

Boletín SEPHO. Junio de 2017

Apreciados amigos:

Os presentamos una selección de artículos que creemos relevantes para la asistencia pediátrica hospitalaria. También compartimos una serie de recursos de agencias de salud y hospitales pediátricos que pueden ser de interés para nuestra práctica habitual. Esperamos que este boletín sea de vuestro agrado. Podéis consultar los números anteriores en nuestra página web [\[Enlace\]](#)

1.- NOTICIAS SOBRE LA SEPHO

COMITÉ CIENTÍFICO
 Presidente: Juan José García Sordo
 Vicepresidentes: Roberto Rodríguez Torres
 Gerente: María José Gallo Rodríguez

MEMBROS DE HONOR
 6 (14-16 Julio 20)
 Presidente: C. Requena SEPHO
 (19:00-20:00 Julio 20)
 Asambleas SEPHO

CONTROVERSIA SEPHO
 ¿Según los datos epidemiológicos con el aumento de la mortalidad por Sepsis, ¿es un momento favorable al diagnóstico?
 Sesión: 18 de junio 19:00-19:30
 Sala 201er piso, 102

REDES HOSPITALARIAS SEPHO
 Una red de profesionales pediátricos en hospitales universitarios y no universitarios en el medio hospitalario
 Sesión: 18 de junio 19:30-20:00
 Sala 201er piso, 102

Programa pediátrico especializado. Propuesta conjunta de los países
 Sesión: 17 de junio 17:15-18:45
 Sala 201er piso, 102

CAJAS CLÍNICAS SEPHO
 El sistema de información
 Sesión: 18 de junio 19:30-19:45
 Sala 201er piso, 102

TALLERES SEPHO
 Manejo epidemiológico de las infecciones en Pediatría
 Sesión: 18 de junio 09:00-11:00
 Sala 201er piso, 102

El registro de datos de casos en el ambiente pediátrico programado en pediatría. El registro de datos para un manejo más seguro
 Sesión: 18 de junio 14:45-16:15
 Sala 201er piso, 102

Asamblea con el personal pediátrico de la sala
 Sesión: 17 de junio 20:00-21:00
 Sala 201er piso, 102

Segunda Reunión SEPHO. Junio 2017 Santiago.

Ya está disponible el [programa con horarios actualizados](#) de la próxima Reunión SEPHO, que se celebrará en el seno del próximo Congreso AEP. Podéis consultarlo en nuestra [web](#). Creemos que los contenidos son de alto interés para el pediatra hospitalario. Recordad que las plazas de los talleres son limitadas. Además, os invitamos a participar en la Asamblea de socios por la importancia de los temas a tratar.

¿CÓMO PODEMOS MEJORAR LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES EN EL MEDIO HOSPITALARIO?

1. Identificación del paciente
2. Comunicación efectiva
3. Estructura de la información
4. Transmisión de la información
5. Transmisión de la información
6. Transmisión de la información
7. Transmisión de la información
8. Transmisión de la información
9. Transmisión de la información
10. Transmisión de la información

Decálogo SEPHO para la transmisión segura de información en el medio sanitario

En la asistencia hospitalaria se maneja una cantidad muy importante de información clínica. La comunicación durante la transferencia del paciente es un aspecto fundamental de la calidad asistencial. Hasta un 80% de los errores en medio hospitalario son secundarios a problemas en este proceso. Desde la SEPHO se va a desarrollar una serie de iniciativas para asistir a los profesionales que atienden a los niños hospitalizados a realizar una comunicación más eficaz y segura, así como mejorar el proceso de transferencia de pacientes. Un primer paso ha sido la confección de este decálogo de recomendaciones para distintas situaciones en las que participamos cotidianamente. [\[Enlace\]](#)

2.- ARTÍCULOS COMENTADOS DE REVISTAS CIENTÍFICAS

Hospital Pediatrics

AN OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Soluciones hipotónicas intravenosas, hiponatremia y bronquiolitis

Shein SL, Slain K, Martinez Schlurmann N, Speicher R, Rotta AT. Hyponatremia and

Hypotonic Intravenous Fluids Are Associated With Unfavorable Outcomes of Bronchiolitis Admissions. Hosp Pediatr. 2017;7:263-270 [\[Enlace\]](#)

La hiponatremia se ha asociado como un marcador de evolución desfavorable en lactantes con bronquiolitis. Además la hiponatremia en sí misma la alteración electrolítica más frecuente en niños hospitalizados, y es responsable de casos de encefalopatía grave e incluso mortal. La aparición de la hiponatremia es un factor parcialmente modificable si se evitan fluidos con baja concentración de sodio, y también favoreciendo la alimentación enteral como alternativa a los fluidos intravenosos, incluso si reciben oxigenoterapia de alto flujo (como se señala en otro artículo de este número: [\[Enlace\]](#))

PEDIATRICS

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Listas de verificación con la familia, una medida para mejorar la seguridad del paciente

Cox E, Jacobsohn G, Rajamanickam V, Carayon P, Kelly M et. al. A Family-Centered Rounds Checklist, Family Engagement, and Patient Safety: A Randomized Trial. *Pediatrics*; 139; e20161688 [\[Enlace\]](#)

En este ensayo clínico los autores documentan la influencia positiva que tiene la realización de una lista de verificación ante los familiares de pacientes ingresados en el hospital. Los resultados mostraron una mejora en los elementos relacionados con la seguridad del paciente, y refuerzan la necesidad de cuidados centrados en las familias.

ACTA PÆDIATRICA NURTURING THE CHILD

Estudios poblacionales muestran que los adolescentes celíacos tienen mayor riesgo de comorbilidades de enfermedades autoinmunes y no autoinmunes.

Amit Assa, Yael Frenkel-Nir, Dorit Tzur, Lior H Katz, Raanan Shamir. *Acta Paediatrica* Junio 2017 106, pp. 967-972. [\[Enlace\]](#)

Estudio poblacional para investigar la asociación de la enfermedad celíaca con otras patologías durante la adolescencia. Encontraron que la enfermedad celíaca no solo se asociaba a otras enfermedades autoinmunes (como ya se conocía) como la diabetes tipo I, la enfermedad inflamatoria intestinal y la artritis, también se asocia a otras enfermedades no autoinmunes como la litiasis biliar la migraña y alteraciones menstruales. Sin embargo no encontraron asociación entre la enfermedad celíaca y el riesgo de fracturas.

The JOURNAL of PEDIATRICS

Factores de riesgo para la infección asociada a la comunidad por *Clostridium difficile* en niños.

Daniel J. Adams, MD, Matthew D. Eberly, Michael Rajnik, Cade M. Nylund. *J Pediatr* 2017; *in press*. [\[Enlace\]](#)

Artículo en el que revisan la relación entre los fármacos usados habitualmente en niños con el riesgo de padecer una infección por *Clostridium difficile*. Los antibióticos (sobre todo quinolonas, clindamicina y cefalosporinas de tercera generación) y los antiácidos (inhibidores de la bomba de protones), se asocian a un riesgo aumentado de infección por *Clostridium difficile*, recomendando un uso juicioso de estas medicaciones.

Current Opinion in Pediatrics

Catéteres venosos centrales en niños: Indicaciones, dispositivos y riesgos.

Guillermo Ares and Catherine J. Hunter. *Curr Opin Pediatr* 2017, 29:340-346. [\[Enlace\]](#)

Revisión del papel que juegan estos dispositivos en Pediatría, sus indicaciones y las complicaciones de su uso, mecánicas e infecciosas. Indican que el mejor método para evitar la infección asociada al catéter es usar catéteres impregnados en antibiótico y el sellado de los mismos con etanol.



Papel de la rifampicina en reducir la inflamación y el daño neuronal en la meningitis bacteriana de la infancia.

Lipi Uppal, Sunit Singhi, Pratibha Singhi, Ritu Aggarwal. *Pediatric Infectious Disease Journal*. June 2017, Vol 36, 6; 556-559. [\[Enlace\]](#)

Durante el tratamiento antibiótico habitual de la meningitis bacteriana se libera por parte de las bacterias una serie de sustancias proinflamatorias que inducen la liberación de citoquinas que producen un daño neuronal. Los antibióticos como la rifampicina evitan la liberación de esas sustancias proinflamatorias reduciendo así el daño neuronal. En este estudio prospectivo, concluyen que la administración de una dosis única de rifampicina 30 minutos antes de la administración del antibiótico habitual (ceftriaxona) reduce la concentración en líquido cefalorraquídeo de sustancias inflamatorias y de daño cerebral.

ADC Education & Practice edition

Uso de aminoglucósidos

Germovsek E, Barker CI, Sharland M. What do I need to know about aminoglycoside antibiotics? *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2017;102:89-93 [\[Enlace\]](#)

Artículo de revisión sobre los aspectos más relevantes de los distintos antibióticos aminoglucósidos en la práctica pediátrica. Los autores repasan las indicaciones, modo de acción, aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos. Tratan las ventajas e inconvenientes de las distintas pautas de monitorización, precauciones y situaciones especiales (prematuros, nefrópatas, quemados y dosificación en pacientes con sobrepeso). Lectura muy recomendable.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Cannabidiol in Dravet Syndrome Study Group. . Trial of Cannabidiol for Drug-Resistant Seizures in the Dravet Syndrome. Devinsky O, Cross JH, Laux L, Marsh E, Miller I, Nabbout R, Scheffer IE, Thiele EA, Wright S; *N Engl J Med*. 2017 May 25;376(21):2011-2020. [\[Enlace\]](#)

Estudio original doble ciego aleatorizado en pacientes con síndrome de Dravet. Se estudió cannabidiol para el tratamiento de convulsiones resistentes a fármacos. En este ensayo doble ciego y controlado con placebo, se asignó aleatoriamente a 120 niños y adultos jóvenes con el síndrome de Dravet y convulsiones resistentes a fármacos para recibir una solución oral de cannabidiol a una dosis de 20 mg por kilogramo de peso corporal por día o placebo, además del tratamiento antiepiléptico estándar. El criterio principal de valoración fue el cambio en la frecuencia de convulsiones durante un período de tratamiento de 14 semanas, en comparación con un período basal de 4 semanas. El porcentaje de pacientes que presentaron al menos un 50% de reducción en la frecuencia convulsiva fue de 43% con cannabidiol y 27% con placebo (odds ratio: 2,00; IC del 95%: 0,93 a 4,30; P = 0,08). **CONCLUSIONES** Entre los pacientes con el síndrome de Dravet, el cannabidiol dio lugar a una mayor reducción de la frecuencia de crisis convulsiva que el placebo aunque con mayores tasas de eventos adversos generalmente tolerables.

Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto.

Rite Gracia S, Pérez Muñuzuri A, Sanz López E, Leante Castellanos JL, Benavente Fernández I, Ruiz Campillo CW, Sánchez Redondo MD, Sánchez Luna M; en representación del Comité de Estándares, de la Sociedad Española de Neonatología.

[\[Enlace\]](#)

Actualización sobre criterios de alta a los RN de término y pretérmino tardías. En este documento, el Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología revisa los criterios de mínimos que se deben dar antes del alta de un recién nacido a término. Los criterios para el alta de un recién nacido deben incluir la estabilidad fisiológica y la competencia de la familia para proporcionar los cuidados al recién nacido en el domicilio. Se incluye una revisión de los criterios de alta en el caso de recién nacidos prematuros tardíos, debido a que estos recién nacidos frecuentemente no son hospitalizados y permanecen con sus madres tras el nacimiento. Se puede considerar, en recién nacidos a término sanos, una estancia hospitalaria reducida (menor a 48h tras el nacimiento), pero esta no es apropiada para todas las madres y todos los recién nacidos. Aquellos recién nacidos dados de alta antes de las 48h del nacimiento deben ser evaluados entre el tercer y el cuarto día de vida. El estándar tiene 15 puntos. Destacar los siguientes puntos:

4. *Signos vitales normales y estables durante al menos las 12h previas al alta; temperatura axilar entre 36,5 y 37,4°C, una frecuencia respiratoria inferior a 60rpm con ausencia de otros signos de distrés respiratorio y una frecuencia cardíaca despierto de entre 100 y 160lpm. Una frecuencia cardíaca hasta de 70lpm durante el sueño, sin signos de compromiso circulatorio y con una adecuada respuesta al estímulo, es también aceptable. Una frecuencia cardíaca próxima o por encima del límite superior del rango requiere una mayor evaluación.*
6. *El RN debe haber completado con éxito al menos 2 tomas, habiéndose valorado de forma favorable la coordinación, succión y respiración durante las mismas.*
8. *Se han comprobado los factores de riesgo de infección y, en su caso, se ha evaluado adecuadamente al RN de acuerdo con las guías para el manejo de neonatos con sospecha de sepsis de inicio precoz.*
9. *Se han revisado las serologías maternas, así como el grupo sanguíneo del RN y el test de Coombs directo*
12. *La madre ha recibido información y entrenamiento para proporcionar los cuidados adecuados al RN¹, habiéndose confirmado la adquisición de dichos conocimientos y competencias*
13. *Se han proporcionado instrucciones respecto al seguimiento posterior del RN, recomendando encarecidamente una primera cita en atención primaria a las 72h del alta hospitalaria, idealmente planificada antes del alta entre el centro hospitalario y atención primaria. Se deben dar instrucciones a seguir en caso de una complicación o emergencia*
15. *Se ha realizado una valoración de factores de riesgo sociales¹. En caso de estar presentes, el alta debe ser retrasada hasta que se hayan podido resolver o se haya establecido un plan que garantice la seguridad del RN*



Prevención y manejo de la dependencia a la sonda de alimentación

Krom H, de Winter JP, and Kindermann A. Development, prevention, and treatment of feeding tube dependency. Eur J Pediatr. 2017;176:683-688. [\[Enlace\]](#)

Artículo de revisión sobre cómo se genera la dependencia de la alimentación a través de sonda gástrica en los pacientes, una vez que desaparece la indicación clínica para su uso. Además de analizar sus causas, ofrece información muy útil para el clínico sobre cómo prevenir y manejar esta problemática, con el objetivo de devolver al paciente la capacidad de alimentarse de manera normal lo antes posible.

Pediatric Clinics

Etiología, diagnóstico y manejo del dolor abdominal en pediatría

Zeiter DK. Abdominal Pain in Children, From the Eternal City to the Examination Room. Pediatr Clin North Am. 2017 Jun;64(3):525-541. [\[Enlace\]](#)

Interesante artículo de revisión sobre el dolor abdominal en pediatría, haciendo hincapié en la etiología funcional, cada vez más frecuente en la actualidad. El artículo ofrece un útil recuerdo de los criterios de Roma IV para clasificar los trastornos digestivos funcionales en pediatría, así como una actualización sobre su etiología y su manejo diagnóstico-terapéutico.

3.- RECURSOS DE AGENCIAS DE SALUD



[Observatorio de la Infancia](#) Adscrito al Ministerio de Sanidad, es una plataforma de participación de todos los agentes que, de una u otra forma, trabajan y aúnan esfuerzos para promover el ejercicio de los derechos y deberes de la infancia y adolescencia en sus diferentes entornos. Dispone de un amplio catálogo de recursos, con accesos a informes muy relevantes sobre aspectos de la población infantil en España y

acceso a las distintas campañas iniciadas.

Equipo Boletín SEPHO

José David Martínez Pajares. Hospital de Antequera. Málaga

Miguel Ángel Vázquez Ronco. Hospital de Cruces. Bilbao

José Miguel Ramos Fernández. Hospital Regional Universitario Materno-Infantil de Málaga

Pedro J Alcalá Minagorre. Hospital General Universitario Alicante

Más información en www.sepho.es

"No hay enfermedades, sino enfermos". Claude Bernard (1813-1878). Médico y fisiólogo francés.

