



ACTUALIDAD SEPHO
Cursos Pediatría Hospitalaria
Grupos de trabajo SEPHO



ARTÍCULOS
Comentados de las principales
revistas científicas

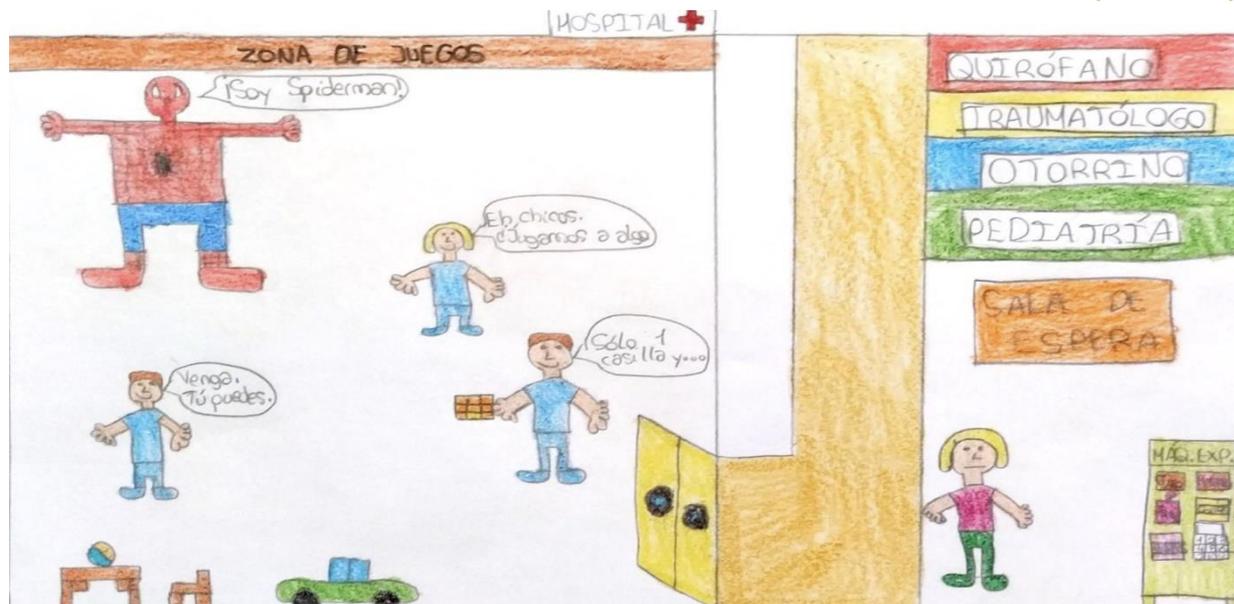


Recursos útiles en la red para
la Pediatría Hospitalaria
Versión abril de 2019

RECURSOS SALUD
Recursos para el pediatra
Hospitalario

PEDIATRÍA HOSPITALARIA

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA HOSPITALARIA (SEPHO)



De Francisco Javier

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... bienvenidos

En el nuevo número de nuestra revista, tenemos el privilegio de contar con un **editorial del Dr. Gómez Huelgas presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI): "Una visión desde la Medicina Interna"**. Nuestra sección de **noticias** viene cargada de novedades y citas que no te puedes perder como las **reuniones nacionales de AEP y SEPHO**. Este número también incluye nuestro **rinconcito cultural**, así como un **caso clínico** presentado por residentes de Pediatría. Esperamos que sea de vuestro agrado.

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

Equipo Editorial SEPHO

5 mayo



**CLEAN CARE
FOR ALL
IT'S IN YOUR
HANDS**

#HandHygiene #InfectionPrevention #HealthForAll

Burgos 7 junio



4ª Reunión Burgos, 7 de junio de 2019
Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria



Editorial

Una visión desde la Medicina Interna

La medicina moderna ha alcanzado en nuestros días unos logros extraordinarios gracias a los grandes avances científicos y tecnológicos ocurridos en las últimas décadas. La Medicina Interna, la más clásica de las especialidades médicas, ha desarrollado un papel nuclear en el desarrollo de los fundamentos científicos de la práctica médica, siendo su aportación más genuina el método del razonamiento clínico y su compromiso con la visión integral del paciente. Además, la Medicina Interna ha ocupado una posición troncal para el desarrollo de las diferentes especialidades médicas, que han ido surgiendo de la mano de la expansión del conocimiento científico y de las innovaciones diagnósticas y terapéuticas.

Aunque es indudable que esta dinámica de especialización médica ha sido una de las claves del éxito de la medicina actual y de la mejora de los resultados en salud, no es menos cierto que la creciente hiperespecialización y la progresiva tecnificación están creando una medicina fragmentada que genera múltiples actos médicos de poca efectividad clínica, especialmente en pacientes crónicos complejos con multicomorbilidad, que requieren un abordaje integrado y multidisciplinar centrado en el enfermo más que en la enfermedad.

La Pediatría se encuentra en una encrucijada clave que marcará su futuro como especialidad; quizás uno de los mayores desafíos de la Pediatría moderna reside en la necesidad de dar reconocimiento a las 23 subespecialidades pediátricas actualmente existentes, y que en gran medida determinan su excelencia, sin perder por ello su carácter troncal.

La Pediatría y la Medicina Interna son dos especialidades médicas que comparten muchos valores comunes, como el método clínico y la visión holística del paciente.

Ambas especialidades, por su carácter generalista, tienen un papel clave en la atención al paciente hospitalizado garantizando la atención integral en el entorno hospitalario, evitando el riesgo de atomización asistencial y asegurando un uso eficiente de la tecnología médica. La Pediatría Hospitalaria, una de las subespecialidades que han surgido del tronco de la Pediatría, tiene como fin principal la atención integral y humanizada del niño en el ámbito de la hospitalización.

El creciente peso asistencial de las enfermedades crónicas complejas, tanto en la población adulta como en la población infantojuvenil, requiere de médicos polivalentes y versátiles, con una sólida formación clínica. La adopción de protocolos de transición asistencial entre unidades pediátricas y de adultos, muy especialmente para la creciente población de pacientes pediátricos crónicos complejos, es una necesidad inaplazable.

La Pediatría siempre encontrará en la Medicina Interna una firme aliada en la defensa de los valores del generalismo médico, visión que es compatible y complementaria con la necesaria de expertos subespecialistas en las diferentes áreas de conocimiento.

La reciente firma de un convenio de colaboración entre la Asociación Española de Pediatría (AEP) y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) ayudará a fortalecer las relaciones entre ambas sociedades, facilitará la promoción de nuestros valores profesionales comunes, y contribuirá a mantener la excelencia y sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. Desde la SEMI, manifestamos todo nuestro apoyo a la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria y confiamos que la Pediatría Hospitalaria se acabe consolidando, bajo el auspicio y liderazgo de la AEP, como Área de Capacitación Específica pediátrica.



Dr. Ricardo Gómez Huelgas
*Director de UGC Medicina Interna
Complejo Hospitalario de Málaga
Presidente de la Asociación Española de Medicina Interna (SEMI)*



ACTUALIDAD SEPHO

Eventos próximos y últimas noticias relevantes



IV Reunión SEPHO. Burgos 6-8 junio

Comienza la cuenta atrás para nuestra reunión anual, que tendrá lugar en el seno del 67 Congreso AEP de Burgos. El programa de esta edición reúne aspectos relevantes sobre nuestra práctica clínica, y otros aspectos relevantes como la seguridad del paciente, la humanización de la asistencia, la prevención del desgaste profesional mediante la mediación, nuevas formas organizativas en la planta de hospitalización... Dentro de la reunión tendrá lugar la Asamblea SEPHO y la reunión de los grupos de trabajo. Os esperamos [\[Más información\]](#)



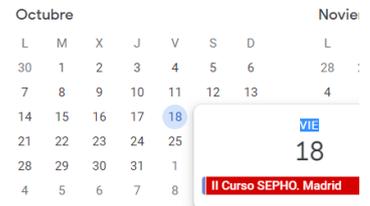
Programa formativo en Pediatría Hospitalaria

Dentro del proceso de consolidación del Área de Capacitación Específica (ACE) redactado un documento de gran relevancia a fecha 25 de marzo: el programa de la especialidad de Pediatría Hospitalaria, que incluye el itinerario formativo, los contenidos específicos, el mapa de competencias, la metodología evaluadora y las obligaciones de los centros que se acrediten en el futuro para la formación de los residentes. [\[Enlace de descarga\]](#)



II Curso SEPHO. Madrid, 18 octubre 2019

Se está terminando de confeccionar el programa del II Curso SEPHO, que tendrá lugar en el Hospital Universitario Niño Jesús. ¡Vayan reservando sus asientos...!



Grupos de Trabajo SEPHO... ¡Con Novedades...!

- **Novedad: Hospitalización a Domicilio.** El grupo se ha reactivado recientemente, con incorporación de nuevos centros. Si quieres contactar: hado@sepho.es

*¿Qué requisitos ha de tener un especialista en pediatría hospitalaria?
 , ¿Cómo puedo mejorar la seguridad de mis pacientes? ¿Cuál es mi
 responsabilidad?*

Si te haces alguna de estas preguntas, tienes que saber que existen otros dos grupos de trabajo SEPHO que desarrollan iniciativas sobre estos temas. Están abiertos a todos los interesados.

- Seguridad del Paciente: gruposeguridad@sepho.es
- Plan Formativo en Pediatría Hospitalaria: grupoformacion@sepho.es





ARTÍCULOS COMENTADOS

Actualidad de la pediatría hospitalaria en las principales revistas científicas

ACTA PÆDIATRICA
NURTURING THE CHILD

Infección del tracto urinario en lactantes menores de dos meses que son dados de alta en urgencias con análisis de orina normal

Einat Rivanowitch, Raouf Nassar, Eyal Kristal, Rotem Shalev, Yariv Fruchtman, Guy Hazan, Galina Ling, Rimma Melamed, Eugene Leibovitz. Urinary tract infection in young infants discharged from the emergency room with normal urinalysis. Acta Paediatrica 2019; 108 (4): 745-750. [[Enlace](#)]

Revisión de los urocultivos positivos en urgencias de pediatría en pacientes dados de alta con análisis de orina normal. De un total de 393 casos, el 11.7% (42) fueron en menores de 2 meses.

De estos, solo 15 (33%) tuvieron un segundo urocultivo positivo en el control posterior, y todos ellos estaban asintomáticos o con síntomas leves. De los 15 pacientes, 11 eran menores de un mes. Todos fueron ingresados con tratamiento antibiótico, pero ninguno tuvo una enfermedad grave.

Con estos datos sugieren cambiar el manejo de estos pacientes, únicamente ingresando y administrar tratamiento parenteral a los menores de un mes que cumplan estas condiciones.

**Paediatrics
Child Health**

Impacto de las experiencias adversas

Jacob G, van den Heuvel M, Jama N, Moore AM, Ford-Jones L, Wong PD. Adverse childhood experiences: Basics for the paediatrician. Paediatr Child Health. 2019;24:30-37 [[Enlace](#)]

Las experiencias adversas acumuladas en la edad pediátrica tienen una repercusión en la salud de los individuos a lo largo de su vida. Comprenden situaciones de maltrato físico y emocional, la violencia contra otros miembros de la familia, la enfermedad mental grave de los progenitores, drogadicción...

Se ha documentado la repercusión biológica y dosis dependiente del estrés sobre el sistema endocrino y cardiovascular, neurodesarrollo, sistema inmunitario, salud mental, y la epigenética, que lastran la salud a largo plazo.

La resiliencia surge como la capacidad de afrontar la adversidad. Esta capacidad adaptativa es el resultado de la compleja interacción entre la capacidad innata del niño, las experiencias vividas, aprendizaje y el apoyo sociofamiliar.

Los autores insisten en la importancia de los pediatras en la detección de situaciones de riesgo, sobre todo en edades tempranas, con la idea de actuar y prevenir las consecuencias, y promover la resiliencia de los individuos. Se ofrece un listado de recursos de alto interés para este fin.

Current Opinion in Pediatrics

Infecciones oportunistas en niños con trasplante renal

Dandamudi R, Smith J, Dharnidharka VR. Renal transplantation and predisposition to opportunistic infections. *Curr Opin Pediatr.* 2019; 31: 226-31 [\[Enlace\]](#)

Artículo de revisión de la literatura reciente sobre las infecciones oportunistas en los pacientes pediátricos trasplantados de riñón.

El aumento de la cifra de trasplantados renales en la población pediátrica en los últimos años, con el consiguiente empleo de fármacos inmunosupresores, ha hecho que aumenten los ingresos hospitalarios de este grupo de pacientes a causa de infecciones oportunistas.

Las causas más frecuentes halladas en las cohortes reportadas son la infección del tracto urinario y las infecciones graves por virus como VEB, CMV y, más recientemente, hepatitis E y VHS-6, las cuales suponen una importante causa de morbilidad.

Neurotoxicidad de los anestésicos generales en niños: evidencia e incertidumbres

Bellinger, David C, Calderon, Johanna. *Current opinion Pediatr* 2019; 31: 267-273 [\[Enlace\]](#)

Revisión de los estudios clínicos recientes que investigan si el empleo de agentes anestésicos causa daño neurológico en niños.

En general concluyen que las exposiciones múltiples a la anestesia general confieren un mayor riesgo de daño neurológico (trastornos de aprendizaje, Trastorno de déficit de atención con hiperactividad) que una única exposición, y sobre todo si esta dura menos de una hora.

Estas exposiciones cortas son la norma en los pacientes de EEUU, por lo que el estudio es tranquilizador.

El futuro se debe centrar en los pacientes que requieren varios procedimientos anestésicos y prolongados durante la infancia, en buscar los factores adyuvantes que previenen o reducen los efectos neurotóxicos de los agentes anestésicos.

JAMA Pediatrics

Asociación de los criterios diagnósticos con la prevalencia de infección del tracto urinario en niños con bronquilitis: revisión sistemática y meta-análisis

Corrie E, McDaniel, Shawn Ralston, Brian Lucas, Alan R. Schroeder. *JAMA pediatr.* 2019;173:269-277 [\[Enlace\]](#)

Meta-análisis en el que revisan la asociación concomitante de la bronquiolitis con la infección del tracto urinario (ITU).

En un meta-análisis previo, se estimó que la prevalencia era del 3.3%, aunque en esta revisión no se tenía en cuenta el resultado del análisis de orina (buscando leucocituria y/o nitrituria) para el correcto diagnóstico.

De los artículos/abstract revisados (477) en las bases de datos (Medline y Ovid EMBASE), solo en 18 se refería la prevalencia de ITU en bronquiolitis en un 3.1%, sin embargo, solo en 7 de ellos se hacía referencia al análisis de orina. Si se hace caso a estos 7 artículos, la prevalencia de ITU en la bronquiolitis es únicamente del 0.8%, que es menor del umbral recomendado para el test urinario.

Diagnóstico y manejo de la enfermedad de Kawasaki

Sosa T, Brower L, Divanovic A. Association of Diagnostic Criteria With Urinary Tract Infection Prevalence in Bronchiolitis. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatr.* 2019; 173: 278-279. [\[Enlace\]](#)

Resumen de la guía de la American Heart Association de 2017 sobre la enfermedad de Kawasaki [\[Enlace\]](#)

Se comentan una serie de recomendaciones en el diagnóstico (Kawasaki incompleto, datos analíticos de apoyo al diagnóstico, hallazgos ecocardiográficos) y en el tratamiento (iniciar el tratamiento con inmunoglobulina 2 g/kg y ácido acetil salicílico en los primeros 10 días de la enfermedad para prevenir los problemas en coronarias).

Sólo los corticoides se deben considerar como tratamiento adyuvante en los pacientes etiquetados de alto riesgo. Para los pacientes que no responden al tratamiento con inmunoglobulinas, se recomienda una segunda dosis, otros tratamientos como corticoides, infliximab, inmunomoduladores... pueden ser considerados en algunas ocasiones.



Desarrollo de una escala para seguimiento de los niños con sinusitis aguda

Shaikh N, Wald ER, Jeong JH, Kurs-Lasky M, Nash D, Michael E, et al. Development and Modification of an Outcome Measure to Follow Symptoms of Children with Sinusitis. *Journal Pediatr* 2019; 207:103-108. [\[Enlace\]](#).

En este artículo se valora la eficacia de una escala de control clínico de la sinusitis aguda (PRSS) en niños de 2 a 12 años. Es una escala que consta de 8 ítems de seguimiento clínico y respuesta al tratamiento de la sinusitis aguda, que realizan los padres en el domicilio.

Los autores han comprobado su eficacia y que los datos referidos por los padres se correlacionan con los hallazgos clínicos, tanto al diagnóstico, evolución clínica y gravedad de los síntomas.

Los resultados de este estudio avalan el uso de esta escala para el seguimiento de la sinusitis aguda en niños.

Uso de un probiótico para mejorar la absorción de hierro en pacientes pediátricos con déficit de hierro. Ensayo clínico aleatorizado.

Rosen GM, Morrissette S, Larson A, Stading P, Griffin KH, Barnes TL. Use of a Probiotic to Enhance Iron Absorption in a Randomized Trial of Pediatric Patients Presenting with Iron Deficiency. *Journal Pediatr* 2019; 207: 192-197.e1. [\[Enlace\]](#)

Estudio clínico randomizado, doble ciego en el que comparan la eficacia de dosis bajas de sulfato ferroso (1-3 mg/k/día) para el tratamiento de la ferropenia, administrándolo con o sin un probiótico (*Lactobacillus plantarum* 299v (LP299v)).

Objetivaron que el sulfato ferroso a esas dosis durante 6-8 semanas, era bien tolerado y eficaz para el tratamiento de la ferropenia y que la asociación del probiótico no supuso ninguna mejoría. También se produjo un aumento de la ferritina, también sin relación con la toma o no de probiótico.

Con estos resultados, se están planteando estudiar la eficacia de la administración del sulfato ferroso a días alternos.



Tendencia en el uso de gastrostomía en niños con discapacidad intelectual.

Wong K, Leonard H, Pearson G, Glasson EJ, Forbes D, Ravikumara M, et al. Epidemiology of gastrostomy insertion for children and adolescents with intellectual disability. *Eur J Pediatr*. 2019; 178(3): 351-61. [\[Enlace\]](#).

Artículo original que describe la evolución en el uso de la gastrostomía para el manejo nutricional de los niños con discapacidad intelectual en una región de Australia.

El estudio analiza las indicaciones y el tipo de paciente que se ha beneficiado de esta técnica, y además muestra cómo ha aumentado su uso a lo largo de los 32 años de análisis.

Este hecho está ocurriendo también en nuestro medio, por lo que los pediatras debemos estar familiarizados con su manejo, especialmente aquellos que atienden las plantas de hospitalización pediátrica.

Manejo nutricional de los lactantes con bronquiolitis aguda

Valla FV, Baudin F, Demaret P, Rooze S, Moullet C, Cotting J, et al. Nutritional management of young infants presenting with acute bronchiolitis in Belgium, France and Switzerland: survey of current practices and documentary search of national guidelines worldwide. *Eur J Pediatr.* 2019; 178(3): 331-40. [[Enlace](#)].

Artículo original con el objetivo de describir las pautas de alimentación que emplean los profesionales sanitarios con los lactantes diagnosticados de bronquiolitis, tanto los que se derivan a domicilio como los que son ingresados en planta de hospitalización.

Los datos del estudio se han obtenido mediante una encuesta, y ponen de manifiesto la gran variabilidad existente en la práctica clínica, tanto en el uso de nutrición enteral como de fluidoterapia intravenosa, debido en parte a la falta de guías clínicas y recomendaciones basadas en la evidencia.



Ecografía pulmonar en bronquiolitis aguda leve-moderada

Zoido Garrote E, García Aparicio C, Camila Torrez Villarroel C, Pedro Vega García A, Muñiz Fontán M, Oulego Erroz I. Utilidad de la ecografía pulmonar precoz en bronquiolitis aguda leve-moderada: estudio piloto [[Enlace](#)].

Los autores evalúan la correlación entre hallazgos de la ecografía pulmonar realizada precozmente con las escalas de gravedad clínica y su asociación con la evolución posterior en la bronquiolitis aguda (BA) leve-moderada. Se trata de un estudio observacional prospectivo de 59 lactantes con BA leve-moderada evaluados mediante ecografía pulmonar en las primeras 24 h tras la atención hospitalaria. Se graduó la afectación pulmonar (rango 0-50 puntos) sobre la base de un score ecográfico (ScECO). Se evaluó la correlación entre el ScECO y escalas clínicas de uso habitual. Así mismo se valoró la asociación entre el ScECO y la evolución clínica posterior (ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos [UCIP], días de hospitalización y días de oxigenoterapia). La puntuación mediana del ScECO fue de 6 puntos (2-8) en los pacientes que no requirieron ingreso, 9 (5-13,7) en los ingresados en planta y 17 (14,5-18) en los pacientes que precisaron traslado de planta a la UCIP ($p=0,001$). El ScECO tuvo una correlación lineal moderada con las escalas. El ScECO se asoció al ingreso en UCIP (OR 2,5 [IC del 95%: 1,1-5,9]; $p=0,035$), mayor estancia hospitalaria (1,2 días [IC del 95%: 0,55, 1,86]; $p=0,001$) y duración de oxigenoterapia (0,87 días [IC del 95%: 0,26, 1,48]; $p=0,006$). Por ello se concluye que la ecografía pulmonar precoz se correlacionó de forma moderada con la gravedad de la BA evaluada por escalas clínicas y guarda cierta relación con la evolución clínica.

PEDIATRIC NEUROLOGY

Neuroimagen y macrocefalia

Sampson MA, Berg AD, Huber JN, Olgun G. Necessity of Intracranial Imaging in Infants and Children with Macrocephaly [[Enlace](#)].

Singular estudio que somete a revisión la necesidad de neuroimagen en la macrocefalia.

Esta se encuentra con frecuencia en pediatría y con muchas veces conduce a la obtención de

imágenes. No hay recomendaciones óptimas que ofrezcan pautas de imagen para la macrocefalia.

El objetivo de este estudio es identificar los factores de riesgo para la macrocefalia patológica y ayudar al pediatra a identificar a los pacientes que se beneficiarían de las imágenes. Los autores llevaron a cabo una revisión de los registros médicos en todo el sistema de atención médica multiestatal, Sanford Health, desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2016. Los pacientes con macrocefalia fueron identificados por la lista de problemas en niños menores de 36 meses. Un total de 169 pacientes fueron incluidos en el análisis.

Las modalidades de imagen incluyeron 39 imágenes de resonancia magnética (23,1%), 47 tomografías computarizadas craneales (27,8%) y 83 ecografías de cabeza (49,1%).

Los resultados de la imagen demostraron 13 estudios anormales, cinco de los cuales fueron anormales con un alto rendimiento clínico. Los pacientes con estudios anormales fueron más propensos a tener retraso del desarrollo ($P = 0.04$) o síntomas neurológicos ($P = 0.015$). La historia familiar positiva de macrocefalia fue predictiva de imágenes normales ($P = 0,004$). No hubo complicaciones de sedación.

La imagen intracraneal no parece ser necesaria en niños sin factores de riesgo y / o antecedentes familiares positivos de macrocefalia. Los factores de riesgo, como el retraso en el desarrollo o los síntomas neurológicos, podrían identificar a los niños con riesgo de presentar anomalías en las imágenes que requieren un tratamiento adicional.



Salvar o perder una vida... está en tus manos

Peters A, Borzykowski T, Tartari E, Kilpatrick C, Mai HCS, Allegranzi B, Pittet D. 'Clean care for all - it's in your hands': the 5(th) May 2019 World Health Organization SAVE LIVES: Clean Your Hands campaign. *J Hosp Infect.* 2019 pii: S0195-6701(19)30103-3 [[Enlace](#)].



El 5 de mayo se pone en marcha la [campaña de la OMS](#) para la prevención y control de infecciones con la higiene de las manos como la medida más efectiva, práctica y basada en la evidencia. El tema de este año para el día mundial anual de la higiene de las manos pone de manifiesto la importancia de una asistencia limpia, protegiendo por igual a todos los pacientes y trabajadores de la salud de infecciones y transmisión de resistencia a los antimicrobianos en todos los países, incluso en entornos de bajos recursos. La OMS insta a todos los implicados, desde los ministerios y agencias trabajadores sanitarios y a las asociaciones de pacientes a contribuir al control de las infecciones reivindicando la higiene de las manos como uno de los pilares de la calidad en la atención de salud.



Sistemas de alerta precoz, ¿qué hacer con ellos?

Chapman SM, Maconochie IK. Early warning scores in paediatrics: an overview. Arch Dis Child. 2019;104:395-399 [[Enlace](#)].

Los sistemas de alerta precoz se emplean para identificar a los niños hospitalizados con riesgo de deterioro clínico grave, mediante una puntuación numérica basada en una serie de parámetros que determina el tipo de asistencia urgente requerida.

Aunque su uso está muy extendido y puede asociarse a algunas mejoras asistenciales, la escasa comparabilidad entre los estudios dificultaba la evaluación del rendimiento de estos sistemas en la práctica clínica, y la evidencia sobre su beneficio global en la supervivencia del paciente pediátrico es limitada.

Sin embargo, puede ser una herramienta de utilidad en el contexto de la condición específica de un paciente, y tiene que evaluarse en diferentes condiciones, entornos clínicos, y estructuras organizativas.

Su inclusión dentro de los sistemas de historia electrónica puede ser clave para mejorar la calidad de la asistencia e incrementar la seguridad del paciente.



Decisiones y transferencias de cuidados “a pie de cama”

Ratelle JT, Sawatsky AP, Kashiwagi DT, Schouten WM, Erwin PJ, Gonzalo JD, Beckman TJ, West CP. Implementing bedside rounds to improve patient-centred outcomes: a systematic review. BMJ Qual Saf. 2019;28:317-326 [[Enlace](#)].

La deliberación y toma de decisiones clínicas compartida “a pie de cama” entre profesionales, el menor hospitalizado y sus familiares responsables se ha considerado un objetivo deseable dentro de la atención centrada en el paciente.

Se considera que esta práctica permite la colaboración interprofesional y la participación de los implicados en la toma de decisiones, en aras del principio de autonomía. También se considera que la transferencia de cuidados a pie de cama facilita la seguridad del paciente y favorece capacitación de cuidadores previo al alta.

Sin embargo, no se ha evaluado su impacto real de estas prácticas en los principales aspectos de la atención centrada en el paciente (conocimiento, autonomía, satisfacción...), utilización de recursos e indicadores de salud.

Esta revisión sistemática, que incluye 9 estudios pediátricos muestra una gran heterogeneidad en las prácticas estudiadas, y unos resultados poco concluyentes en los objetivos estudiados.



AN OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Listas de verificación en la planta de hospitalización

Clark NA, Burrus S, Richardson T, Sterner S, Queen MA. Implementation of a General Pediatric Clinical Rounding Checklist. Hosp Pediatr. 2019 Mar 22. pii:hped.2018-0150 [[Enlace](#)].

Las listas de verificación son una herramienta útil en muchos ámbitos de trabajo hospitalario, como en áreas quirúrgicas y críticas, donde se ha demostrado que mejoran la seguridad del paciente y reducen la variabilidad en la práctica asistencial.

El objetivo de este estudio pre/postest es determinar si la instauración de una lista de verificación la duración de la estancia hospitalaria. La lista integraba aspectos como la evaluación de la superficie cutánea, la necesidad o no de monitorización, la verdadera necesidad de fluidos intravenosos, la transición de la vía intravenosa a la vía oral, la existencia de una planificación necesidades al alta... todos ellos susceptibles de un manejo potencialmente variable entre los pediatras implicados.

Los autores no encontraron diferencias en la duración del ingreso entre los periodos del estudio, pero sí en prácticas como la reducción de la monitorización cardiorrespiratoria, sin repercusión en la seguridad del paciente.



Bioética, de la teoría a la práctica... y viceversa

Martin LP. An ethics refresher for doctors in moral distress: theory and practice. Br J Hosp Med (Lond). 2019 Mar 2;80:C39-C41 [[Enlace](#)].

En relación a unas situaciones ficticias expuestas, el autor nos hace reflexionar entre la brecha existente entre la teoría y práctica de la bioética, y como los clínicos, en especial ante situaciones conflictivas, estamos tenemos que poner en práctica los principios éticos (invisibles pero inevitables).

Define muy bien el problema “Los expertos en ética fallan al poner en práctica lo que predicán, los clínicos fallan en predicar lo que ponen en práctica” Los cuatro principios (beneficiencia, no maleficiencia, justicia y respecto al principio de autonomía) constituyen un marco de referencia que permiten la deliberación ética de muchos casos, pero por sí mismos no resuelven los conflictos morales, y tienen sus limitaciones

(ambigüedad, subjetividad, excesiva simplificación...).

No obstante, pueden ayudar al pediatra hospitalario a reflexionar y definir el problema y establecer un itinerario resolutivo.

Optimización de uso de antimicrobianos: una práctica esencial en los centros

Hughes SJ, Moore LS. Antimicrobial stewardship. Br J Hosp Med (Lond). 2019;80:C42-C45 [[Enlace](#)]

Los programas de optimización del uso de antimicrobianos (PROA), que corresponden al término anglosajón *antimicrobial stewardship programs*, surgen como una necesidad crucial ante los nuevos retos de las enfermedades infecciosas.

Frente gérmenes más resistentes en pacientes cada vez más vulnerables, en parte al resto de avances terapéuticos (pacientes trasplantados, oncológicos, con complejidad médica...) surge la necesidad de una política antibiótica racional que evite el uso innecesario de antimicrobianos, restrinja el uso de antibióticos de amplio espectro y se empleen a través de la vía y duración adecuada.

Se han desarrollado iniciativas que tratan combinar elementos restrictivos con técnicas de capacitación de todos los clínicos implicados. En la mayoría de instituciones y centros se promueve la creación de equipos interdisciplinarios con el objetivo de mejorar los resultados clínicos de los pacientes con infecciones, minimizar los efectos adversos asociados al uso de antibióticos (incluyendo aquí la aparición y diseminación de resistencias).

Los autores revisan todos estos aspectos en este artículo, proponiendo esquemas para los grupos locales de trabajo.

THE LANCET Child & Adolescent Health

Crisis asmáticas: avance en el conocimiento... ¿y en su manejo?

Saglani S, Fleming L, Sonnappa S, Bush A. Advances in the aetiology, management, and prevention of acute asthma attacks in children. Lancet Child Adolesc Health 2019. Published online March 19, 2019 [[Enlace](#)]

Revisión realizada por expertos del Royal Brompton Hospital sobre novedades en la fisiopatología, manejo clínico y prevención de las crisis asmáticas.

Diferencian en todos aspectos a dos grupos etarios: uno de niños en edad escolar y adolescentes, frente a lactantes y preescolares. Esto llevaría con el tiempo a condicionar un cambio en su manejo basado en el endotipo, establecido por hallazgos clínicos y pruebas complementarias objetivas, en vez del fenotipo (sustentando en la historia y la exploración).

De esta forma se podrán individualizar terapias, evitar tratamientos injustificados y establecer medidas preventivas tras una crisis. A este respecto ofrecen un esquema de reevaluación diversos factores en pacientes que han sufrido una crisis en aras de evitar un nuevo episodio.

RECURSOS

No estamos sol@s, estamos enredad@s



Recursos para el pediatra hospitalario

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 que se actualizará periódicamente. No dudéis en compartirlo con los compañeros y residentes. [[Enlace](#)].



RESIDENTE DE PEDIATRÍA EN LA PLANTA Espacio de casos clínicos donde el protagonista es MIR

Niño con taquipnea persistente

Fátima Pareja Marín, Julia Dorda Fernández, Sara Porcar Lozano
Hospital Virgen de los Lirios (Alcoy)

Motivo de ingreso: estudio de taquipnea persistente y fallo de medro.

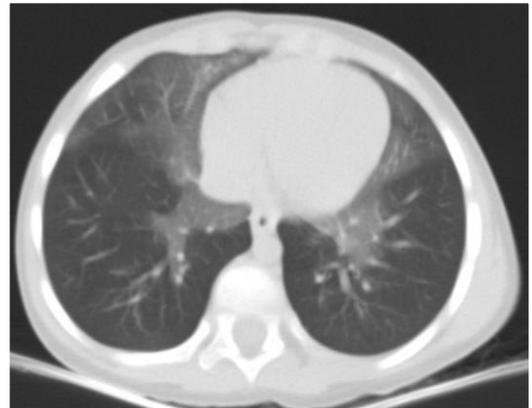
Antecedentes: nacido a término, gestación gemelar bicorial- biamniótica. Ingreso a los 12 y a los 23 meses por bronconeumonía con infiltrado en lóbulo inferior derecho. Ganancia ponderal escasa desde el nacimiento a pesar de alimentación adecuada, episodios de diarrea intermitente. Tratamiento de mantenimiento con budesonida inhalada. Hermano gemelo sano.

Enfermedad actual: niño de 27 meses que ingresa para estudio de taquipnea persistente, tos y disnea de esfuerzo. Depositiones líquidas-blandas. No clínica catarral. Afebril.

Exploración física: peso 11 Kg; saturación de oxígeno: 94%; frecuencia respiratoria: 37 rpm. Buen aspecto general con tiraje sub-intercostal leve. Normocoloreado. Auscultación cardíaca rítmica y sin soplos; buena entrada de aire bilateral con crepitantes basales bilaterales (predominio en campos posteriores). Fragilidad ungueal. Resto de exploración sin hallazgos de interés.

Exploraciones complementarias y evolución: Durante el ingreso se objetiva saturación de oxígeno durante el sueño entre 91-94%. Hemograma con hemoglobina 14,0 g/dl, hematocrito 42%, volumen corpuscular 82 fL; en gasometría venosa pH 7,29 y pCO₂ de 52 mmHg. Enzimas hepáticas, *alpha*-1-antritipsina e inmunoglobulinas normales, test del sudor negativo y prueba de tuberculina 0mm. En la ecocardiografía no se observan anomalías estructurales o funcionales y la estimación de presiones pulmonares fue normal.

Ante los hallazgos descritos se amplía estudio con TC torácico que se muestra en la imagen.



Dados estos datos clínicos, ¿cuál sería el diagnóstico más probable?

- Fibrosis quística
- Edema pulmonar bilateral por insuficiencia cardíaca
- Neumopatía intersticial
- Déficit de alfa-1-antitripsina

Respuesta a continuación

La fibrosis quística (gen CFTR) y el déficit de alfa-1-antitripsina (gen *SERPINA1*) son enfermedades genéticas, autosómicas recesivas, que condicionan afectación pulmonar. Mientras que la primera de ellas se suele presentar en la infancia y se acompaña de afectación pancreática, el déficit de alfa-1-antitripsina se diagnostica generalmente en adultos y se asocia a afectación hepática. En el paciente estas dos entidades se descartaron al por la presentación clínica, así como test del sudor negativo, enzimas hepáticas y *alpha*-1-antitripsina en rango, e imagen pulmonar no característica de estas enfermedades.

La disnea de esfuerzo orienta el diagnóstico a enfermedades respiratorias o cardíacas con una ventilación o gasto cardíaco limitados, alteraciones del metabolismo oxidativo muscular que se acompañen de intolerancia o fatigabilidad con el ejercicio por incapacidad de adaptación a los mecanismos de compensación que la actividad exige; en este paciente, la normalidad de la ecocardiografía descartó la etiología cardíaca.

El TC mostró áreas parcheadas con patrón en vidrio deslustrado en ambos hemitórax correspondientes con una afectación del intersticio pulmonar en lóbulo medio y llingula (**respuesta correcta: C**); este patrón es característico de la **enfermedad pulmonar por hiperplasia de células neuroendocrinas**. El resto de opciones no son compatibles con el cuadro clínico descrito.

La **enfermedad pulmonar intersticial infantil (EPI)** representa un grupo heterogéneo de enfermedades pulmonares difusas, muchas de las cuales pueden dar lugar a una morbilidad y mortalidad significativas. Dentro de las enfermedades pulmonares difusas de la infancia

y descartando las más frecuentes (fibrosis quística, displasia broncopulmonar...) queda un grupo denominado "CHILD" (*childhood interstitial lung disease*). Dentro de ese grupo, en su espectro más leve, se encuentra la enfermedad pulmonar por hiperplasia de células neuroendocrinas (1).

La clínica que acompaña a esta entidad, que puede ser indistinguible de otras enfermedades intersticiales, se caracteriza por la presencia de taquipnea persistente variable en los primeros años de vida, crepitantes persistentes, hipoxemia en algunos casos y escasa ganancia ponderal. El diagnóstico se basa en la imagen por TC torácico de alta resolución en el que se observa un patrón en "alas" en vidrio esmerilado -especialmente en lóbulo medio y llingula-. La biopsia se reserva para casos dudosos y, ante la presencia de imágenes típicas, podría evitarse en niños con buen estado general (2) como en el caso descrito.

No hay consenso sobre la actitud terapéutica en la enfermedad pulmonar intersticial, aunque generalmente consiste en cuidados de soporte: oxígeno suplementario si existe hipoxemia crónica, nutrición e inmunización adecuadas y tratamiento de infecciones recurrentes. En algunos casos los corticoides podrían utilizarse para mejorar el cuadro clínico, con estrecha vigilancia de los efectos secundarios. El resultado a largo plazo es en la mayoría de los casos favorable con una mejoría progresiva (3).

En el caso presentado se produjo una mejoría de la frecuencia respiratoria, sin hipoxemia y, dada la presencia de imágenes típicas en el TC torácico, se tomó una actitud expectante sin realización de biopsia pulmonar.

Referencias:

1. Thacker, P.G.; Vargas, S.O.; Fishman, M.P.; Casey, A.M.; Lee, E.Y. Current update on interstitial lung disease of infancy: New classification system, diagnostic evaluation, imaging algorithms, imaging findings, and prognosis. *Radiol. Clin. N. Am.* 2016, *54*, 1065–1076
2. Lelii, M.; Patria, M.F.; Pinzani, R.; Tenconi, R.; Mori, A.; Bonelli, N.; Principi, N.; Esposito, S. Role of High-Resolution Chest Computed Tomography in a Child with Persistent Tachypnoea and Intercostal Retractions: A Case Report of Neuroendocrine Cell Hyperplasia. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2017, *14*, 1113.
3. Caimmi S, Licari A, Caimmi D, et al. Neuroendocrine cell hyperplasia of infancy: an unusual cause of hypoxemia in children. *Ital J Pediatr.* 2016;42(1):84.



LA CITA

“El niño que no juega no es niño, pero el hombre que no juega perdió para siempre el niño que vivía en él y que le hará mucha falta”

Pablo Neruda (1904-1973)
Escritor, Premio Nobel de literatura y senador chileno



Joven vendedora de trapos
1870, Guillaume Charles Brun



Joven campesina con niños en la ventana
1840, Ferdinand Georg Wandmüller

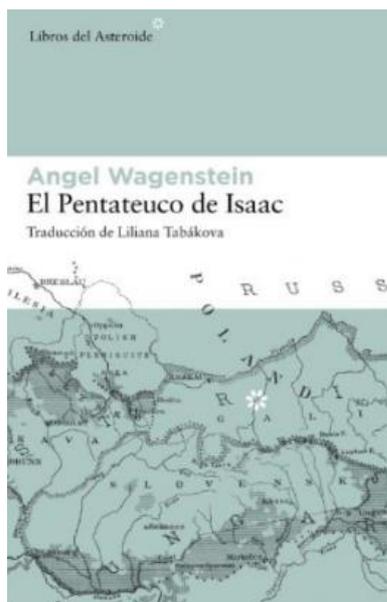
EN NUESTRAS PÁGINAS NO TODO ES CIENCIA



“El pentateuco de Isaac” (1998)

Angel Wagestein

ISBN: 9788493591465



En esta novela Angel Wagestein narra las vicisitudes –terribles y sin embargo alegres- de un sastre judío durante la primera mitad del Siglo XX.

Sin buscarlo, el protagonista se ve inmerso en dos guerras, tres campos de concentración y cinco patrias.

Narrar estas desventuras con un fino hilo de respeto a unos hechos terribles, realismo, y sobre todo, un sano y genial humor, es todo un reto del que el autor sale más que bien parado.

Tras una prestigiosa trayectoria como cineasta, Angel Wagenstein inició su carrera literaria a los setenta años con esta novela; desde entonces ha afianzado su prestigio en buena parte de Europa con numerosos galardones.

Editorial: Libros el Asteroide, 2008

[\[Enlace\]](#)

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:**

Pedro J Alcalá Minagorre. *Hospital General Universitario (Alicante)*

David López Martín. *Hospital Costa del Sol (Marbella)*

José David Martínez Pajares. *Hospital de Antequera (Málaga)*

José Miguel Ramos Fernández. *Hospital Materno-Infantil (Málaga)*

Miguel Ángel Vázquez Ronco. *Hospital de Cruces (Bilbao)*

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

ISSN 2603-6339

Más información en www.sepho.es