RECURSOS ONLINE ACTUALIZADOS
Directorio SARS-CoV2
Directorio pediatría Hospitalaria

ARTÍCULOS COMENTADOS**&**
TRABAJOS **ORIGINALES**

ACTUALIDAD SEPHO
Encuentros digitales
Descargas V Reunión SEPHO

PEDIATRÍAHOSPITALARIA

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA HOSPITALARIA (SEPHO)

De Inés

De David

De Marta

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… ¡felices fiestas, feliz término del año 2020 y feliz entrada al 2021!

Os presentamos el **último número de este particular 2020** de nuestra revista, cargado de novedades:

Presentamos a la nueva Junta Directiva, y como no podría ser de otra manera, a ello dedicamos nuestra editorial.

Gracias al trabajo de nuestros socios, incluimos tres originales: **dos casos clínicos** y un artículo sobre las**herramientas de cribado de riersgo nutricional en niños hospitalizados.** Como siempre, incluimos noticias sobre la sociedad, una selección de artículos comentados, recursos web y nuestro rinconcito cultural.

Además estamos de enhorabuena porque hemos **ampliado nuestra familia editorial**: el compañero **Felipe González Martínez**, del Hospital Gregorio Marañón (Madrid)se une a nuestro equipo de elaboración de la revista.

Podéis consultar los números anteriores en nuestra página web. **[Enlace]**

Equipo Editorial SEPHO

Editorial

Nueva Junta, mismos proyectos, nuevos caminos

En primer lugar queremos mostrar el agradecimiento a los compañeros que han finalizado su trabajo en la Junta: Juan Ignacio Montiano, Juan José García, José Miguel Ramos, Rosa Rodríguez y Miguel Ángel Vázquez. Su visión, valores y entrega han sido fundamentales para la creación y desarrollo de una sociedad que en octubre cumplirá su primera década. Esperamos que nos sigáis acompañando de cerca en "una aventura de este calibre", como decíais en la presentación de la SEPHO en Anales de Pediatría.

La meta principal que nos hemos planteado es la consolidación de la Pediatría Interna Hospitalaria como la especialidad responsable de una modalidad asistencial esencial en todos los servicios pediátricos hospitalarios del país. Para ello hemos marcado una serie de objetivos cardinales, con vocalías con perfil específico:

- Reconocimiento del Área de Capacitación Específica, acreditación de especialistas en la especialidad y en un futuro de la actividad asistencial y formativa de los centros (Capacitación Específica en Pediatría Interna Hospitalaria).
- Es fundamental la adaptación de la práctica asistencial a los nuevos escenarios: la atención a la complejidad médica y cronicidad de nuestros pacientes (Pacientes Crónicos y Crónicos Complejos), dar respuesta a estos retos con una visión novedosa, integral y humanizadora de la asistencia (Nuevas formas de hospitalización), además preocupación por lo que hacemos, pero también cómo lo hacemos (Seguridad del paciente y Calidad Asistencial)
- Como se recoge en los estatutos, la SEPHO favorecerá el estudio y difusión de los conocimientos y técnicas aplicadas a la hospitalización pediátrica, así como la docencia y la investigación. Para este fin se han creado las vocalías de Formación en Pediatría Interna Hospitalaria y Protocolos, estudios y publicaciones.
- Para poder abarcar todos estos fines es necesario seguir creciendo, y la incorporación al proyecto del mayor número de compañeros y centros hospitalarios. Difusión, participación e integración centros hospitalarios y Centros Privados.

No podemos olvidar que la renovación de la Junta se ha producido en unos tiempos difíciles. La crisis sanitaria de la COVID-19 reivindica la necesidad de la visión integral de la práctica médica, de la coordinación de profesionales, la adaptación e integración de prácticas y sobre todo, garantizar la asistencia, en especial de los más vulnerables. Como se recogió en el editorial del número especial de esta revista, los pediatras internistas hospitalarios seguiremos al servicio del bien común.

La Pediatría Interna Hospitalaria tiene que responder a muchos de estos retos. Más que una opción, su labor es una necesidad. Desde esta sociedad, seguiremos trabajando para lograr la mejor atención del niño hospitalizado. ¿Te unes? Te estamos esperando.

Junta Directiva Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria

Nueva Junta Directiva Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO). Noviembre 2020

Presidencia
Dr. Pedro J Alcalá
Hospital General Universitario de Alicante
presidente@sepho.es

Vicepresidencia
Dr. Enrique Villalobos
Hospital Universitario Niño Jesús (Madrid)
Área: calidad asistencial y seguridad del paciente
gruposeguridad@sepho.es

Secretaría
Dra. Mariona Fernández de Sevilla
Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)
secretario@sepho.es
Área: nuevas formas de hospitalización
nuevasformashospitalizacion@sepho.es

Tesorería
Dr. Jose David Martínez
Hospital de Antequera (Málaga)
tesorero@sepho.es
Área: Capacitación Específica en Pediatría Interna Hospitalaria (ACE)

Vocalía
Dra. Ana Amat Madramany
Hospital Universitario La Ribera. Alzira (Valencia)
Área: difusión, participación e integración centros hospitalarios
hospitales@sepho.es

Vocalía
Dra. Aroa Rodríguez Alonso
Hospital Universitario La Paz (Madrid)
Área: pacientes crónicos y crónicos complejos
pacientecronico@sepho.es

Vocalía
Dra. Ana Cordón Martínez
Hospital Regional Universitario de Málaga
Área: protocolos, estudios y publicaciones
estudios_publicaciones@sepho.es

Vocalía
Dra. Jimena Pérez Moreno
Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid)
Área: formación en Pediatría Interna Hospitalaria
grupoformacion@gmail.com

Vocalía
Dra. Núria Gorina Ysern
Hospital General de Cataluña (Barcelona)
Área: centros privados
hospitalesprivados@sepho.es

ACTUALIDAD SEPHO
Eventos próximos y últimas noticias relevantes

V reunión (virtual) SEPHO: ¡Ya disponibles las presentaciones del Congreso SEPHO!

En el entorno del I Congreso Digital de la AEP ha tenido lugar la V Reunión SEPHO. Nuestra sociedad se ha implicado en esta reunión con una serie de mesas, debates y casos clínicos interactivos. Como no podía ser de otra forma hemos hablado de la preparación para un invierno en el contexto de la crisis de la COVID-19, se han analizado los avances en Pediatría Interna Hospitalaria, y se ha planteado casos relacionados con la seguridad y sedo analgesia en planta. Todo ello en un formato digital, pero con la participación interactiva de decenas de profesionales. Puedes acceder todas las sesiones a través de este [Enlace]

Encuentros digitales SEPHO (¡primera sesión 16 diciembre 2020… todo un éxito!)

Desde nuestra sociedad se van a programar una serie de encuentros digitales periódicos sobre temas de interés en Pediatría Interna Hospitalaria. El miércoles 16 de diciembre tuvo lugar el primero de ellos, una brillante aproximación al abordaje de niños con patología crónica compleja. Para los que no pudisteis acceder tenéis el video del evento. [Enlace]

Acreditación en Pediatría Hospitalaria, nuevo plazo 31 marzo 2021

Como bien sabéis se ha establecido un procedimiento de acreditación en Pediatría Interna Hospitalaria por parte de la Asociación Española de Pediatría. En el momento actual 28 compañeros han recibido la acreditación en nuestra especialidad. Las nuevas solicitudes se cursarán desde la SEPHO de forma bienal, siendo el **31 de marzo** 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]

Conoce las ventajas de la SEPHO

Nuestra sociedad tiene un proyecto que te puede interesar, y mucho. Conoce todo lo que te puede aportar unirte a él. [Enlace]

LA CITA

"Para trabajar basta estar convencido de una cosa:
que trabajar es menos aburrido que divertirse "

Charles Baudelaire. Poeta, ensayista y crítico de arte(1821-1867)

TRABAJOS ORIGINALES: artículos y casos clínicos

El espacio de divulgación en pediatría hospitalaria

Cómo participar en nuestra sección:

Si quieres formar parte del próximo número compartiendo un trabajo original o un caso clínico, envía un correo a la dirección ***Revista_PedHosp@sepho.es*** *y te ayudaremos a hacerlo.*

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

TRABAJO ORIGINAL
Publicaciones exclusivas en Pediatría Hospitalaria

Accede a la versión completa del artículo en nuestra web aquí

Riesgo nutricional al ingreso en niños hospitalizados estimado por dos herramientas de cribado

Mercedes Murray Hurtado*, Ana Espeleta Fox, Miguel Márquez Gómez*****
** Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (La Laguna, España)*
*** Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Infantil Niño Jesús (Madrid, España)*
****Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid, España)*

Autora de correspondencia:*Murray Hurtado, M.;e-mail: mercemurray@gmail.com*

Palabras clave:niño hospitalizado, malnutrición, cribado nutricional, STAMP, STRONGkids.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición en edad pediátrica es un hecho constatable en países desarrollados [(1)]. En Europa, la prevalencia al ingreso varía entre el 6,1% y el 13,3%, cifra que aumenta en niños con patología crónica de base. Además, el estado nutricional de hasta un 50% de los niños hospitalizados empeora durante el ingreso[(2)].

Los niños desnutridos o en riesgo de desnutrición presentan mayor tasa de complicaciones, así como aumento de la estancia hospitalaria, lo que se traduce en un aumento global de la morbilidad y mortalidad, con un incremento significativo del gasto sanitario [(3,4)].

A pesar de esto, en muchas ocasiones la situación nutricional deficiente se infraestima o pasa desapercibida[(5)]. Con la intención de poder valorar de forma objetiva el riesgo nutricional en el ámbito hospitalario y prevenir la desnutrición asociada al ingreso, se han desarrollado diversas herramientas de cribado que permiten indicar posteriormente intervenciones nutricionales apropiadas.

Varias herramientas de cribado nutricional para adultos han sido validadas para su uso en la práctica clínica[(6)]. En Pediatría, STAMP (ScreeningToolforAssessment of Malnutrition in Pediatrics) y STRONGkids (ScreeningToolforRiskOnNutritional Status and Growth) se cuentan entre las más extendidas en su uso, y han demostrado ser útiles, sencillas y reproducibles, además de haber sido validadas en su versión en castellano. Ambas han demostrado contar con una elevada sensibilidad para detectar riesgo nutricional, condición básica para su uso en screening, pero adolecen de una muy baja especificidad[(4)].

STAMP ha sido validado para la población pediátrica española de 1 mes a 18 años [(7)]. Algunos autores detectan que la herramienta sobreestima el riesgo nutricional de los pacientes, y sugieren la aplicación de una segunda herramienta que aumente la especificidad[(8)]. En el estudio DHOSPE, que aplicó STAMP a 991 niños en 32 hospitales españoles, se concluye que son necesarios más trabajos para evaluar su eficacia[(1)].

El cuestionario STRONGkids es una de las herramientas más sencillas de aplicar,

requiriendo un tiempo medio de 3 minutos para su cumplimentación, mostrando una estrecha correlación entre puntuaciones de riesgo y baja relación peso/talla y aumento de la estancia hospitalaria[9].

Algunos trabajos han comparado ambas herramientas:[10,11]en un estudio multicéntrico en 5 hospitales españoles se demostraron tasas de desnutrición y estancia hospitalaria significativamente mayores en pacientes etiquetados de alto riesgo por ambas herramientas[12].

En la mayoría de estudios se concluye que diagnosticar y tratar de forma correcta la desnutrición en pacientes pediátricos conllevaría una mejoría en su estado nutricional y en la calidad de vida tanto del paciente como de su cuidador, disminuyendo la morbimortalidad asociada, con una reducción secundaria en el gasto sanitario, por lo se diseñó el presente estudio con el objetivo principal de conocer el estado nutricional y estimar el riesgo de desnutrición de los niños hospitalizados en nuestra área de salud, en base a la antropometría recogida al ingreso y los resultados del cribado nutricional mediante STAMP y STRONGkids.

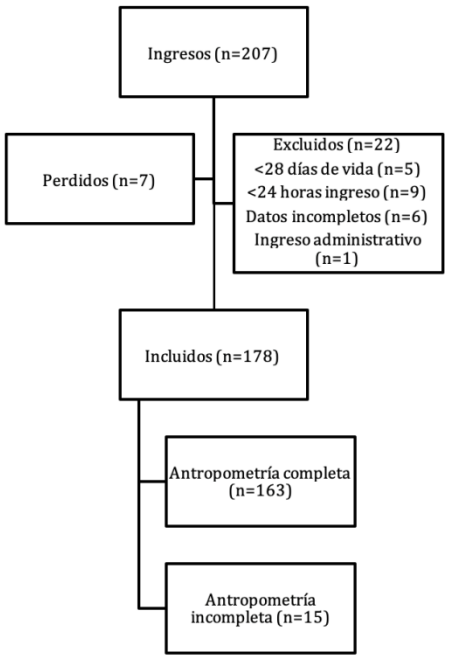
METODOLOGÍA

Diseño y sujetos

Se realizó un estudio prospectivo observacional en el que se incluyó mediante muestreo consecutivo a niños ingresados por cualquier causa en la Planta de Hospitalización de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), un hospital terciario con 23 camas de hospitalización de Pediatría general, y 1177 ingresos en 2019. El estudio se llevó a cabo durante 2 periodos de 30 días (en el verano de 2018 e invierno de 2019), de manera que quedara reflejada la estacionalidad típica de la patología pediátrica, así como la alta tasa de ocupación propia de los meses invernales.

Criterios de inclusión: pacientes pediátricos mayores de un mes de edad, hospitalizados por un periodo de tiempo superior a 24 horas, a cargo de cualquier especialidad y por cualquier motivo.

Criterios de exclusión: neonatos, ingresos de menos de 24 horas, ingreso en UCI pediátrica (se incluyeron estos pacientes en el momento del traslado a planta), niños a los que no se realizara antropometría al ingreso (pues esto imposibilita aplicar las herramientas de cribado), o aquellos en los que no se obtuviera el consentimiento informado (Figura 1).



A los padres o tutores legales de los pacientes que cumpliesen todos los criterios de inclusión se les solicitó el consentimiento informado por escrito. Los pacientes mayores de 12 años recibieron un consentimiento informado adaptado a su edad.

Variables

Las medidas antropométricas fueron recogidas al ingreso por personal de enfermería: peso, talla, perímetro craneal (en menores de dos años), recogidas sin ropa o con ropa ligera y mediante técnica estándar, y se calcularon los siguientes índices: índice de masa corporal (IMC) y relación peso/talla. Los percentiles y Z-score se calcularon mediante la Aplicación Nutricional de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (https://www.seghnp.org/nutricional/).Los estándares de crecimiento de referencia para el cálculo de las desviaciones estándar de peso, talla e IMC fueron las de Hernández et al. 1998. Para el cálculo de la relación peso/talla para mayores de 2 años se utilizó Serra Majem et al. 2002 (estudio ENKID) y para menores de 2 años OMS 2006/2007, ya que Serra Majem no incluye este rango de edad. Los pacientes se agruparon según su Z-score de IMC en 5 grupos: desnutrición grado 2 (IMC <-2 DS), desnutrición grado 1 (IMC ≥-2 a <-1 DS), normopeso (IMC ≥-1 a ≤1 DS), sobrepeso (IMC >1- a ≤2 DS), obesidad (IMC > 2 DS)[13].

Además, se recogieron las variables: sexo, edad, diagnóstico principal (según la codificación ICD-11), motivo de ingreso, especialidad médica o quirúrgica que indica el ingreso, diagnósticos secundarios, horas de ingreso en el momento de realizar el cribado, puntuación de riesgo nutricional según STAMP y STRONGkids, si se consignó riesgo nutricional o diagnóstico relacionado al alta, si se realizó interconsulta a Nutrición durante el ingreso o se remitió al paciente a consulta de Nutrición, días de ingreso y correcta recogida de datos antropométricos por el personal de enfermería.

Se recogieron los datos en las primeras 48 horas del ingreso. Si la duración del ingreso fue mayor a una semana, se repitió el cribado cada 7 días (± 24 horas para cada periodo), o al alta.

Herramientas de cribado nutricional

Ambas herramientas de cribado nutricional fueron aplicadas a los sujetos participantes por parte de los autores del estudio (primer autor Pediatra especializado en Nutrición).

Paso 1: diagnóstico (véase listado)	
¿Tiene el niño un diagnóstico con consecuencias nutricionales?	Puntuación
Consecuencias nutricionales seguras	3
Consecuencias nutricionales posibles	2
Consecuencias nutricionales ausentes	0
Paso 2: aporte nutricional	
¿Cuál es el aporte nutricional del niño?	Puntuación
Ausencia de aporte nutricional	3
Aporte nutricional que ha disminuido recientemente o deficiente	2
Sin cambios en los hábitos de alimentación y buen aporte nutricional	0
Paso 3: peso y altura	
¿Qué percentil peso/talla le corresponde? (tablas de Hernández, 1988)	Puntuación
Percentil peso/talla < 3	3
Percentil peso/talla 3-25	1
Percentil peso/talla > 25	0
Paso 4: riesgo global de desnutrición	
Sume las puntuaciones de las casillas correspondientes a los pasos 1 a 3 para calcular el riesgo global de desnutrición	Puntuación
Riesgo elevado	≥4
Riesgo intermedio	2-3
Riesgo bajo	0-1

Paso 5: plan asistencial	
Riesgo global de desnutrición	Utilice directrices terapéuticas o políticas nutricionales locales para elaborar un plan asistencial para el niño
Riesgo elevado	Adopción de medidas Derivación a personal especializado en nutrición Control según el plan asistencial
Riesgo intermedio	Control del aporte nutricional del niño durante 3 días Repetición del cribado con STAMP después de 3 días Modificación del plan asistencial según proceda
Riesgo bajo	Continuación con la asistencia clínica habitual Repetición del cribado con STAMP de forma semanal mientras el niño siga hospitalizado Modificación del plan asistencial según proceda

Tabla de diagnósticos STAMP para asignar una puntuación en el paso 1

Consecuencias nutricionales seguras	Consecuencias nutricionales posibles	Consecuencias nutricionales ausentes
Insuficiencia intestinal, diarrea incontrolable Quemaduras y traumatismos importantes Enfermedad de Crohn Fibrosis quística Disfagia Hepatopatía Cirugía mayor Alergias/intolerancias a varios alimentos Proceso oncológico en tratamiento activo Nefropatía/insuficiencia renal Metabolopatías congénitas	Problemas de alimentación conductuales Cardiología Parálisis cerebral Labio leporino/fisura palatina Enfermedad celíaca Diabetes Reflujo gastroesofágico Cirugía menor Enfermedades neuromusculares Trastornos psiquiátricos Virus respiratorio sincitial Alergia/intolerancia a un solo alimento	Cirugía mayor ambulatoria Pruebas complementarias

STAMP valora tres ítems (figura 2). El riesgo global de desnutrición es elevado si la puntuación es mayor o igual a 4, intermedio si es 2 o 3 y bajo si es menor o igual a 1.

Figura 2: Cuestionario STAMP adaptado para población pediátrica española[13].

STRONGkids valora cuatro ítems (figura 3). El riesgo global de desnutrición es

elevado si la puntuación es mayor o igual a 4, intermedio si está entre 1 y 3 y bajo si es igual a 0.

Exploración nutricional pediátrica	No	Sí
¿Presenta una patología subyacente que determina un riesgo nutricional (véase listado) o está programada una intervención de cirugía mayor?	0	2
Durante el examen objetivo, ¿revela el paciente los signos clínicos de un déficit en el estado nutricional?	0	1
¿Presenta una de las siguientes condiciones? • Episodios frecuentes de diarrea (≥5 deposiciones/día) y/o vómito (>3 veces/día) • Ingesta nutricional reducida en los últimos días • Intervención nutricional anterior • Incapacidad de asumir una ingesta nutricional adecuada a causa del dolor	0	1
¿Se ha registrado una pérdida de peso durante los últimos meses o semanas?	0	1

Puntuación	Riesgo nutricional	Intervención y seguimiento
4-5 puntos	Riesgo elevado	Se recomienda un plan de apoyo nutricional Considere la prescripción de suplementos nutricionales orales en espera de una confirmación del estado clínico del paciente
1-3 puntos	Riesgo intermedio	Considere la necesidad de un apoyo nutricional Compruebe el peso dos veces por semana y haga una evaluación semanal del estado nutricional del paciente
0 puntos	Riesgo bajo	No es necesaria ninguna intervención nutricional Compruebe el peso con regularidad y haga una evaluación semanal del paciente

Condiciones clínicas que pueden determinar un riesgo nutricional			
Anorexia nerviosa	Fibrosis quística	Pancreatitis	Síndrome del intestino corto
Cardiopatía crónica	Fístula digestiva	Hepatopatía crónica	Traumatismos
Enfermedad celíaca	Enfermedad inflamatoria intestinal	Patología muscular	Quemaduras
Cirugía mayor	Patología infecciosa (SIDA)	Patología renal crónica	Otras (especificadas por el médico)
Inmadurez/ prematuridad	Enfermedad metabólica	Retraso mental	
Displasia broncopulmonar	Neoplasia	Sepsis/infección	

Figura 3: Cuestionario STRONGkids[13].

Ambos cuestionarios proporcionan una lista con los diferentes diagnósticos y su relación con el riesgo nutricional. Para aquellos no especificados en la misma se clasificó individualmente el riesgo asociado a patología según criterio del especialista en Nutrición pediátrica.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité Ético del CHUC (código CHUC_2018_43), y se realizó en conformidad con los principios de la Declaración de Helsinki. El padre/madre o tutor legal tuvo que otorgar su consentimiento antes de ser admitido en el estudio clínico. Los datos de carácter personal fueron codificados y tratados de forma anónima.

Análisis estadístico

La población de estudio se obtuvo mediante muestreo no probabilístico de casos consecutivos, incluyendo a todo paciente que cumpliese los criterios de inclusión durante el periodo de estudio. Se analizaron las variables con el programa SPSS versión 25.0 (IBM Corp. 2017).

Las variables cuantitativas se expresaron con medias, desviaciones estándar (DS) y rangos. Algunas variables cuantitativas fueron categorizadas para facilitar el análisis de los resultados. Las variables cualitativas se expresaron con proporciones.

Se empleó la prueba de Chi-cuadrado o test exacto de Fisher para comparar proporciones. Para comparar medias se utilizó la Prueba de Mann Whitney y la de Kruskal-Wallis. Se consideraron significativos aquellos resultados con una p valor < 0,05.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron 207 ingresos, de los cuales se incluyeron 178 niños (86 durante el primer periodo y 92 durante el segundo periodo), con una edad media de 5,67 años ± 4,88 (rango 0,09 a 17,71 años). El 45,5% de la muestra fue de sexo femenino.

Se dividió la muestra en 4 grupos de edad: menores a 1 año (23%), de 1 a 4 años (23,1%), de 4 a 11 años (37%) y mayores de 11 años (16,9%).

La duración media de ingreso fue de 4,43 ± 3,99 días (rango 1-27). La duración media del ingreso en los diferentes grupos de edad fue discretamente más larga (media 4,99 días) en niños de 1 a 4 años (p=0,022).

Un 69,1% de los niños fueron ingresados por el servicio de Pediatría, un 15,2% por Otorrinolaringología, un 7,3% por Cirugía pediátrica, un 5,1% por Traumatología, un 1,7% por Neurocirugía y el 1,8% restante por otras especialidades.El 61,8% eran niños sanos. El 38,2% restante presentaba patología crónica de base. Un 3% presentaba dos o más enfermedades crónicas de base.

El motivo principal de ingreso fueron los procesos respiratorios y otorrinolaringológicos (41,1%), con menor porcentaje de otros diagnósticos.Un 16,9% de los niños precisó un ingreso mayor a una semana, un 3,9% mayor a 2 semanas y sólo un paciente estuvo ingresado más de 3 semanas. En todos ellos se repitió la antropometría de forma seriada, no constatándose diferencias significativas respecto al ingreso. Un 3,4% de los pacientes precisó reingreso durante el periodo de estudio, sin empeoramiento de su estado nutricional en las sucesivas valoraciones.

En un 27,5% de los casos la antropometría se recogió de forma incompleta en el momento inicial del ingreso, teniendo que solicitar activamente al personal de enfermería su cumplimentación (siempre dentro de las primeras 48 horas de ingreso).

La media de Z-score de peso en la muestra era de -0,07 ±1,4 SD, Z-score de talla 0,05 ±1,49, Z-score de perímetro cefálico -0,26 ±1,67, Z-score IMC -0,19 ±1,29 y Z-score de la relación P/T -0,27 ±1,27. Un 61,08% de niños se situaban en rango de normopeso, 21,56% presentaban desnutrición grado 1, un 4,19% desnutrición grado 2, mientras que el 7,78% presentaban sobrepeso y el 5,39% obesidad.

STAMP asignó un riesgo nutricional bajo a un 4,2% de la muestra, un riesgo nutricional intermedio a un 41,9% y un riesgo nutricional elevado al 53,9% restante. STRONGkids estimó un riesgo nutricional bajo en un 5,1% de la muestra, un riesgo nutricional intermedio en 82,5% y un riesgo nutricional elevado en el 12,3% restante (figura 4).

Se agrupó a los pacientes en dos grados de riesgo para ambas herramientas: riesgo nutricional bajo-intermedio y riesgo nutricional elevado, ya que encontramos pocos pacientes con bajo riesgo nutricional, y tanto en STAMP como en STRONGkids, sólo aquellos niños con riesgo nutricional elevado tendrían indicación de intervención nutricional y derivación a Nutrición[14]. La clasificación en categorías de riesgo según ambas herramientas se correlacionó con el estado nutricional (determinado por antropometría al ingreso).

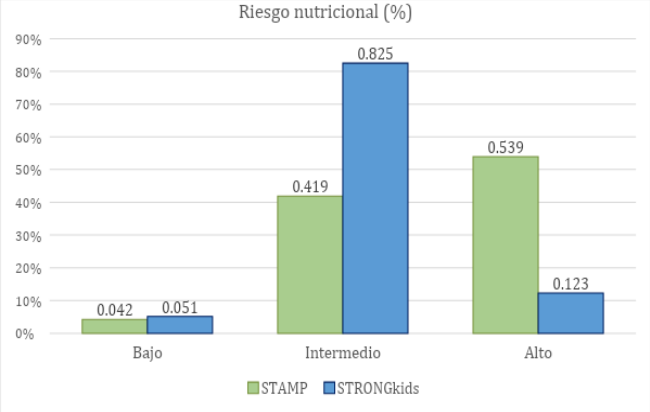


Figura 4: Porcentaje de riesgo nutricional según STAMP y STRONGkids.

STAMP asignó un riesgo nutricional alto al 76,74% de los niños con desnutrición grado 1 o 2 y bajo o intermedio riesgo nutricional al 54,03% de los niños con normopeso, sobrepeso u obesidad. Un 23,26% de los niños con IMC <-1 SD fueron clasificados por STAMP como niños con riesgo nutricional bajo o intermedio (tabla 1).

STAMP riesgo nutricional	DS IMC < -1 Desnutrición grado 1 o 2	DS IMC > -1 Normopeso/ Sobrepeso/Obesidad
Elevado	76,74% (n=33)	45,97% (n=57)
Bajo-intermedio	23,26% (n=10)	54,03% (n=67)
Total	100% (n=43)	100% (n=124)

Tabla I: Relación entre riesgo nutricional según STAMP y antropometría.

STRONGkids asignó un alto riesgo nutricional al 20,93% de los niños con desnutrición grado 1 o 2 y clasificó como bajo o

STRONGkids riesgo nutricional	DS IMC < -1 Desnutrición grado 1 o 2	DS IMC > -1 Normopeso/ Sobrepeso/Obesidad
Elevado	20,93% (n=9)	8,87% (n=11)
Bajo-intermedio	79,07% (n=34)	91,13% (n=113)
Total	100% (n=43)	100% (n=124)

intermedio riesgo al 91,13% de los niños con normopeso, sobrepeso u obesidad. Sin embargo, un 79,07% de los niños con IMC <-1 SD fueron clasificados por STRONGkids como niños con riesgo bajo o intermedio (tabla 2).

Tabla II: Relación entre riesgo nutricional segúnSTRONGkids y antropometría.

En nuestra muestra sólo 7 niños presentaban desnutrición grado 2 o mayor según su IMC. STRONGkids asignó al 42,9% de estos niños un riesgo elevado y STAMP al 85,7%.

En cuanto a la comparación entre ambas herramientas de cribado nutricional, un 31,9% de los niños identificados como de riesgo nutricional elevado por STAMP también lo fueron por STRONGkids. El 68,1% restante de alto riesgo para STAMP fueron identificados con un riesgo nutricional bajo o intermedio por STRONGkids. Por el contrario, el 75% de los niños identificados de alto riesgo por STRONGkids también lo fueron por STAMP. La concordancia entre ambas herramientas en nuestro estudio resultó ser baja (Kappa= 0,16; p< 0,001)

Sólo en 4 pacientes (2,25%) se realizó interconsulta a Nutrición Pediátrica. En el informe de alta, únicamente 2 pacientes tenían claramente consignado que presentaban riesgo nutricional (ambos recibían nutrición parenteral domiciliaria).

No encontramos relación significativa entre estar desnutrido o ser clasificado como de alto riesgo nutricional, y el hecho de precisar reingreso o una mayor estancia hospitalaria, con ninguna de las dos herramientas de cribado.

No se halló relación estadísticamente significativa entre el padecimiento de una patología crónica y el riesgo nutricional asignado, pero sí se demostró que estos niños reingresaban con más frecuencia (p= 0,031).

DISCUSIÓN

La malnutrición en población pediátrica hospitalizada es una realidad en países desarrollados[15]. A pesar de la importancia de su detección, resulta inviable realizar una valoración nutricional completa por personal experto a todo niño hospitalizado, por lo que es necesario encontrar herramientas sencillas, prácticas y fiables para realizar un cribado.

Muchos autores afirman que la herramienta más sensible para valorar el estado nutricional del paciente pediátrico hospitalizado es la antropometría [1]. En base a ésta, el estudio DHOSPEobtuvo una tasa de prevalencia de desnutrición moderada-grave del 7,8%. En nuestra muestra encontramos una prevalencia menor (4,19%), si bien hay que tener en cuenta que existen diferencias en el diseño que dificultan realizar comparaciones.

Sin embargo, el uso aislado de la antropometría podría generar sesgos (criterios diversos para el diagnóstico de desnutrición, riesgo de no detectar niños en fases iniciales de desnutrición, o que podrían desnutrirse a consecuencia de un proceso agudo, etc); además, se perdería la valiosa la información que aportan criterios clínicos, exploración física, ingestas, etc. Por tanto, parece que únicamente pesar y tallar al ingreso podría ser insuficiente, siendo necesaria una valoración global del paciente[16], a la que pueden ayudar inicialmente las herramientas de cribado.

En nuestra muestra se identificó un 21,56% de pacientes pediátricos con IMC<-1SD y un 4,19% de pacientes con IMC<-2SD al ingreso. Estas cifras justificarían por sí mismas la importancia de valorar el estado nutricional de los niños hospitalizados en nuestro medio, por lo que es a todas luces inadmisible que hasta el 27,5% de los niños no contara con una antropometría completa en el momento del ingreso (aunque se completara en las

siguientes 48 horas) e incluso un 8,43% fuera dado de alta sin la antropometría completa. Consideramos que éste es un aspecto a mejorar en la atención al niño ingresado en nuestro hospital, situación que probablemente sea similar en muchos otros centros de nuestro país.

En cuanto a los pacientes con patología crónica, se ha demostrado que existen diversas enfermedades que implican un riesgo nutricional per se[1,2]. En nuestra muestra el 18% de los niños presentaba patología crónica respiratoria y el 7,9% neurológica. Curiosamente, este subgrupo de niños con patología de base no obtuvo de forma significativa un mayor puntaje de alto riesgo nutricional con las herramientas de cribado utilizadas, si bien sí demostramos una mayor tasa de reingreso para este subgrupo. Al contrario que en otros trabajos[17], no encontramos que la desnutrición o el riesgo nutricional se correlacionaran con una estancia hospitalaria más prolongada.

En cuanto a las dos herramientas evaluadas, trabajos previos detectan que STAMP sobreestima el riesgo nutricional, con una sensibilidad adecuada (90%), pero una especificidad baja (59,5%)[8]. Estos datos coinciden con nuestra apreciación: en la población que presentamos STAMP identifica bien a pacientes actualmente desnutridos, pero asigna un riesgo nutricional alto a un porcentaje elevado de la muestra (53,9%), lo que obligaría a realizar un gran número de valoraciones nutricionales completas por personal cualificado.

En cuanto a STRONGkids, la capacidad de esta herramienta para identificar en nuestra muestra a los pacientes desnutridos o en riesgo según el IMC fue mucho menor (20,93%) que la encontrada en otros trabajos(71,9%); además, muy pocos de nuestros pacientes se clasificaron como bajo riesgo.

Resulta llamativo a la luz de nuestros resultados las diferencias significativas entre el riesgo asignado por una u otra herramienta de cribado: en primer lugar, observamos que STAMP parece más sensible para considerar de riesgo a niños ya desnutridos. Esto puede deberse a que puntúa la relación peso/talla, mientras que STRONGkids no tiene en cuenta datos antropométricos. Pero por el contrario con STAMP obtuvimos un alto porcentaje de niños considerados de alto riesgo nutricional, y que por tanto serían subsidiarios de valoración exhaustiva, mientras que en STRONGkids predominaba el riesgo intermedio. En ambos se observa un escaso porcentaje de bajo riesgo nutricional (a pesar de tratarse de una mayoría de niños sanos), lo que podría hacernos pensar que, si se aplicaran de forma sistemática, habría que dedicar gran cantidad de recursos materiales y humanos a valorar detalladamente a un elevado porcentaje de niños al ingreso, lo cual podría conllevar una sobrecarga de las Unidades de Nutrición.

Por el contrario, tan sólo un mínimo porcentaje de los niños malnutridos o de alto riesgo fue valorado por la Unidad de Nutrición. Esto podría reflejar una escasa concienciación en el personal que atiende en Planta a estos niños, una falta de recursos (en muchos casos el recurso “tiempo” es crucial), o una combinación de ellos. Sería interesante insistir en la importancia de incorporar el aspecto nutricional en la atención integral al niño ingresado.

CONCLUSIONES

- El 4,19% de niños de la muestra de niños hospitalizados presentaba desnutrición significativa según su IMC. Los porcentajes de sobrepeso y obesidad fueron comparativamente bajos respecto a los descritos para la población española infantil.
- Se obtuvo mediante STAMP un gran porcentaje de niños considerados de alto riesgo nutricional, y por tanto subsidiarios de valoración exhaustiva, mientras que en STRONGkids predominaba el riesgo intermedio. En ambos se observa un

escaso porcentaje de bajo riesgo nutricional. La concordancia entre ambas herramientas en nuestro estudio fue baja.

- Un porcentaje no desdeñable de los pacientes fue dado de alta sin realizar una antropometría completa. Esto puede deberse a la baja concienciación sobre la importancia de la desnutrición, o bien a una sobrecarga asistencial de nuestro personal.
- La realización de una correcta antropometría al ingreso, repetida de forma seriada durante estancias prolongadas, debe formar parte del abordaje integral del niño enfermo, y en combinación con el uso de herramientas de cribado nutricional podría ayudar a la detección de niños en riesgo nutricional.

Conflicto de intereses:

-Mercedes Murray Hurtado ha recibido apoyo financiero en los últimos 5 años por parte de las empresas farmacéuticas Nutricia, Nestlé, Abbott y FreseniusKabi (principalmente para acudir a cursos y congresos médicos), sin que ninguna de estas relaciones suponga un conflicto de interés para el presente estudio.
-Ana Espeleta Fox y Miguel Márquez Gómez no tienen conflicto de intereses que declarar.

Referencias:

1. Moreno Villares JM, Varea Calderón V, Bousoño García C, Lama More R, Redecillas Ferreiro S, Peña Quintana L. Evaluación del estado nutricional de niños ingresados en el hospital en España; estudio DHOSPE (Desnutrición Hospitalaria en el Paciente Pediátrico en España). Nutr Hosp. 2013; 28(3): 709-718.
2. Durá-Travé T, San Martin-García I, Gallinas-Victoriano F, Vaquero Iñigo I, González-Benavides A. Prevalence of malnutrition in hospitalised children: retrospective study in a Spanish tertiary-level hospital. JRSM Open. 2016; 7(9): 2054270416643889.
3. Freijer K, Van Puffelen E, Joosten KF, Hulst JM, Koopmanschap MA. The costs of disease related malnutrition in hospitalized children. ClinNutr ESPEN. 2018; 23: 228-233.
4. Teixeira AF, Viana KD. Nutritional screening in hospitalized pediatric patients: a systematic review. J Pediatr (Rio J). 2016; 92: 343-352.
5. Mehta NM, Corkins MR, Lyman B, Malone A, Goday PS, Carney LN, et al. Defining pediatric malnutrition: a paradigm shift toward etiology-related definitions. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2013; 37: 460-481.
6. Rasmussen HH, Holst M, Kondrup J. Measuring nutritional risk in hospitals. Clin Epidemiol. 2010; 2: 209-216.
7. McCarthy H, Dixon M, Crabtree I, Eaton-Evans MJ, McNulty H. The development and evaluation of the Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Paediatrics (STAMP©) for use by healthcare staff. J HumNutrDiet. 2012; 25: 311-318.
8. Lama More RA, Moráis López A, Herrero Álvarez M, Caraballo Chicano S, Galera Martínez R, López Ruzafa E, et al. Validación de una herramienta de cribado nutricional para pacientes pediátricos hospitalizados. Nutr. Hosp. 2012; 27(5): 1429-1436.
9. Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KF. Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. ClinNutr. 2010; 29(1): 106-111.
10. Wonoputri N, Djais JT, Rosalina I. Validity of nutritional screening tools for hospitalized children. J NutrMetab. 2014: 1-6.
11. Moeeni V, Walls T, Day AS. Nutritional status and nutrition risk screening in hospitalized children in New Zealand. Acta Paediatr. 2013; 102(9): 419-423.
12. Galera-Martínez R, Moráis-López A, Rivero de la Rosa MD, Escartín-Madurga L, López-Ruzafa E, Ros-Arnal I, et al. Reproducibility and Inter-rater Reliability of 2 Paediatric Nutritional Screening Tools. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017; 64(3): 65-70.

13. Cole Tim J, Flegal Katherine M, Nicholls Dasha, Jackson Alan A. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey BMJ 2007; 335 :194
14. Galera Martínez R, Moráis López A, Ros Arnal Ignacio. Detección de los pacientes que requieren soporte nutricional. En: Lama More RA. Nutrición enteral en Pediatría. 2º edición. Editorial Glosa. 2015. p. 35-48.
15. Aponte Borda AD, Pinzón Espitia OL, Aguilera Otalvaro PA. Nutritional screening in hospitalized pediatric patients: systematic review. NutrHosp. 2018; 35(5): 1221-1228.
16. Márquez Costa MV, Alberici Pastore C. Herramienta de cribado nutricional versus valoración nutricional antropométrica de niños hospitalizados: ¿Cuál método se asocia mejor con la evolución clínica? Arch. Latinoam. Nutr. 2015; 65(1).
17. Hecht C, Weber M, Grote V, Daskalou E, Dell'Era L, Flynn D, et al. Disease associated malnutrition correlates with length of hospital stay in children. ClinNutr. 2015; 34(1): 53-59.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración del Dr. Alejandro Jiménez Sosa en la realización del análisis estadístico.

CASOS CLÍNICOS ORIGINALES
Publicaciones exclusivas en Pediatría Hospitalaria

Polineuropatía craneal aguda: una variante atípica de *Guilláin-Barré*

Elena García-Ochoa Fernández, Nuria Víllora Morcillo, Mª Mar Ballesteros García*
** Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid, España).*

Autora de correspondencia:*García-Ochoa Fernández E; e-mail: elenagarof@gmail.com*

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré se ha definido clásicamente como un cuadro con afectación múltiple de raíces nerviosas que produce debilidad muscular simétrica y ascendente acompañada de arreflexia[1,2,3]. Contrasta con esta definición el hecho de que en la infancia un porcentaje importante tiene como forma de presentación alguna de sus múltiples variantes atípicas, lo cual constituye un reto diagnóstico[1,3].

CASO CLÍNICO

A continuación, presentamos un caso clínico de una variante atípica del síndrome de Guillain-Barré:

Se trata de una niña de 11 años que acude a urgencias por voz gangosa y diplopía de 24 horas de evolución y un episodio de atragantamiento. Tres días antes había presentado un cuadro de diarrea afebril autolimitada.

El examen neurológico en urgencias revela afectación múltiple de pares craneales de forma exclusiva, con pupilas midriáticas poco reactivas, leve hipertropía de ojo derecho, limitación de la abducción de ambos ojos causante de diplopía vertical en supraversión y horizontal en dextro y levoversión, ausencia de reflejo corneal, ausencia de elevación del velo del paladar, ausencia de reflejo nauseoso, disartria y disfagia, sin otras alteraciones en la exploración por órganos y aparatos.

Inicialmente se extrajo analítica de sangre en la que no se objetivaron alteraciones significativas, y TC y RMN que descartaron patología a nivel troncoencefálico.

Ante la sospecha clínica inicial de síndrome de Guillain-Barré de presentación atípica (polineuritis craneal), se inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa a 0.4 g/kg/día durante 5 días. Tras ello presentó mejoría clínica progresiva sin aparición durante su evolución de debilidad muscular, ataxia ni arreflexia. Al alta persistía únicamente leve limitación de la abducción ocular bilateral.

Durante el proceso se realizó también coprocultivo, estudio de autoinmunidad, serologías, punción lumbar a los 5 y 14 días de evolución del cuadro sin objetivarse disociación albúmino-citológica, y estudio electrofisiológico de nervios periféricos sin alteraciones. Se obtuvo a posteriori serología IgM positiva para *Mycoplasmapneumonie* y anticuerpos antigangliósidos positivos en suero (IgM e IgG de GT1a y GQ1b) y en líquido cefalorraquídeo (IgG de GT1a y Gq1B), confirmando la sospecha diagnóstica.

DISCUSIÓN

La polineuritis craneal se considera una variante del Síndrome de Guillain Barré no incluida en la clasificación internacional que comparte características con el síndrome de Miller-Fisher y la variante faringocervicobraquial, ya que cursa con afectación múltiple de pares craneales sin debilidad muscular ni ataxia[2,4]. La mayoría presenta síntomas oculares y bulbares con mayor o menor grado de simetría, acompañados en menor porcentaje de debilidad facial[2,4].

Las características necesarias para su diagnóstico incluyen la existencia de debilidad uni o bilateral de pares craneales oculomotores y orofaríngeos en ausencia de ataxia, alteración del nivel de consciencia y debilidad de extremidades[4]. Además, se trata de una enfermedad monofásica con intervalo entre el inicio y el nadir de 12 horas a 28 días, con meseta clínica posterior, siempre tras la exclusión de otras alternativas diagnósticas[2,4].

Apoyan fuertemente el diagnóstico la existencia de antecedente de patología infecciosa, la evidencia de neuropatía en estudios neurofisiológicos y la presencia de anticuerpos IgG antiGQ1b o antiGT1a o de disociación albúmino-citológica en LCR[2,5].

Los diversos tipos de anticuerpos relacionados con esta patología se han asociado además con una clínica determinada: los Ac antiGQ1b se relacionan con más frecuencia con afectación de los nervios oculomotor, patético y abducens y por tanto con clínica de oftalmoplejia y diplopia. Por otra parte, los Ac antiGT1a se han relacionado con afectación de los nervios vago y glosofaríngeo, cursando con debilidad de la musculatura faringo-cérvico-braquial[4,6].

Debemos tener en cuenta que los primeros síntomas pueden ser muy variados e inespecíficos, lo que nos hace plantearnos diferentes diagnósticos diferenciales como patología troncoencefálica (incluyendo tumores, patología infecciosa, vascular e inflamatoria) o patología de la placa motora además de la neuropatía propiamente dicha, lo cual suele retrasar el diagnóstico y el tratamiento[1,2,3].

Esta paciente cumplía los criterios de síndrome de Guilláin-Barré necesarios con el apoyo del antecedente de patología infecciosa y la presencia de anticuerpos IgG antiGQ1b y antiGT1a en suero y LCR.

CONCLUSIÓN

Existen múltiples variantes con diferentes subtipos dentro del Síndrome de *Guillain- Barré* según sus características clínicas, existiendo además formas completas, incompletas e incluso superpuestas de la enfermedad, que comparten el sustrato fisiopatológico y tienen alteraciones analíticas comunes[2,4,5].

Definir las presentaciones atípicas y sus diversas formas sigue siendo un reto dada la gran variabilidad existente[1,3,7]. Es importante

establecer criterios diagnósticos que las engloben para ser capaces de llegar al diagnóstico e instaurar el tratamiento de forma precoz.

No se declaran conflictos de intereses por parte de ninguno de los autores.

Se ha obtenido consentimiento informado de la madre del paciente para reproducción de este caso clínico con fines científicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. E. Pérez-Lledó, et al. Síndrome de Guillain-Barré: presentación clínica y evolución en menores de 6 años de edad. An Pediatric (Barc). 2012;76(2):69-76.
2. Wakerley, B. R. et al. Guillain-Barré and Miller Fisher syndromes – new diagnostic classification. NatureReviewsNeurology. 2014 Sep;10(9):537-44.
3. N. Sancho-Montero, et al. Neuropatía craneal múltiple: descripción de tres pacientes pediátricos. RevistaNeurología. 2018 Oct 16;67(8):321-323.
4. Warkerley, B. R, Nobuhiro Yuki, B. Polyneuritis cranialis: oculopharyngeal subtype of Guillain-Barre syndrome. Journal of Neurology. 2015 Sep;262(9):2001-12.
5. Nobuhiro Yuki, Hans-Peter Hartung. Guillain-Barré Syndrome. The New England Journal of Medicine. 2012;366:2294-304
6. Van den Berg, B., Walgaard, C., Drenthen, J. et al. Guillain–Barré syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. NatureReviewsNeurology. 2014 Jul; 10, 469–482.
7. Domínguez-Mayoral Ana et al. Agrupación de casos de síndrome de Guilláin-Barré atípico: ¿es necesario redefinir los criterios diagnósticos y los protocolos microbiológicos? RevNeurol 2017; 64: 407-12.

Lactante de 2 meses con fallo de medro

Marta López Úbeda, Jorge García-DihinxVillanova, María Pilar Sanz de Miguel *
** Servicio de Pediatría. Hospital San Jorge (Huesca, España)*

Autora de correspondencia:*López Úbeda, M; e-mail: marta.lopez.ubeda@gmail.com*

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: Lactante de 2 meses de vida ingresada para estudio por escasa ganancia ponderal junto con inactividad y rechazo de las tomas en los últimos 10 días. Afebril. No cuadro infeccioso.

Antecedentes: Embarazo, ecografías prenatales, parto y periodo neonatal sin incidencias. Antecedentes familiares sin interés.
Se solicita radiografía de tórax (figura 1).

Exploración Física: Frecuencia respiratoria 64 rpm, frecuencia cardiaca: 170 lpm, temperatura 36,7ºC, saturación de oxigeno 98%. Tiraje subcostal con hipoventilación izquierda marcada con ruidos hidroaéreos. Abdomen excavado, blando, depresible, no se palpan masas ni megalias con disminución de ruidos intestinales. Resto de exploración normal.

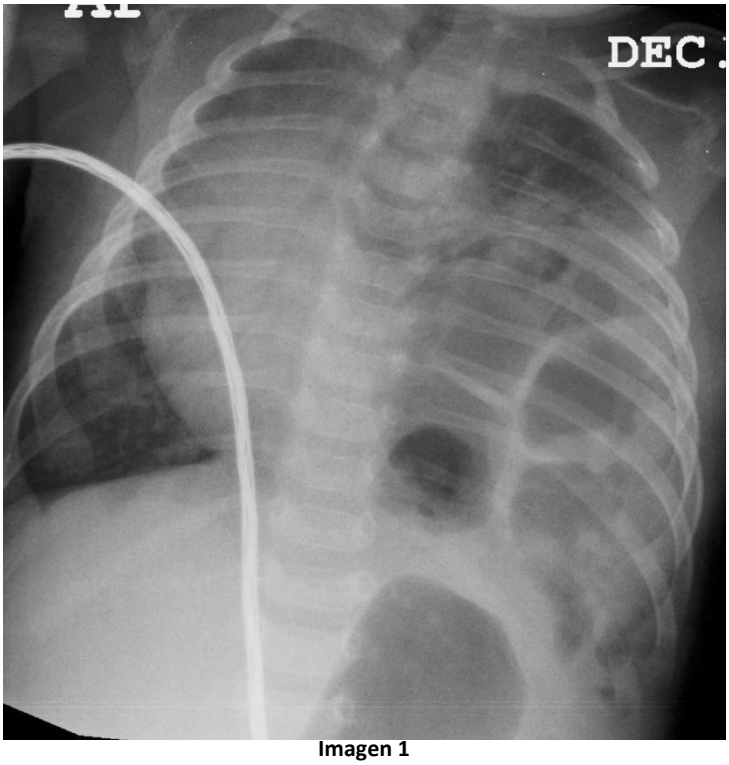


Imagen 1

Ante esta imagen radiográfica ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

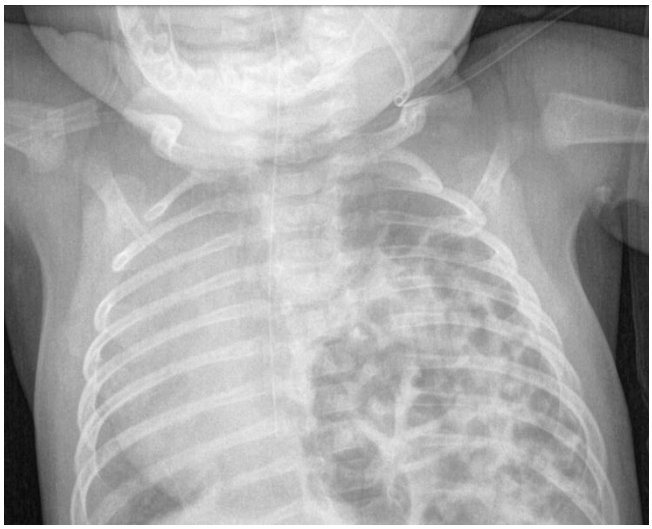
a) Neumonía lobar
b) Radiografía normal
c) Hernia diafragmática
d) Parálisis diafragmática

Exploraciones complementarias y evolución:

Se completó el estudio con una ecografía abdominal donde se objetivó vísceras traccionadas hacia medial y craneal en relación al defecto diafragmático. Ante estos hallazgos se contacta con el servicio de cirugía pediátrica y se programa intervención quirúrgica urgente. Se realiza tránsito esofagogastroduodenal (Figura 2) que confirma la hernia diafragmática izquierda compatible con hernia de Bochdalek, con contenido intestinal (delgado y parte de marco cólico) que desplaza estructuras mediastínicas. Se realiza cirugía correctora mediante acceso subcostal con reducción de contenido intestinal, bazo y herniorrafia diafragmática. En el postoperatorio presenta neumotórax izquierdo con derrame pleural bilateral sin repercusión clínica. Es dado de alta a los 10 días con evolución favorable.

Y respecto al resto de las opciones del test… Habríamos sospechado una neumonía lobar ante fiebre, tos, dificultad respiratoria y taquipnea. En este paciente se encontraba afebril y sin cuadro infeccioso intercurrente. En la radiografía no se observa una condensación lobar. Una parálisis diafragmática izquierda presentaría elevación anormal de todoun hemidiafragma. No existe antecedente de posible lesión del nervio frénico como cirugía torácica o abdominal o traumatismo. El diafragma paralizado se movería paradójicamente hacia arriba durante la

inspiración. En la radiografía de tórax se izquierdo, que provoca compresión del parénquima pulmonar izquierdo y



desplazamiento mediastínico hacia la derecha por hernia diafragmática posterior izquierda.

Imagen 2

COMENTARIO

La hernia diafragmática congénita (HDC) es una anomalía que tiene su origen en un defecto del desarrollo del diafragma que permite la comunicación entre la cavidad abdominal y torácica, con o sin contenido intestinal en el tórax, de etiología desconocida[1].

Presenta una incidencia que oscila entre 1/2000-1/5000 recién nacidos vivos y afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres. En el 90% de los casos el defecto generalmente se encuentra en la porción posterolateral del diafragma recibiendo el nombre de hernia de Bochdalek. Los defectos se localizan en un 80-90% en el lado izquierdo y en ocasiones son bilaterales (<5%). El tamaño del defecto es muy variable y oscila desde un pequeño agujero hasta la agenesia completa de esta zona del diafragma[1].

El diagnóstico prenatal de la hernia diafragmática ocurre en más del 50% de los observa asas intestinales de colon en hemitórax casos por la presencia de hallazgos anatómicos característicos como masa torácica, desviación mediastínica, burbuja gástrica o presencia del hígado en cavidad torácica que puede estar acompañado de polihidramnios o hidrops. Si bien, el diagnóstico generalmente se suele presentar en periodo neonatal siendo el signo cardinal la dificultad respiratoria con elevada mortalidad [1].

Los casos de presentación tardía, representan entre el 5-40% y se asocia a un mejor pronóstico [1]. La clínica en la presentación tardía es variable y amplia dependiente de la localización del defecto, del contenido abdominal herniado y de las anomalías asociadas. Pueden presentarse desde síntomas respiratorios hasta vómitos secundarios a la obstrucción intestinal con fallo de medro o la combinación de ambos. Los defectos localizados en el lado derecho se asocian con síntomas respiratorios, mientras que los defectos localizados en el lado izquierdo suelen presentar síntomas gastrointestinales aislados o asociados a síntomas respiratorios[1].

El diagnóstico se confirma mediante la realización de radiografía de tórax con introducción de sonda nasogástrica. La presentación clínica tardía supone un reto diagnóstico para el pediatra, ya que en ocasiones la radiografía de tórax puede ser normal o llevar a una interpretación errónea como neumonía lobar, lesión pulmonar quística, derrame pleural etc.. lo que genera un retraso del diagnóstico y una importante mortalidad y morbilidad a largo plazo[1,2].

El tratamiento es quirúrgico con un pronóstico generalmente favorable. En general, si el diagnóstico es en las primeras horas de vida, la tendencia es a retrasar la intervención quirúrgica hasta la estabilización hemodinámica y respiratoria. Si la presentación es más tardía, se realiza una intervención precoz para evitar complicaciones gastrointestinales[2].

La supervivencia global de los recién nacidos con hernia diafragmática congénita es del 70-92%. El factor que limita la supervivencia es la hipoplasia pulmonar asociada, siendo los problemas pulmonares la morbilidad más importante. Otras complicaciones a largo plazo incluyen enfermedad por reflujo gastroesofágico, obstrucción intestinal, retraso de crecimiento, defectos neurocognitivos y deformidades musculoesqueléticas. Es imprescindible un seguimiento multidisciplinar y estructurado que facilite el reconocimiento y tratamiento de las morbilidades asociadas[3].

En conclusión, debemos tener presente el diagnóstico de HDC en lactantes con fallo de medro y dificultad respiratoria como el caso que presentamos.

No se declaran conflictos de intereses por parte de ninguno de los autores.

Se ha obtenido consentimiento informado para reproducción de este caso clínico con fines científicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kim DJ, Chunh JH. Late-presenting congenital diaphagmatic hernia in children: the experience of single institution in Korea. Yonsei Med J 2013; 54:1143-8.
2. Dingeldein M. Congenital Diaphragmatic hernia: management and outcomes. Adv Pediatr. 2018; 65:241-247.
3. Long AM, Bunch KJ, Knight M, Kurinczuk JJ, Losty PD. One-year outcomes of infants born with congenital diaphragmatic hernia: a national population cohort study. ArchDisChild Fetal Neonatal Ed. 2019; 104:F643-F647.

Cómo participar en nuestra sección:

Si quieres formar parte del próximo número compartiendo un trabajo original o un caso clínico, envía un correo a la dirección ***Revista_PedHosp@sepho.es*** *y te ayudaremos a hacerlo.*

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

ARTÍCULOS COMENTADOS
Actualidad internacional de la pediatría hospitalaria en las principales revistas científicas

ACTA PÆDIATRICA
NURTURING THE CHILD

Los primeros ocho meses de la estrategia sueca para la pandemia COVID-19, las acciones clave y los actores involucrados

Ludvigsson JF. The first eight months of Sweden's COVID-19 strategy and the key actions and actors that were involved. Acta Paediatr.2020;109:2459–2471.[enlace]

Artículo de revisión de lo que ha sucedido en Suecia durante la pandemia COVID-19 con la estrategia que han adoptado, menos "invasiva" que en otros países. Sin un confinamiento general, con colegios abiertos hasta los 16 años, sin mascarilla obligatoria, pero recomendando la distancia social. Con estas tuvieron un mayor número de casos y de muertes comparados con los países vecinos.Describen todas las medidas que adoptaron y porqué, centrados sobre todo en el principio de mitigación más que de supresión de la enfermedad. Concluyendo que el tiempo dirá si la estrategia sueca era correcta.

analesdepediatría

Espectro clínico y factores de riesgo de enfermedad complicada en niños ingresados con infección por SARS-CoV-2

Storch-de-Gracia P, Leoz-Gordillo I, Andina D, Flores P, Villalobos E, Escalada-Pellitero S, Jiménez R. Espectro clínico y factores de riesgo de enfermedad complicada en niños ingresados con infección por SARS-CoV-2 [Clinicalspectrum and riskfactorsforcomplicateddiseasecourse in childrenadmittedwith SARS-CoV-2 infection]. AnPediatr (Barc). 2020 Nov;93(5):323-333. [Enlace]

Los autores analizan los factores asociados al desarrollo de formas graves de la enfermedad. Se describen los datos epidemiológicos y clínicos, los hallazgos de laboratorio y de imagen, así como el tratamiento y el resultado en estos pacientes. A la luz de estos hallazgos, los pacientes se clasificaron en dos grupos de gravedad y luego se compararon. De 39 casos, aquellos con evolución no complicada (24) se presentaron en su mayoría al servicio de urgencias con fiebre y / o síntomas respiratorios sin alteraciones significativas en los hallazgos de laboratorio. De los 15 niños con un curso

complicado, 12 desarrollaron shock. Además de fiebre, presentaban con frecuencia alteración del aspecto, taquicardia extrema, dolor abdominal, vómitos, diarrea, exantema y / o hiperemia conjuntival. También mostraron mayor linfopenia, proteína C reactiva, procalcitonina, dímero D y ferritina. Concluye que la elevación de los marcadores inflamatorios puede permitir la detección temprana de enfermedad complicada.

Archives of Disease in Childhood

Impacto de la gastrostomía en la calidad de vida de pacientes con deficiencia intelectual

Glasson EJ, Forbes D, Ravikumara M, Nagarajan L, Wilson A, Jacoby P, et al. Gastrostomy and quality of life in children with intellectual disability: a qualitative study. Arch Dis Child. 2020 Oct;105(10):969-974. [Enlace]

El incremento del número de niños discapacidad intelectual y dificultades de alimentación ha aumentado la indicación de gastrostomía en los últimos años, con el objetivo optimizar su desarrollo nutricional, intelectual y social. Este estudio describe el valor percibido de la gastrostomía sobre la calidad de vida de los niños y sus familias. La gastrostomía tuvo un impacto en la salud física, el bienestar emocional, las interacciones familiares y sociales, las actividades de ocio y la independencia para el niño, con importantes implicaciones para las familias. Estos datos pueden ser muy útiles para el asesoramiento de las familias sobre la gastrostomía.

Current Opinion in Pediatrics

Aprendizaje basado en problemas en la formación pediátrica

Harriel KL, Parboosingh JT. Improving pediatric problem-based learning sessions in undergraduate and graduate medical education. CurrOpinPediatr. 2020 Dec;32(6):832-83.[Enlace]

El aprendizaje basado en problemas es una metodología docente en la cual se otorga al alumno el protagonismo de su propio aprendizaje, y en la que el docente cumple funciones de guía o asesoría, que se ha mostrado más útil y eficiente que la clásica metodología docente en la que el formador simplemente transmite sus conocimientos al alumno. Este artículo de revisión trata sobre el uso del aprendizaje basado en problemas en Pediatría, analizando diversas opciones, e introduciendo las posibilidades de mejora que se alcanzarían mediante el uso habitual de la tecnología.

Aspectos legales y éticos de los trastornos de la consciencia

Rissman L, Paquette ET. Ethical and legal considerations related to disorders of

consciousness. CurrOpinPediatr. 2020 Dec;32(6):765-771. [Enlace]

Artículo de revisión sobre los aspectos éticos y legales del manejo de los pacientes pediátricos con trastornos de la consciencia, los cuales abarcan desde el estado mínimamente consciente hasta el coma profundo, y de la situación particular de la muerte cerebral. Para ello, los autores hacen una revisión bibliográfica y resaltan la importancia de la incertidumbre en el diagnóstico y el pronóstico de estos pacientes a la hora de destapar los problemas éticos y legales. Proponen el abordaje de estos pacientes y su incertidumbre desde una perspectiva de derechos de los individuos discapacitados y desde un proceso de toma de decisiones compartida. Además, ponen de relevancia aspectos sobre investigación, donación de órganos y maltrato infantil.

Artritis en la enfermedad de Kawasaki.

Suzuki T, Michihata N, Yoshikawa T, Hata T, Matsui H, Fushimi K, Yasunaga H. High-dose versus low-dose intravenous immunoglobulin for treatment of children with Kawasaki disease weighing 25 kg or more. Eur J Pediatr. 2020 Dec;179(12):1901-1907. [Enlace]

Estudio observacional en el que se compara el resultado del tratamiento con dosis altas (2 g/kg) o dosis bajas (1 g/kg) de inmunoglobulinas en la enfermedad de Kawasaki en niños con peso mayor a 25 kg. Para ello, los autores del trabajo utilizan los datos de una red nacional en Japón, incluyendo un número importante de pacientes, y concluyen que el tratamiento con dosis bajas es igual de efectivo que con dosis altas, en términos de incidencia de aneurismas coronarios, de resistencia al tratamiento, en eventos adversos, o en duración del ingreso hospitalario, y el coste económico es significativamente menor.

Aprendiendorazonamientoclínico

Gruppetta M, Mallia M. Clinical reasoning: exploring its characteristics and enhancing its learning. Br J HospMed (Lond). 2020;81(10):1-9. [Enlace]

El razonamiento clínico es un elemento esencial de nuestra profesión que se ocupa del proceso de pensamiento y toma de decisiones en la práctica clínica. Pese a su importancia, es un campo habitualmente no formalizado en la formación pediátrica. Este artículo explora las características del razonamiento clínico y profundiza en las diversas estrategias que resultan útiles para el aprendizaje. Se han desarrollado marcos educativos como el modelo de competencia consciente y el modelo de razonamiento de proceso dual (intuición vs análisis) para ayudar a su comprensión. Para mejorar el aprendizaje del razonamiento clínico, existen áreas importantes que se pueden abordar a través de procesos de aprendizaje. Estos incluyen la adecuación del conocimiento; capacidad para recopilar datos adecuados del paciente; uso de

estrategias de razonamiento para abordar cuestiones clínicas específicas; y la capacidad de reflexionar y evaluar las decisiones tomadas.

Journal of Hospital Medicine

Consideraciones sobre antibioterapia domiciliaria con PICC

Fenster ME, Hersh AL, Srivastava R, Keren R, Wilkes J, Coon ER. Trends in Use of Postdischarge Intravenous Antibiotic Therapy for Children. J HospMed. 2020 ;15(12):731-733. [Enlace]

En los últimos años un significado número de niños con procesos infecciosos (apendicitis complicada y neumonías complicadas, osteomielitis…) han antibioterapia intravenosa al alta mediante catéteres centrales de inserción periférica (PICC). No obstante, estudios recientes no han mostrado ventajas frente a terapia oral en varios escenarios, y sí un aumento de las complicaciones de esta modalidad terapéutica. En este estudio analizan la disminución de uso de esta práctica en esas tres entidades clínicas durante un periodo de 18 años, observando no obstante una variación significativa en la práctica clínica. Es quizá el momento de adecuar la práctica al estado de los conocimientos y determinar la indicación más apropiada de estos dispositivos.

Hospital Pediatrics

Cosas en la práctica clínica que no hacemos sin ninguna razón para ello … y que deberíamos plantearnos

Fuchs J, Rubenstein J, Chase L. Things We DON'T Do for No Reason. HospPediatr. 2020 Nov;10(11):1014-1016. [Enlace]

En ocasiones, en nuestra práctica clínica habitual hacemos diversas actuaciones sin ninguna base científica, y otras veces ni nos planteamos ciertas intervenciones que podrían ser beneficiosas. Debemos plantearnos si las pautas comúnmente utilizadas pueden no ser las más beneficiosas para el paciente, y viceversa. Los autores plantean situaciones como los beneficios de la hidratación enteral por SNG, de la vía subcutánea para hidratación en determinadas situaciones o la necesidad de analgesia que a veces no nos planteamos en procedimientos dolorosos, como la punción lumbar en lactantes. Debemos esforzarnos en evaluar críticamente nuestras prácticas habituales con el objetivo de llegar a la mayor evidencia científica.

Inteligencia artificial en la profesión médica

Sánchez López JD, Cambil Martín J, Villegas Calvo M, Luque Martínez F. Impacto de la inteligencia artificial en calidad asistencial. El camino hacia el futuro. J HealthcQual Res. 2020 Nov-Dec;35(6):407-408[Enlace]

El empleo progresivo de de elementos derivados de la inteligencia artificial (IA) como programas de asistencia virtual, monitorización asistencial, dispositivos implantables, cirugía robotizada, algoritmos mecanizados para el desarrollo de nuevos medicamentos… han supuesto un gran impacto en la calidad asistencial. No obstante, cabe preguntarse si existe un adecuado conocimiento del origen y funcionamiento de dicha tecnología por parte del personal sanitario. Partiendo de conceptos como el deeplearning, las redes de neuronas artificiales, la cognición situada… el desarrollo de esta tecnología se acerca a un importante dilema ético, la plena autonomía de estos dispositivos para la toma de decisiones. Los profesionales sanitarios deben tener siempre la última palabra en la toma de decisiones críticas de salud, dado que la inteligencia humana integra elementos inalienables (grado prudencia, aspectos bioéticos) de los que carece la IA.

Introducción temprana del gluten y enfermedad celiaca en el estudio EAT

Kirsty Logan, Michael R Perkin. Tom Marrs, SuzanaRadulovic, Joanna Craven, Carsten Flohr, Henry T. Bahnson, Gideok Lack. *JAMA Pediatr.* 2020;174(11):1041-1047. [enlace]

Artículo sobre el estudio EAT (investigación sobre la tolerancia), en el que se preguntaban si la introducción temprana del gluten reduciría la prevalencia de enfermedad celiaca a los 3 años de edad.Estudio prospectivo randomizado en el que reclutaron 1303 niños y los incluyeron en 2 grupos: uno que seguiría las pautas de alimentación habituales con introducción del gluten a partir de los 6 años y otro con introducción a los 4 meses.Encontraron que el 1.4% de los niños del primer grupo tuvieron una enfermedad celiaca frente a 0 en el grupo de introducción temprana, por lo que concluyen que la introducción temprana del gluten debe ser considerada como una estrategia para reducir la enfermedad celiaca para futuros estudios.

The JOURNAL of PEDIATRICS

Cinética del aclaramiento viral y la producción de anticuerpos en niños con infección por coronavirus (SARS-Cov 2)

BurakBahar, CyrilJacquot, Yunchuan D. Mo, Roberta L. DeBiasi, Joseph Campos, Meghan Delaney. J Pediatr2020;227:31-7). [enlace]

Estudio retrospectivo sobre 6369 pacientes pediátricos con infección por coronavirus en el que intentan conocer y desglosar la duración de la positividad de la PCR en los diferentes rangos de edad pediátrica y también por sexos. La media de días de positividad de la PCR fue de 19.5 días, siendo mayor en los pacientes de 6 a 15 años que en los pacientes de 16 a 22 años (32 vs 18 días) y sobre todo si eran niñas. Aunque no pueden afirmar que la duración de la positividad de la PCR se correlacione con una persistencia de la infectividad del paciente.El tiempo en que se encontraron anticuerpos neutralizantes (coincidiendo con la negatividad de la PCR) fue de 24 a 25 días, pero estos solo se encontraron en un 50% de los pacientes del estudio durante el periodo de tiempo del estudio.

Síndrome de fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis: ¿está relacionado con la etnia? Un estudio multicéntricode cohortesen Israel

Gil Amarilyo, LioraHarel, Sabreen Abu Ahmad, Maryam Abu Rumi, Riva Brik, NofarHezkelo, Ronen Bar-Yoseph, MeirMei-Zahav, Orly Ohana, YoelLevinsky, Gabriel Chodick, YonatanButbul-Aviel. J Pediatr2020;227:268-73. [enlace]

Estudio retrospectivo en el que quieren comprobar si la etnia influye en la posibilidad de tener un síndrome PFAPA.Comparan 303 pacientes diagnosticados de PFAPA con un grupo control de 475 pacientes con asma, excluyendo los pacientes con antecedentes familiares de fiebre mediterránea familiar.Los pacientes con PFAPA era más probable que fueran de ascendencia mediterránea (58.7%) frente a los pacientes con asma (35.8%), y los que no eran de ascendencia mediterránea solo un 5.8% fueron diagnosticados de PFAPA frente a un 30.3% que lo fueron de asma.También encontraron que los pacientes con PFAPA de origen mediterráneo fueron diagnosticados a una edad más temprana y respondían en un mayor porcentaje al tratamiento con corticoide y colchicina que los pacientes con PFAPA sin origen mediterráneo.Concluyen que el origen mediterráneo es un factor predisponente para padecer una enfermedad autoinflamatoria como el PFAPA, además de las ya conocidas como la fiebre mediterránea familiar y la enfermedad de Behcet.

Journal of Paediatrics and Child Health

Agenda para niños con soporte nutricional

Hopwood N, Moraby K, Dadich A, Gowans J, Pointon K et al. Paediatric tube-feeding: An agenda for care improvement and research. J PaediatrChildHealth. 2020. Artículo en prensa [Enlace]

La indicación de soporte nutricional tecnificado, como la gastrostomía percutánea, es una práctica cada vez más frecuente en la práctica asistencial de muchos pacientes, en especial aquellos con enfermedades crónicas. Este artículo presenta una agenda para mejorar la atención y el bienestar de los niños con trastorno de la alimentación pediátrica que requieren este tipo de alimentación, minimizando el impacto en otros ámbitos de sus vidas. Este trabajo debe sustentarse en los principios de involucrar, respetar y conectar a las familias.

THE LANCET Child & Adolescent Health

Utilidad de algoritmos de machine-learning para la detección de convulsiones neonatales

Pavel AM, Rennie JM, de Vries LS, Blennow M, Foran A, Shah DK, et al. A machine-learning algorithm for neonatal seizure recognition: a multicentre, randomised, controlled trial. LancetChildAdolescHealth. 2020 Oct;4(10):740-749. [Enlace]

El desarrollo de un algoritmo de detección de crisis neonatales a tiempo real, mediante el modelo de machine-learning, demuestra su beneficio para mejor detección de las convulsiones en estos pacientes, incluso en centros con buen apoyo neurofisiológico y neonatólogos con conocimientos en EEG. La detección de convulsiones neonatales puede ser muy difícil y puede tener importantes implicaciones terapéuticas, a la hora de iniciar tratamientos como la hipotermia terapéutica, así como pronósticas a medio-largo plazo en estos pacientes. Por lo tanto, la implantación de algoritmos como el descrito, pueden ser muy útiles tanto en las unidades de neonatología, como en hospitales secundarios con neonatólogos sin tanta experiencia en EEG.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Tormenta de citoquinas

David C. Fajgenbaum and Carl H. June.Cytokine Storm. N Engl J Med 2020; 383:2255-2273.
Enlace

En este magnífico artículo de revisión se describe en profundidad el tema de la "tormenta de citoquinas". Es importante que el médico reconozca la tormenta de citoquinas porque tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas. En esta revisión, se propone una

definición unificadora del concepto de tormenta de citoquina, se discuten las características fisiopatológicas, la presentación clínica y el manejo del síndrome. Se proporciona asimismo una descripción general de las causas iatrogénicas, inducidas por patógenos, inducidas por neoplasias y monogénicas. El objetivo de los autores es proporcionar a los profesionales un marco conceptual, una definición unificadora y herramientas esenciales de estadificación, evaluación y terapéuticas para manejar la tormenta de citoquinas.

Notificación de eventos adversos y residentes

Tevis SE, Schmocker RK, Wetterneck TB. Adverse Event Reporting: Harnessing Residents to Improve Patient Safety. J PatientSaf. 2020;16:294-298. [Enlace]

La notificación de eventos adversos intrahospitalrios es una medida clave para la mejora de la seguridad del paciente. Pese a su importancia, no se ha involucrado suficientemente a los residentes en esta práctica. Este estudio evalúa las barreras para la notificación en estos profesionales, y se introducen medidas para facilitar la notificación. Después de mejorar la educación de los residentes en torno a la notificación de eventos y de simplificar el proceso de notificación, la notificación de eventos de los residentes aumentó un 230%.

Diagnóstico y abordaje de sepsis grave

Farrell CA. Diagnosis and management of severe sepsis in the paediatric patient. Paediatr Child Health. 2020 2;25:475-476. [Enlace]

En este documento técnico los autores exponen a propósito de varios supuestos clínicos la actitud a tomar ante diversos escenarios (sepsis, shock septico, pacientes de distintas edades, con patología previa de base…). Desde el reconocimiento temprano de la sepsis y shock séptico, la optimización de la perfusión con la administración de cargas de volumen parámetros clínicos, el inicio precoz de la antibioterapia empírica, la evaluación de la respuesta, terapia vasopresora... Todos estos aspectos son revisados de una forma práctica y aplicable a nuestra práctica.

Errores de medicación en pacientes con patología crónica compleja

Huth K, Vandecruys P, Orkin J, Patel H. Medication safety for children with medical complexity. Paediatr Child Health. 20202;2:473-474. [Enlace]

En este documento técnico realizado por la Sección de Medicina Hospitalaria de la Sociedad Canadiense de Pediatría se evalúa el

mayor riesgo de cualquier tipo de error de medicación que tienen los pacientes con patología crónica compleja. Se analizan los principales factores de riesgo contribuyentes, muchas veces simultáneos de un mayor riesgo de error, así como estrategias para para su prevención en un decálogo final de alto interés para nuestra práctica cotidiana.

Complicaciones neurológicas en niños que precisan hospitalización por gripe

Solís-García G, Chacón-Pascual A, González Martínez F, Miranda Herrero MC, Hernández-Sampelayo T, Catalán Alonso P, Rodríguez-Fernández R. Neurologic Complications in Children Hospitalized With Influenza Infections: Prevalence, Risk Factors and Impact on Disease Severity. PediatrInfectDis J. 2020 Sep;39(9):789-793. [Enlace]

La gripe genera un importante número de eventos neurológicos en pacientes pediátricos que precisan ingreso hospitalario, fundamentalmente en niños con patología de base. Este hecho genera un aumento de la morbilidad, carga asistencial y gasto sanitario. Este artículo describe los factores de riesgo, la presentación clínica, ya que estos pacientes presentan crisis convulsivas prolongadas, así como convulsiones recurrentes, y los criterios de riesgo de ingreso en cuidados intensivos, con la consecuente repercusión sobre el ingreso hospitalario. Estos datos refuerzan la importancia de insistir en la vacunación antigripal de esta población.

Tratamiento con dosis altas vs bajas-moderadas ACTH en espasmos infantiles

Riikonen R, Lähdetie J, Kokki H. ACTH Treatment of Infantile Spasms: Low-Moderate- Versus High-Dose, Natural Versus Synthetic ACTH-A Retrospective Cohort Study. PediatrNeurol. 2020 Oct;111:46-50. [*Enlace]*

Este trabajo aborda el debate persistente sobre cómo tratar los espasmos infantiles. El autor es el profesor Riikonen, que ha hecho contribuciones sustanciales al estudio de los espasmos infantiles durante muchos años. Al analizar los datos, los autores pudieron comparar dosis altas y bajas de ACTH natural y ACTH sintética. La conclusión es que las dosis altas de ACTH natural no son más eficaces que las dosis bajas a moderadas, y la ACTH sintética fue igualmente eficaz. Estos datos sugieren una vez más que la ACTH sintética es tan eficaz como la ACTH natural y que la dosificación puede ser menos importante de lo que muchos clínicos creen.

Problemas de los niños supervivientes al cáncer

Norsker FN, Pedersen C, Armstrong GT, Robison LL, McBride ML, Hawkins M, Kuehni CE, de Vathaire F, Berbis J, Kremer LC, Haupt R, Kenborg L, Winther JF. Late Effects in Childhood Cancer Survivors: Early Studies, Survivor Cohorts, and Significant Contributions to the Field of Late Effects. PediatrClin North Am. 2020 Dec;67(6):1033-1049. [Enlace]

Artículo de revisión que recoge la descripción de varias cohortes de pacientes supervivientes al cáncer infantil en Europa y EEUU seguidas a lo largo del tiempo, en las cuáles se ponen de manifiesto los problemas tardíos derivados de la superación de la enfermedad, como problemas del crecimiento y desarrollo, segundos tumores, etc., que van a comprometer su salud a largo plazo e incluso su vida. Como consecuencia, se propone que estos pacientes deben ser objeto de seguimiento y manejo por grupos de profesionales expertos.

Asociación de patología pulmonar y cutánea en enfermedades sistémicas

Cohen BA, Turcios NL. Pulmonary Manifestations of Skin Disorders in Children. PediatrClin North Am. 2021 Feb;68(1):261-276. [Enlace]

Este artículo de revisión de PediatricClinic of North America trata sobre las enfermedades sistémicas que asocian patología pulmonar y cutánea, como algunas facomatosis, conectivopatías, patología vascular, etc., las cuales pueden indicar formas graves y suponer un reto diagnóstico para el pediatra hospitalario.

Factores de riesgo de COVID19 grave en niños.

Tsabouri S, Makis A, Kosmeri C, Siomou E. Risk Factors for Severity in Children with Coronavirus Disease 2019: A Comprehensive Literature Review. PediatrClin North Am. 2021 Feb;68(1):321-338.[Enlace]

Artículo de revisión de la literatura para describir cuáles son los factores que predisponen a los pacientes pediátricos a padecer una COVID19 grave y qué mecanismos pueden provocar una peor evolución de la enfermedad. Los autores encuentran que una patología crónica de base predispone a una peor evolución, así como la presencia de linfopenia, mientras que en otras situaciones como la edad < 1 año, la coinfección con otros virus, polimorfismos genéticos, déficit de vitamina D, etc., no se dispone de datos concluyentes.

Cambios necesarios para la realidad asistencial

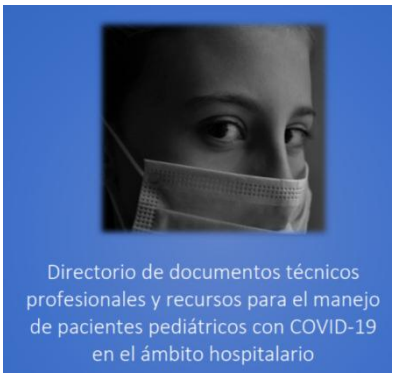
Zapatero-Gaviria A, Gonzalo-Pascua S. Propuesta de cambios organizativos en la Buena dirección. RevClin Esp. 2020:S0014-2565(19)30285-1.[Enlace]

En este editorial se analiza el concepto de fragilidad -vinculado habitualmente a los pacientes ancianos a pesar de que es una

condición clínica que también nos podemos encontrar en nuestro ámbito-, con las esenciales particularidades de la población pediátrica. Un momento de especial trascendencia son las hospitalizaciones que se pueden producir como consecuencia de descompensaciones agudas, que suelen generar una repercusión posterior. Analiza las hospitalizaciones en unidades de prevención de deterioro funcional vs unidades convencionales de hospitalización, con resultados muy positivos, gracias a medidas accesibles como la valoración integral del estado afectivo, funcional, cognitivo, nutricional, la capacidad del cuidador primario y la situación social, y la adecuación de intervenciones para evitar el síndrome posthospitalización. Richard Bohmer, profesor de Harvard comenta que hoy en día los médicos de más renombre sirven de poco si la organización en las que trabajan no estáorientada a la gestión de trayectorias clínicas y procesos.

RECURSOS
No estamos sol@s, estamos enredad@s

DIRECTORIO DE RECURSOS SOBRE COVID-19 EN EDAD PEDIÁTRICA



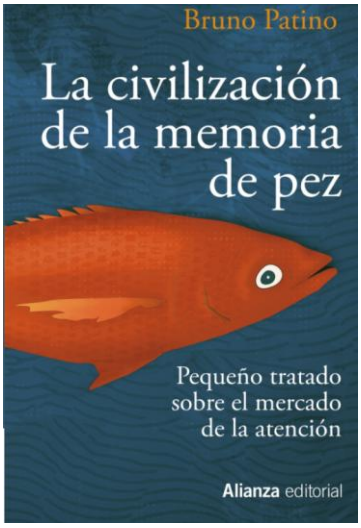
La Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO), dada la naturaleza de su área funcional, la Pediatría Interna Hospitalaria y de la atención integral del niño hospitalizado, se suma a las **iniciativas para al abordaje de la epidemia por SARS-CoV-2** a la que asistimos estas semanas. Ante la incertidumbre, resulta crucial que los pediatras dispongan de la **información actualizada y relevante** para la mejor asistencia de los niños afectados. **Actualizado noviembre 2020.**

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. No dudéis en compartirlo con pediatras y residentes. [Enlace]

Y NO TODO ES PEDIATRÍA (ni tampoco series)…



"La civilización de la memoria de pez"

Pequeño tratado sobre el mercado de la atención

Bruno Patino

A nueve segundos, a eso ha quedado limitada nuestra capacidad atención. Según el autor, director editorial de Arte France, decano de la escuela de periodismo *Sciencies Po* y colaborador de "*Rolling Stone*", la continua exposición a pantallas, redes sociales, las nuevas formas de ocio y relaciones, favorecidas por modelo de negocio dirigido por las grandes compañías ha traído consigo la destrucción de nuestra capacidad de concentración, análisis realista y reflexión… y también de nuestro tiempo libre (libre de verdad). Pero no solo tiene consecuencias graves a nivel individual. A nivel colectivo esta nueva "cultura" ha traído una polarización del debate social y el espacio público y ha sembrado el terreno a las noticas falsas y manipulación de las emociones. En una de sus acertadas frases el autor menciona que Internet nos iba a llevar al ágora, pero acabamos en un coliseo.

Alianza Editorial
ISBN 978-84-9181-968-4
Año de edición 2020

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)*
Felipe González Martínez. *Hospital Gregorio Marañón (Madrid)*
Pedro J Alcalá Minagorre. *Hospital General Universitario (Alicante)*

Editado en Madridpor la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO)
ISSN 2603-6339
Más información en www.sepho.es

Correspondencia: equipo editorial SEPHO; e-mail: Revista_PedHosp@sepho.es
Este es un trabajo original Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND