuidados de alta calidad implican mucho más que conocimientos y habilidades técnicas, hablamos de actitudes, y entre ellas, la humildad.

Pediatric Clinics

Experiencias adversas en la infancia

Gilgoff R, Singh L, Koita K, Gentile B, Silverio Marques S. Adverse Childhood Experiences,

Outcomes, and Interventions. *Pediatr Clin North Am*. 2020 Apr;67(2):259-273. [[Enlace](#)]

Interesante artículo de revisión de Pediatric Clinic of North America sobre las consecuencias que tiene las experiencias adversas en la infancia, su detección y las intervenciones que se pueden realizar sobre los niños o adolescentes que las sufren. Las experiencias infantiles adversas son eventos estresantes o traumáticos que los niños experimentan antes de los 18 años. Diversos estudios relacionan estas experiencias con consecuencia negativas sobre la salud, el desarrollo y el comportamiento. Cualquier contacto médico pediátrico ofrece una oportunidad para la detección temprana, la intervención y el tratamiento. Para ello, los profesionales debemos obtener información sobre cuáles son este tipo de experiencias, y poder informar a los padres y pacientes sobre sus efectos.

Conceptos sobre prevención en Pediatría

Morley CP, Reyes AC. Pediatric Prevention: General Prevention. *Pediatr Clin North Am*. 2020 Jun;67(3):585-588. [[Enlace](#)]

Esta revisión trata sobre aspectos generales de prevención en Pediatría. La prevención equivale a detener la aparición de una enfermedad, ya sea evitando los factores de riesgo o mediante medidas profilácticas, como la vacunación, el uso de métodos de barrera durante los encuentros sexuales, etc. Sin

embargo, a medida que se profundiza en el tema de la prevención, se hace evidente que existen múltiples puntos para la intervención en una enfermedad. La prevención puede ser primaria, secundaria o terciaria, dependiendo de en qué punto se actúe, y las medidas que se adopten.

no todo vale, y siempre estará vigente el “*primun no nocere*”.



No todo vale; tampoco en las pandemias

López Reboiro ML, Sardiña González C, López Castro J. COVID-19 y *Argumentum ad ignorantiam* o «no todo vale» [COVID 19 and "Argumentum ad ignorantiam" or "not everything goes"] [published online ahead of print, 2020 May 4]. *Rev Clin Esp.* 2020;10.1016/j.rce.2020.04.013. doi:10.1016/j.rce.2020.04.013

El desconocimiento de evidencias en contra de la idea que apoyamos no puede contar como una evidencia a su favor. Es el llamado “*argumentum ad ignornatiam*”, y en la crisis actual de la COVID-19 han surgido iniciativas terapéuticas que empleando estudios preclínicos, ha defendido la utilización de fármacos con pruebas de ensayo-error de consecuencias imprevisibles. Aunque nos encontremos ante una situación de emergencia,



RECURSOS

No estamos sol@s, estamos enredad@s

DIRECTORIO DE RECURSOS SOBRE COVID-19 EN EDAD PEDIÁTRICA



La Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO), dada la naturaleza de su área funcional, la Pediatría Interna Hospitalaria y de la atención integral del niño hospitalizado, se suma a las **iniciativas para al abordaje de la epidemia por SARS-CoV-2** a la que asistimos estas semanas. Ante la incertidumbre, resulta crucial que los pediatras dispongan de la **información actualizada y relevante** para

la mejor asistencia de los niños afectados.

Accede libremente y no dudes en compartir: [\[enlace\]](#)

RECURSOS PARA PEDIATRAS HOSPITALISTAS

Listado de recursos en la red de utilidad para el pediatra hospitalario: acceso a protocolos de actuación, guías de práctica clínica, herramientas para mejorar la seguridad de la asistencia, enlaces de revistas y sociedades, agencias de salud, hospitales pediátricos... todos ellos integrados en un único documento actualizado a enero de 2020. No dudéis en compartirlo con pediatras y residentes. [\[Enlace\]](#)

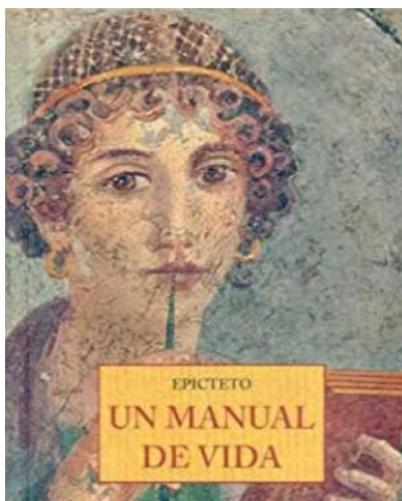


EN NUESTRAS PÁGINAS NO TODO ES CIENCIA



“Un manual de Vida”

Epicteto (55-135 d.C.)



Epicteto (55-135 d.C) fue un filósofo griego de la escuela **estoica**, que vivió parte de su vida como esclavo en **Roma**. Esta situación contribuyó a la búsqueda de respuestas que le permitiera afrontar los embates de la vida. Sus enseñanzas cobran nuevo vigor en tiempos líquidos e inciertos. "Compórtate siempre, en todos los asuntos, grandes y públicos o pequeños y privados, de acuerdo con las leyes de la naturaleza. La armonía entre tu voluntad y la naturaleza debería ser tu ideal supremo."

Ediciones J de Olañeta

Colección: Pequeños Libros para la sabiduría

ISBN 9788476516737

Y hasta aquí el nuevo número de la revista de nuestra sociedad, esperamos como siempre que os haya resultado de utilidad. Y hasta la próxima se despide, el **equipo editorial de Pediatría Hospitalaria:**

David López Martín. *Hospital Costa del Sol (Marbella)*
Miguel Ángel Vázquez Ronco. *Hospital de Cruces (Bilbao)*
José David Martínez Pajares. *Hospital de Antequera (Málaga)*
José Miguel Ramos Fernández. *Hospital Materno-Infantil (Málaga)*
Pedro J Alcalá Minagorre. *Hospital General Universitario (Alicante)*

Editado en Madrid por la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO)

ISSN 2603-6339

Más información en www.sepho.es