

Sábado, 3 de junio (09:00 - 10:30)

CARDIOLOGÍA, URGENCIAS
Y CIRUGÍA

Sala 1+2

660

09:00

FACTORES PRONÓSTICOS DE LA INTERVENCIÓN DE NORWOOD PARA EL SÍNDROME DEL CORAZÓN IZQUIERDO HIPOPLÁSICO

Juan Antonio García Hernández, David Canalejo González, Víctor Manuel Navas López, Antonio Romero Parreño, Mauro Gil Fournier Carazo, Josefina Grueso Montero, Ana M. Reina González, Mercedes Loscertales Abril

Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: El Síndrome del Corazón Izquierdo Hipoplásico (SCIH) es una cardiopatía congénita con una elevada mortalidad. La intervención de Norwood, y la modificación posterior de Sano, han logrado un aumento en la supervivencia. Se pretende identificar factores pronósticos de mortalidad tras dicha intervención.

Pacientes y método: Se trata de un estudio prospectivo, observacional y no aleatorizado, en un periodo comprendido entre Octubre del 1991 hasta Noviembre del 2003, en el cual se intervinieron treinta niños mediante la técnica de Norwood y ocho con la modificación de Sano. Se estudió la relación de la mortalidad con la anatomía de la cardiopatía, la técnica quirúrgica empleada, los tiempos quirúrgicos, y con el cierre o no del esternón en quirófano y parámetros hemodinámicos y gasométricos.

Resultados: La edad y el peso a la intervención fueron de $10,6 \pm 5,1$ días y $3,3 \pm 0,5$ Kg. El 42% tenían asociada otra cardiopatía, siendo la coartación de aorta la más frecuente. En 24 niños (63%) existía atresia de las válvulas mitral y aórtica, en 7 atresia aórtica (18,5%), en 3 atresia mitral (8%), y en 4 (10,5%) no se evidenció atresia de ninguna válvula. En el primer grupo la mortalidad fue mas alta (70,8%) que en el resto. El diámetro medio de la aorta ascendente fue $3,4 \pm 1,7$ mm, siendo en 25 niños (66%) de tamaño muy reducido (< 0 igual a 4 mm). La mortalidad precoz se asoció de forma estadísticamente significativa, tanto con el cierre diferido del esternón ($p = 0,032$), como con un tiempo de circulación extracorpórea prolongado ($p = 0,030$). No hubo diferencias significativas entre supervivientes y fallecidos, en la S_aO_2 , S_vO_2 , pH arterial, P_aO_2 / FiO_2 , y presión arterial sistólica, diastólica y media; en cambio, los que fallecieron tuvieron cifras más elevadas del P_vCO_2 , de la Extracción tisular de O_2 y del Espacio muerto pulmonar, sin llegar a tener estas diferencias valor estadístico. Ocho pacientes fueron éxitos durante la intervención; y de los 30 ingresados en UCIP fallecieron diecisiete, lo que supone una mortalidad precoz hospitalaria del 56,6%.

Conclusiones: La monitorización hemodinámica y gasométrica básica, tienen escaso valor para predecir el curso postopera-

torio de esta cardiopatía. El P_vCO_2 , la Extracción tisular de O_2 y el Espacio muerto pulmonar, podrían ser unos buenos indicadores pronósticos. Necesitamos hacer un estudio con una muestra más amplia para poder demostrarlo.

661

09:10

HOSPITALIZACIONES POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 24 MESES CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS SIGNIFICATIVAS: ESTUDIO CIVIC 2004-05

Constancio Medrano López, Luis García-Guereta Silva, Josefina Grueso Montero, Beatriz Insa Albert

Grupo CIVIC, Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas.

Objetivos: Evaluar la incidencia de hospitalización por infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños menores de 24 meses con cardiopatía congénita significativa (CCS), describir los factores de riesgo asociados y medidas profilácticas, etiología y curso clínico.

Metodología: Estudio epidemiológico, multicéntrico (16 hospitales de referencia y 54 colaboradores), observacional (descriptivo), de seguimiento y prospectivo. Periodo de Octubre de 2004 a Abril de 2005. Se incluyeron 791 pacientes con seguimiento en 760. Entre los hospitalizados (H) vs los no hospitalizados (NH) se compararon los factores asociados.

Resultados: 79 pacientes (un 10,4%, IC95%: 8,2% a 12,6%) requirieron hospitalización, con 105 ingresos. La tasa de incidencia fue de 2,1 nuevas hospitalizaciones por 100 pacientes y mes de seguimiento. Los factores significativos asociados a la hospitalización fueron, con un aumento del riesgo (e intervalo de confianza al 95%) respectivamente: Delección 22q11: 8.1 (2.5 a 26.3); Peso inferior al percentil 10: 5.2 (1,6 a 17.4); Enfermedad respiratoria previa: 4,5 (2,3 a 8,6); Inmunoprofilaxis frente a virus respiratorio sincitial (VRS) incompleta: 2.2 (1,2 a 4,0); Trisomía 21: 2.1 (1,1 a 4,2); Cirugía con circulación extracorpórea: 2.0 (1,1 a 3,4); Hermanos menores de 11 años: 1,7 (1,0 a 2,9). Hubo diferencias significativas en la inmunoprofilaxis frente a virus respiratorio sincitial (VRS) que fue completa en un 75,9% de H vs. en un 86,2%, de los NH ($p=0,015$). Los diagnósticos clínicos fueron: bronquiolitis (51,4%), IRA de vías altas (25,7%) y neumonía (20%). Se demostraron gérmenes causales en 37 casos (35,2%): 25 VRS, 5 *streptococcus pneumoniae*, 4 *haemophilus influenzae*. Los pacientes con profilaxis incompleta frente a VRS incrementaron 3.05 (IC 95%: 2.14 to 4.35) el riesgo relativo de ingreso por infección por VRS. La evolución clínica de los 70 pacientes hospitalizados fue grave en 18 pacientes (17,1%) definida como ingreso en UCI (n=17), ventilación mecánica (n=7), secuelas (n=4) o muerte (n=3).

Conclusiones: Las hospitalizaciones por IRA en este tipo de pacientes se asocian fundamentalmente a factores extracardíacos (genéticos, malnutrición, respiratorios). El VRS es el germen más frecuente y una inmunoprofilaxis incompleta frente a él se relaciona con un incremento del riesgo.

662 09:20 VALORES DE BNP EN NIÑOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS: DIFERENCIAS SEGÚN SITUACIÓN FISIOPATOLÓGICA

Jesús Cecilio López-Menchero Oliva, Andrés Alcaraz Romero, Patricia Aparicio García, Carlos Romero Román, M^a del Mar Santos Sebastián, Teresa Álvarez Martín, Ángel Carrillo Álvarez, Enrique Maroto Álvaro, David Crespo Marcos
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Antecedentes y objetivos: El péptido natriurético tipo B (BNP) es producido por las células ventriculares en situación de insuficiencia cardíaca (IC). Su valores han sido poco estudiados en pacientes pediátricos. El objetivo de este trabajo es estudiar las concentraciones de BNP en niños con cardiopatías congénitas (cc) y analizar la relación de sus valores con la situación fisiopatológica.

Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo y observacional sin intervención terapéutica. Se incluyeron los niños mayores de 1 mes con cardiopatía congénita antes de cirugía durante un periodo de 15 meses. Se utilizó el score de Ross para valoración clínica de IC. Los niños fueron estudiados en 4 grupos según las características fisiopatológicas de su cc: obstrucción al flujo sistémico y/o insuficiencia mitral moderada-severa (OFS), cortocircuito izquierda-derecha con aumento en grado variable del flujo pulmonar (SID), obstrucción (con o sin disminución) al flujo pulmonar (OFP), y fisiología de ventrículo único (VU). El BNP se determinó mediante electroinmunoquimioluminiscencia (Advia Centaur; Bayer).

Resultados: Se estudiaron un total de 70 niños con medianas de peso 7,4 kg y de edad 7,5 meses. 21 pacientes se incluyeron en el grupo de OFS, 20 presentaban SID, 14 OFP y 15 fisiología de VU. Las medianas (P25-75) de las concentraciones de BNP fueron de 276 (75-1418) para el grupo con OFS, 95 (28-202) para SID, 25 (8-46) para OFP y 28 (12-55) para VU. Los valores de BNP fueron diferentes entre los grupos ($P < 0,001$): los niños con OFS presentaron valores más altos que aquellos con OFP o VU ($P < 0,001$) y que los niños con SID ($P = 0,028$), los pacientes con SID más altos aquellos con OFP ($P = 0,009$) o VU ($P = 0,028$). No se encontraron diferencias entre los niños con OFP y aquellos con VU. Los valores de BNP se correlacionaron con la puntuación del score de Ross ($r = 0,853$, $P < 0,001$).

Conclusiones: Las concentraciones de BNP son más altas en los niños con obstrucción al flujo sistémico y/o insuficiencia mitral moderada-severa, y en aquellos con aumento del flujo pulmonar por shunt izquierda-derecha. El BNP es un buen marcador de IC en población pediátrica.

663 09:30 ATRESIA PULMONAR CON SEPTO ÍNTEGRO. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO A MEDIO PLAZO

María Maravall Llagaria, Antonio Sánchez Andrés, Ana Cano Sánchez, Beatriz Insa Albert, José Miguel Sáez Palacios, Amparo Moya Bonora, José Ignacio Carrasco Moreno, José M^a Caffarena Calvar
Sección de Cardiología Pediátrica y Sección de Cirugía Cardiovascular del Hospital Infantil Universitario La Fe, Valencia.

Antecedentes y objetivos: La Atresia Pulmonar con Septo Integro (APSI) es una cardiopatía congénita compleja poco frecuente con alta morbimortalidad. Es una lesión morfológicamente heterogénea con diversos grados de hipoplasia de

ventrículo derecho y válvula tricúspide, y frecuentes anomalías en las arterias coronarias. El objetivo de este estudio es describir las características de la APSI en neonatos de nuestro hospital y la prevalencia de los diferentes estadios finales.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico neonatal de APSI nacidos entre enero de 1990 y diciembre de 2005.

Resultados: Se han analizado 22 pacientes, con un tiempo medio de seguimiento de 34 meses. El peso medio al nacimiento fue de 3062 + 290 gramos. El z score medio de la válvula tricúspide fue de -3,7 (rango -7 /2,5). En 9 pacientes el ventrículo derecho era marcadamente hipoplásico, un paciente presentaba dilatación del ventrículo derecho con fibroelastosis endocárdica y un paciente anomalía de Ebstein de la válvula tricúspide y malformación de Uhl. Se observaron anomalías coronarias en 9 pacientes (40%), en 8 se detectó la presencia de sinusoides, en un paciente fistulas entre el ventrículo derecho y las arterias coronarias y en 3 pacientes circulación coronaria dependiente del ventrículo derecho. La supervivencia al mes fue del 68%, del 64% a los 6 meses y del 59% a los 5 años. La prevalencia de estados finales: 14% corrección biventricular; 9% Fontan; 4,5% ventrículo y medio; 32% vivos en espera de corrección definitiva y 41% fallecidos previo reparación definitiva. Se realizó cateterismo en el periodo neonatal en 13 pacientes (60%), a 4 de ellos se les realizó maniobra de Rashkind y a uno perforación de la válvula pulmonar. Durante el seguimiento se realizó cateterismo intervencionista en 12 ocasiones (9 pacientes) practicándose 18 procedimientos (6 angioplastias de ramas pulmonares, 5 valvuloplastias pulmonares, 2 cierres de fistulas sistémico-pulmonares, 2 cierres de colaterales y dos cierres de CIA con dispositivo Amplatzer).

Conclusiones: Las características anatómicas en los neonatos con APSI condicionan el tipo de reparación quirúrgica definitiva, no obstante el pronóstico continúa siendo desfavorable. El cateterismo intervencionista permite mejorar las condiciones anatómicas previo a la corrección definitiva y disminuir el número de intervenciones quirúrgicas.

664 09:40 ANALGESIA Y/O SEDACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DURANTE UN PERIODO DE TRES AÑOS

Silvia García González, Jesús Sánchez Etxaniz, Elena Mora González, Miguel Ángel Vázquez Ronco, F. Javier Benito Fernández, Susana Capapé Zache
Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Objetivo: Describir la experiencia en analgesia y/o sedación para procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos realizados en Urgencias de Pediatría (UP).

Pacientes y método: Estudio prospectivo de 146 procedimientos realizados en UP con analgésicos mayores y/o sedantes por vía parenteral o con óxido nítrico por vía inhalada en el periodo comprendido entre Marzo 2003-Diciembre 2005. Los datos se extraen del registro de analgesia y sedación de UP.

Resultados: Se realizaron 146 procedimientos (32 en 2003, 60 en 2004 y 54 en 2005). La edad media fue 53,1 meses. Se han realizado 18 procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos distintos. Casi la mitad (72;49,3%) fueron reparaciones de heridas, seguido de las pruebas de imagen 18 (12,3%) y reducción de fracturas en 13 (8,9%). De los 146, en 70 casos se administró

Óxido Nitroso: 16 en 2003, 31 en 2004 y 23 en 2005 siendo la reparación de heridas el procedimiento más frecuente realizado. En 79 niños se utilizaron fármacos por vía parenteral, siendo la Ketamina el más usado en 44 (30%) casos: 10 en 2003, 11 en 2004 y 23 en 2005. En 16 ocasiones se ha utilizado junto a Midazolam y Atropina y en 20 ocasiones de forma única. Los procedimientos más frecuentes con este fármaco fueron: reparación de heridas (17; 38,6%) y reducción de fracturas (10; 22,7%). En 11 ocasiones se utilizó la asociación Midazolam +Fentanilo: 4 en 2003, 7 en 2004 (6 sutura de heridas y 3 reducción de fracturas). En 16 ocasiones se utilizó Midazolam exclusivamente: 3 en 2003, 10 en 2004 y 3 en 2005, siendo el procedimiento más realizado con este fármaco la realización de TAC en 9 casos. En otros 8 niños se utilizó Propofol para la realización de TAC (2 en 2004 y 6 en 2005). En 19 casos se registraron efectos secundarios menores y en tres casos sobredosificación. Fueron manejados ambulatoriamente 119 (81,5%) niños, 60 (41,1%) tras permanecer unas horas en observación, el resto 27 (18,5%) ingresa.

Conclusiones: La experiencia en estos años con pautas de analgesia y/o sedación para procedimientos ha sido satisfactoria. La tendencia es utilizar un fármaco único en lugar de asociaciones medicamentosas con mayor riesgo de efectos mayores como depresión respiratoria. También se ha visto una mayor utilización de fármacos sedantes para procedimientos diagnósticos no dolorosos.

665

ADECUACIÓN DEL USO DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN EL MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS EN SUPH

Itziar Iturralde Orive, Ana Fernández Landaluce, Santiago Mintegi Raso, F. Javier Benito Fernández, Beatriz Azkunaga Santibáñez, Silvia García González, Susana Capapé Zache, Miguel Ángel Vázquez Ronco, Elena Mora González, Jesús Sánchez Etxaniz
Urgencias de Pediatría del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

La faringoamigdalitis (FAA) es una de las principales causas de prescripción de antibiótico (ATB) y sobreuso del mismo en pediatría. Clásicamente en nuestro servicio la decisión de iniciar ATB se basaba exclusivamente en datos clínicos. Desde Septiembre de 2005, constatada la evidencia científica de la necesidad de una comprobación microbiológica, decidimos no iniciar ATB en esta patología sin esta confirmación, cuyo resultado es derivado al pediatra de atención primaria.

Objetivo: Conocer la adherencia del equipo médico de urgencias al nuevo protocolo y comprobar el impacto del mismo en la prescripción de antibiótico en nuestro servicio y en el manejo y actitud terapéutica final de estos pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo comparativo de todos los niños entre 3-14 años diagnosticados de FAA en el SUP en Noviembre y Diciembre del año 2003 y 2005 (pre y post implantación del nuevo protocolo) quedando excluidos los niños con ATB previo. Se realizó seguimiento telefónico en el grupo del 2005.

Resultados: Entre los 2 periodos fueron diagnosticados de FAA 299 niños (147 y 152) con distribución similar por sexos y edad. La solicitud de frotis faríngeo entre ambos periodos aumentó del 8,1% en el 2003 a un 87% en el 2005 ($p < 0,0001$). La prescripción de ATB en SUP experimentó un descenso significativo entre ambos periodos (79,59% en 2003 vs. 13,15% en

2005, $p < 0,0001$) siendo la amoxicilina el ATB más usado en ambos periodos ($> 90%$). Posteriormente en 2005 se contactó con 128 casos (84,21%); de ellos, más del 70% consultaron en su pediatra en las 48h posteriores con diagnóstico final de FAA en 99 niños (77,95%). Al alta del SUP 111 se fueron sin ATB, se inició ATB en 48(37,5%) y en un solo caso se retiró el ATB iniciado en SUP. De los 128 niños contactados no recibieron tratamiento antibiótico en el proceso 64 (50%) y todos ellos evolucionaron bien.

Conclusiones: El personal de SUP presenta una correcta adhesión al nuevo protocolo de manejo de la FAA; esto ha supuesto un aumento en las solicitudes de confirmación microbiológica previo al inicio de tratamiento ATB y una adecuación del tratamiento, mediante la reducción significativa en el uso de ATB en esta patología.

666

RENDIMIENTO DEL HEMOCULTIVO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Estíbaliz Bárcena Fernández, M. Isabel Suinaga Errastí, Susana Capapé Zache, F. Javier Benito Fernández, Miguel Ángel Vázquez Ronco, Silvia García González

Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Objetivo: Describir el rendimiento de la extracción del hemocultivo en niños en un Servicio de Urgencias de pediatría (UP) de un hospital terciario.

Material y método: Estudio retrospectivo de los hemocultivos extraídos en UP en un periodo de cuatro meses en niños de 0 meses a 14 años. Se registraron datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y microbiológicos.

Resultados: Durante el periodo comprendido entre el 1 de Enero a 30 de Abril del 2005 se extrajeron un total de 1006 hemocultivos. La edad media de estos niños fue de 30,3 meses, objetivándose un mayor número de extracción de hemocultivos en el rango de edad comprendido entre 3 y 24 meses (52,6%). Del total de los hemocultivos, 16 (1,6%) resultaron positivos, 870 (86,5%) negativos y 120 (11,9%) contaminados. En los niños con hemocultivo positivo, 9 tenía una temperatura superior a 39°C en el momento de la extracción y hasta 5 tenía una temperatura inferior a 38°C siendo tres de éstos últimos diagnosticados de Sepsis. Sólo uno de los niños con hemocultivo positivo (*Enterococcus faecalis*) tomaba antibiótico previo y entre los hemocultivos negativos y contaminados hasta un 10,6% tomaba antibiótico previamente a la extracción del hemocultivo. El motivo de consulta más frecuente por el que se extrajo hemocultivo fue la fiebre (66,2%). Los diagnósticos al alta del total de los niños fueron: Síndrome febril (428: 5 positivos), infección urinaria (124: 0 positivo), neumonía (81: 4 positivos), gastroenteritis aguda (28: 1 positivo), meningitis (24: 2 positivas), otitis (10: 0 positivos), artritis (7: 0 positivos), sepsis (6: 3 positivos) y otros (298: 1 positivo). De los 16 niños con hemocultivo positivo, 14 (87,5%) recibieron antibioterapia mientras que de los que tenía hemocultivo negativo o contaminado (990) lo recibieron 413 (41,7%).

Conclusiones: La posibilidad de encontrar un hemocultivo positivo entre la patología pediátrica es pequeña, sin embargo existen patologías como el síndrome febril, sepsis, meningitis y neumonías en las que el rendimiento del hemocultivo es superior. Otras patologías como infección urinaria, gastroenteritis, ar-

10:00

09:50

tritis y otitis tienen un porcentaje de positividad casi despreciable. Por ello sería conveniente establecer protocolos de indicaciones de extracción de hemocultivos.

667 10:10 RENDIMIENTO DE LA RADIOLOGÍA EN TRAUMATISMOS DE EXTREMIDADES EN URGENCIAS PEDIÁTRICA

Alberto Barasoain Millán, Itziar Iturralde Orive, Susana Capapé Zache, Nerea Trebolazabala Quirante, Santiago Mintegi Raso, F. Javier Benito Fernández

Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

Objetivos: Establecer el rendimiento global de radiología simple en traumatismos de extremidades. Describir signos clínicos en la exploración así como otros factores sugerentes de afectación ósea.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 500 episodios en población pediátrica (0-14 años) que acuden a Urgencias por traumatismo de extremidad.

Resultados: La edad media fue de 95 ± 34 meses y un 89% acudieron en las primeras 24h. Un 76% son atendidos por residentes de Pediatría y Familia. A la exploración predominan los signos leves de edema local (269; 54%), y dolor a la movilización articular (210; 42%) siendo la deformidad (62; 12%) y la crepitación (15; 3%) más excepcionales. Se practicaron 433 Rx simples (86,6%) con resultado de 110 fracturas diagnosticadas en Urgencias de Pediatría y 12 más en 60 remitidos por dudas diagnósticas a Traumatología. Así pues, se obtuvo un rendimiento global de la Rx en esta patología de un 28,1%. Por localización, destaca el alto rendimiento en traumatismo de muñeca donde fueron patológicas el 45% y en hombro/clavícula 50%. En codo y dedos, 24% y 26%. Tan sólo en un 8,5% de las rx de tobillo realizadas se objetivó fractura, y no fueron más incidentes en el grupo con signos de Ottawa+. Se muestran como signos predictores de afectación ósea de una manera significativa: Deformidad articular (OR:7,49; IC95:4,1-13,6), Crepitación (OR:5,46; IC95:1,8-16,3), Dolor articular moderado/severo (OR: 2,11; IC95:1,4-3,2). Formas leves de edema/eritema y dolor no se asociaron con presencia de fractura. También se observaron diferencias entre alto y bajo grado de sospecha por parte del médico previo a solicitud de Rx (38% vs.10%; OR:5,3; IC95:3-9,1) y no así según la experiencia del facultativo.

Conclusiones: En nuestra experiencia, algo más de 1 de cada 4 Rx realizadas objetiva fractura si bien, varía de manera importante según la localización del traumatismo. Existen criterios clínicos en la exploración que determinan mayor probabilidad de lesión ósea y que pueden disminuir el número de pruebas innecesarias. Hemos realizado un protocolo de actuación con el que buscamos mejorar el rendimiento de esta prueba

ba y abrir la posibilidad a que los traumatismos leves sean manejados exclusivamente por un pediatra con analgesia \pm inmovilización.

668 10:20 ESTENOSIS SUBGLÓTICA PEDIÁTRICA: FACTORES PRONÓSTICO NEGATIVOS EN EL TRATAMIENTO

Ana Laín Fernández, María Fanjul Gómez, Agustín del Cañizo López, Alberto Parente Hernández, José A. Matute y de Cardenas, María A. García Casillas, Juan José Vázquez Estévez

Sección de Cirugía Torácica y Vía Aérea Infantil del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivo: Determinar qué factores clínicos pueden influir en el fracaso del tratamiento de la estenosis subglótica en la edad pediátrica.

Material y métodos: Se analizan de forma retrospectiva las historias clínicas de 114 pacientes diagnosticados de estenosis subglótica. Las variables del estudio son edad, sexo, tipo de estenosis, grado de la misma, tratamiento previo y aplicado, presencia o no de reflujo gastro-esofágico (RGE), S. Down, prematuridad, traqueostomía previa, cardiopatía asociada, displasia broncopulmonar (DBP), complicaciones, tiempo de intubación post-op y evolución. Definimos fracaso como cualquier evolución diferente a la curación clínica del paciente. El análisis comparativo de variables se realizó mediante Chi cuadrado con corrección de continuidad y T de Student. Los valores se presentan como media \pm es.

Resultados: La edad media al diagnóstico fue $1,79 \pm 0,27$ años (0-13,7 años). El 24,56% de los casos han sido considerados fracasos. Ni la edad al diagnóstico ni el tiempo medio de intubación postoperatoria influyeron en la evolución del paciente ($p=0,899$ y $p=0,499$ respectivamente). De los criterios clásicos de mal pronóstico (prematitud, DBP, traqueostomía previa, S.Down, RGE y cardiopatía), solo los dos primeros influyeron en la evolución del paciente (14.1% vs. 48,57%, $p=0,002$ y 18.52% vs. 40,62%, $p=0,027$). En cambio, los pacientes con más de un criterio clásico también presentaron un mayor índice de fracaso, elevando el porcentaje de fracasos del 15,28% al 40,48% ($p=0,0053$), alcanzando el 66,67% de fracasos con 4 criterios ($p=0,008$). Aunque la cirugía laríngea previa ($p=0,0545$) y las complicaciones postoperatorias ($p=0,0547$) no alcanzaron significación estadística, probablemente es debido al escaso tamaño de los grupos de estudio.

Conclusiones: La prematuridad y la DBP son factores riesgo de fracaso en el tratamiento de la estenosis subglótica pediátrica. La coexistencia con otros criterios de por sí no significativos, también constituye un factor de mal pronóstico. Se debería ampliar el ámbito del estudio (estudio multicéntrico) para determinar otros factores de riesgo de fracaso que la presente muestra no ha sido capaz de detectar.