



## CARTA AL DIRECTOR

### Necesidad de manejo y soportes intensivos a niños críticos en unidades de adultos

### Need for management and intensive supports to critical children in adult units

Sr. Director:

A pesar de las recomendaciones de la SECIP, realizadas inicialmente en 1980<sup>1</sup>, la distribución geodemográfica española de las unidades dedicadas al niño crítico (UCIP) no es la deseada<sup>2</sup>. A su vez, sabemos que la incidencia de enfermos pediátricos que precisan asistencia intensiva es muy baja y, en un escenario de crisis socioeconómica como el actual, parece poco prudente exigir un mayor desarrollo autónomo de UCIP. Además, aun siendo diferentes la fisiopatología de los procesos infantiles y su evolución, la determinación de irrecuperabilidad, los sentimientos familiares y de los propios profesionales, incluso la formación y el título que la acompaña, hace que estos pacientes en determinadas circunstancias precisen ingreso en UMI de adultos, siendo tratados en estas o requiriendo estabilización para un adecuado traslado a la UCIP del hospital más cercano.

Hemos leído con muchísimo interés y estamos totalmente de acuerdo con Badía et al.<sup>3</sup> cuando afirman que la atención ocasional de estos enfermos obliga a una adecuación material y docente del personal de las UMI para proporcionarles una correcta asistencia. Incluso recogiendo las limitaciones expresadas (análisis retrospectivo, tamaño muestral, características sociodemográficas, cambios en biotecnología y práctica clínica) los resultados positivos muestran que algunas UMI seguirán atendiendo a niños críticos esporádicamente, y esta necesidad evidencia la necesidad de poseer conocimientos y habilidades suficientes para prestar una asistencia adecuada.

En este sentido, queremos aportar los resultados obtenidos (tabla 1) por nuestra UMI del hoy Hospital Universitario de Álava (Vitoria) en 1981-84<sup>4</sup> y que, a pesar de los cambios y las tecnologías introducidas, son perfectamente corroborados por Badía<sup>3</sup>. Nuestro centro (634 camas) disponía de un Servicio de Pediatría con 82 camas y Unidad de Neonatología pero sin UCIP. La necesidad de ofrecer soportes intensivos a pacientes pediátricos críticos nos obligó a mantener una estrecha relación con ese servicio, protocolizando conjuntamente procesos y técnicas, de forma que la demanda

**Tabla 1** Variables demográficas, clínicas y de gestión del Hospital Universitario «Arnau de Villanova» y Hospital Universitario de Álava

	HUAV (Lérida)	HUA (Vitoria)
Período de estudio (años)	14 (1997-2010)	4 (1981-1984)
Edad pediátrica (años)	0-14	0-12
Número de pacientes	130	48
Número/año	10	12
Sexo		31 niños/ 17 niñas
Edad media (rango)	6,1 años (1 mes-14 años)	4,7 años (niños: 7 meses- 12 años; niñas: 15 días-8 años)
Traumatizados (%)	26,9	8,3
Sépticos (%)	22,3	37,5
Respiratorios (%)	19,2	16,6
Neurológicos (%)	19,5	20,8
Otros (%)	14,6	16,6
Ventilación mecánica (%)	58,5	58,0
Vasoactivos (%)	20,0	54,0
Traslado (%)	64,6	14,5
Mortalidad intra-UMI (%)	13,1	14,5
Porcentaje sobre adultos	2,7	1,8
Estancia media (horas)	44,5	49,5

HUA: Hospital Universitario de Álava, Vitoria-Gasteiz; HUAV: Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lérida.

eventual por un niño pudiera ser efectiva y eficientemente atendida.

La ventilación mecánica (58%) fue realizada en la UMI con tecnología propia, con media de 68 h y 19 días la más prolongada (polineuritis posrubeólica). Se trasladó (medicamente asistidos) a 7 niños, 4 para cirugía torácica/cardíaca, 2 grandes quemados y un neuroquirúrgico. La mortalidad fue 14,5% (5 sepsis meningocócica/fracaso multiorgánico, una sepsis abdominal posquirúrgica y una muerte súbita del lactante). Como durante nuestro estudio todavía no se habían

elaborado índices pronósticos, fue necesario confeccionar alguno como los factores precoces de mortalidad en la sepsis meningocócica grave<sup>5</sup> el proceso más prevalente (entre nuestros niños críticos).

Compartimos y ratificamos las opiniones de Badía et al., aconsejando atender estos niños en UMI por personal propio pero con la colaboración directa de pediatras, y enfatizamos la necesidad de mejorar conocimientos fisiopatológicos e incrementar habilidades técnicas pediátricas, tanto médicas como de enfermería. La formación de residentes de ambas especialidades en CIP es fundamental. No obstante, somos conscientes de los nuevos perfiles de los procesos que actualmente requieren soportes intensivos y propugnamos también el traslado estabilizado. Que la necesidad permanezca 32 años después significa que no hay alternativa, y que la respuesta se ha consolidado en la cartera de servicios de las UMI. Estemos preparados...

### Bibliografía

1. Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Asociación Española de Pediatría, Informe técnico sobre la organización de los cuidados intensivos pediátricos en España. *An Esp Pediatría*. 1980;13:541-50.
2. Manzano Alonso JL. Regionalización de los cuidados intensivos pediátricos. *Med Intensiva*. 1983;7:231-7.
3. Badía M, Vicario E, García-Solanes L, Servià L, Justes M, Trujillano J. Atención del paciente crítico pediátrico en una UCI de adultos. Utilidad del índice PIM. *Med Intensiva*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.03.007>.
4. Moreno Millán E, Borderas Gaztambide A. Asistencia pediátrica en la UMI de un hospital general de ámbito provincial. *Med Intensiva*. 1985;9:223-31.
5. Moreno E, Reina V, Goiriena P, Arós LF. Early predicting factors in severe pediatric meningococcal sepsis. III International Symposium on Pediatric, Surgical and Neonatal Intensive Care, Paris. *Intensive Care Med*. 1987;13:429-66.

E. Moreno-Millán y J. Villegas-del Ojo\*

*Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real, España*

\* Autor para correspondencia.

*Correo electrónico: jydo76@hotmail.com*

(J. Villegas-del Ojo).