

Réplica

Sr. Director:

Agradecemos a los Dres. Vicent Modesto Alapont y Jorge Pantoja sus observaciones respecto al uso de oxígeno al 100% en la reanimación neonatal.

Queremos a través de estas páginas aclarar que la postura desde el Grupo Español de RCP, al igual que las recomendaciones dadas por otros grupos¹, es la de seguir usando oxígeno al 100% en la reanimación neonatal, puesto que el cambio de rutinas requiere un mayor soporte científico del que se dispone en la actualidad. Sí creemos conveniente puntualizar que existe una creciente evidencia de que quizá el oxígeno al 100% no sea siempre necesario en reanimación neonatal² y que, mientras surgen nuevas pautas, parece prudente evitar el uso prolongado e innecesario de altas concentraciones de oxígeno. El grupo ILCOR¹, en una publicación reciente, aconseja seguir usando oxígeno al 100%, si bien, en el apartado de administración de oxígeno, concluyen con la frase "Sin embargo, lo prioritario debe ser el asegurarnos la adecuada expansión de unos pulmones llenos de líquido, seguido de la atención a la fracción inspirada de oxígeno deseada", que refleja otros aspectos de la reanimación, como es la utilización de adecuadas presiones de insuflación, que podrían modificar la necesidad de oxígeno. Los estudios de Saugstad et al² han sido una llamada de atención, y muchos neonatólogos, tras los trabajos de este grupo refieren un uso más "cuidadoso" del oxígeno en el paritorio.

Respecto al estudio Resair-2³ creemos, compartiendo la opinión de Tarnow-Mordy⁴, que aunque los resultados, por razones metodológicas, no justifican la modificación de los protocolos de reanimación, ciertamente es un paso importante que precisa la confirmación realizada en condiciones más controladas y en un mayor número de niños, como los propios autores refieren⁵.

En cuanto a la frase seleccionada del estudio Resair-2, como argumento de la no eficacia del aire frente al oxígeno en la reanimación neonatal ("En este estudio multicéntrico internacional prospectivo no hemos sido capaces de verificar la hipótesis de que el aire ambiente es superior al oxígeno al 100% para la resucitación de los recién nacidos") creemos que debe ser traducida en su totalidad ya que de lo contrario se modifica el significado. El párrafo continúa así: "Sin embargo el estudio indica que los recién nacidos asfixiados pueden ser reanimados con la misma efectividad con aire ambiente que con oxígeno". Los autores continúan diciendo que en el grupo reanimado con aire ambiente no han podido disminuir la mortalidad, a lo que hace referencia la primera frase del párrafo.

Por último, cabe señalar que aunque tradicionalmente se viene recomendando el uso de oxígeno al 100% en reanimación neonatal, no hay una evidencia científica que justifique este aserto y es probable que sea una recomendación basada en estudios de experimentación animal o en adultos como tantas veces ocurre en los tratamientos indicados para neonatos.

E. Burón Martínez, L. Paisán Grisolia,
y Grupo Español de RCP
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pediatric Working Group of the International Liaison Committee on Resuscitation. Resuscitation of the newly born infant: an advisory statement from the pediatric Working Group of the International Liaison Committee on Resuscitation. *Resuscitation* 1999; 40: 71-88.
2. Ramji S, Ahuja S, Thirupuram S, Rootwelt T, Rooth T, Saugstad OD. Resuscitation of asphyxiated newborn infants with room air or 100% oxygen. *Pediatr Res* 1993; 34: 809-812.
3. Resair 2 study. Resuscitation of asphyxiated newborn infants with room air or oxygen an international controlled trial. *Pediatrics* 1998; 102: E1.
4. Tarnow-Mordy WO. Room-air or oxygen for asphyxiated babies? *Lancet* 1998; 352: 341-342.
5. Vento M, García-Sala F, Saugstad OD, Rootwelt T, Stopfkuchen H. La reanimación neonatal revisitada: nuevos conceptos y actitudes. *RELAN* 1999; 1.

Cianoacrilatos: otra forma de reparar heridas

Sr. Director:

Las heridas incisivas constituyen una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencia pediátricos, utilizándose habitualmente para su reparación suturas no reabsorbibles. El dolor y temor que esta reparación generan recomiendan utilizar técnicas de analgesia-sedación^{1,2}, o encontrar otros métodos mejor aceptados por los niños. La técnica ideal sería aquella que fuera indolora, de rápida y fácil aplicación, con buenos resultados estéticos y con un precio razonable, siendo los cianoacrilatos la alternativa actual que parece reunir estas condiciones¹⁻³. Son pegamentos biológicos que nacieron en 1949³. Estos compuestos monoméricos polimerizan fácilmente al contacto con la piel, dando lugar a una banda compacta que posee gran fuerza de adhesión. Recientemente ha aparecido en el mercado español un nuevo derivado: 2-octil-cianoacrilato (Dermabond[®], Ethicon), con significativas ventajas sobre los cianoacrilatos previos. Además del incremento de su fuerza tensil, no necesita ser almacenado en nevera ni protegido de la luz, su dispositivo de aplicación es más práctico, y es el único que ha recibido la aprobación de la FDA. Ya se han publicado trabajos que exponen sus buenos resultados estéticos⁴⁻⁷.

A pesar de su extendida utilización en otros países, no hemos encontrado ninguna publicación española al respecto. En nuestras urgencias de pediatría realizamos un estudio prospectivo de las heridas reparadas con Dermabond[®]. Los criterios de inclusión fueron: edad superior a 12 meses, heridas limpias, de bordes lisos, de menos de 5 cm de longitud y 0,5 cm de anchura, sin afectar a planos profundos, producidas menos de 6 h antes de la consulta. Tras limpiar bien la herida y conseguir una buena hemostasia, se aplicó el producto siguiendo las instrucciones del fabricante. A la semana de la aplicación se contactó telefónicamente para conocer detalles de la evolución y a los 3 meses los niños fueron citados para valorar el aspecto estético de la cicatriz. En este momento se realizó una encuesta de opinión sobre el nuevo método de reparación de he-

TABLA 1. Datos epidemiológicos y resultados

Distribución por sexos	24 mujeres, 22 varones
Edad media	50 meses (12-158 meses)
Localización de la herida	
Cara	33
Cuero cabelludo	9
Otros	4
Longitud media de la herida	2,53 cm (1,5-4 cm)
Suturas previas	18 casos
Número de dehiscencias	2 (4,3%)
Número de infecciones	0
Satisfacción familiar	44 casos (95,7%)

ridas utilizado, comparándolo con la sutura clásica, en aquellas familias con experiencia previa en la misma.

Aunque iniciaron el estudio 50 niños, recogemos los datos de los 46 que lo completaron (uno se perdió tras la consulta inicial, y 3, con evolución satisfactoria a la semana, no volvieron a los 3 meses). En la tabla 1 aparecen los principales datos. Se produjeron 2 dehiscencias (4,3%), similar a lo referido por otros grupos^{7, 8}, y ambas tras nuevo traumatismo local en las primeras 24 h. No hubo ninguna infección local. En 2 casos constatamos pequeñas reacciones a cuerpo extraño, que se fueron reabsorbiendo espontáneamente. En cuanto a los resultados estéticos resaltamos el alto grado de satisfacción familiar (95,7%), sobre todo en las 18 familias que pudieron comparar este método con suturas previas.

¿Merece la pena sustituir el método tradicional por este nuevo? Una vez demostrado⁴⁻⁹ que el resultado estético es comparable al conseguido con las suturas, está claro que para el niño resulta menos cruento, para la familia menos traumático y para el centro sanitario más cómodo. Algunas de las heridas que hoy son remitidas a un hospital terciario para ser suturadas por un cirujano plástico o infantil podrían ser atendidas en servicios de urgencia extrahospitalarios³. Además, los pacientes que son atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios recibirían con este método, en general, una atención más precoz, ya que la atención quirúrgica en dicho medio suele sufrir demoras. En cuanto a los costes económicos¹⁰, hay que considerar el ahorro en los traslados que se podrían evitar, la disminución en los tiempos de espera y de atención y el ahorro en el material de sedación-analgésia y en el material quirúrgico, tanto en el momento de la reparación como en el de retirada de los puntos. Con todo, el principal activo del uso de cianocrilatos para la reparación de heridas se aprecia en la práctica diaria, con una importante disminución del dolor y, sobre todo, el miedo que los niños experimentan en estas situaciones.

Por todo ello, creemos que los cianocrilatos constituirán en un futuro próximo la técnica de elección para reparar muchas de las heridas de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias pediátricos, por lo que debieran ir incorporándose a las herramientas terapéuticas de dichas unidades.

J. Sánchez Echániz, J. Benito Fernández, S. Mintegui Raso y M.A. Vázquez Ronco
Sección de Urgencias de Pediatría. Departamento de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quinn JV, Dreewiecki A, Li MM, Stiell IG, Sutcliffe T, Maudig J et al. A randomized, controlled trial comparing tissue adhesive with suturing in the repair of pediatric facial lacerations. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 1130-1135.
2. Liebelt EL. Current concepts in laceration repair. *Curr Opin Pediatr* 1997; 9: 459-464.
3. Trott AT. Cyanoacrylate tissue adhesives. An advance in wound care [editorial]. *JAMA* 1997; 277: 1559-1560.
4. Singer AJ, Hollander JE, Valentine SM, Turque TW, McCuskey CF, Quinn JV. Prospective, randomized, controlled trial of tissue adhesive (2-octylcyanoacrylate) vs standard wound closure techniques for laceration repair. *Stony Brook Octylcyanoacrylate Study Group. Acad Emerg Med* 1998; 5: 94-99.
5. Hollander JE, Singer AJ. Application of tissue adhesives: rapid attainment of proficiency. *Stony Brook Octylcyanoacrylate Study Group. Acad Emerg Med* 1998; 5: 1012-1017.
6. Bruns TB, Robinson BS, Smith RJ, Kile DL, Davis TP, Sutcliffe T et al. A new tissue adhesive for laceration repair in children. *J Pediatr* 1998; 132: 1067-1070.
7. Quinn J, Wells G, Sutcliffe T, Jarnuske M, Mauon. Tissue adhesive versus suture wound repair at 1 year: randomized clinical trial correlating early, 3-month, and 1 year cosmetic outcome. *Ann Emerg Med* 1998; 32: 645-649.
8. Bruns TB, Simon HK, McLario DJ, Sullivan KM, Wood RJ, Anand KJS. Reparación de heridas utilizando un tejido adhesivo en un departamento de urgencias pediátricas. *Pediatrics* (ed. esp.) 1996; 42: 229-232.
9. Simon HK, McLario DJ, Bruns TB, Zempsky WT, Wood RJ, Sullivan KM. Long-term appearance of lacerations repaired using a tissue adhesive. *Pediatrics* 1997; 99: 193-195.
10. Osmond MH, Klassen TP, Quinn JV. Economic comparison of a tissue adhesive and suturing in the repair of pediatric facial lacerations. *J Pediatr* 1995; 126: 892-895.

Hematomas con morfología sugerente de intencionalidad

Sr. Director:

Las definiciones de maltrato infantil son tantas como autores o instituciones de protección de la infancia, sin que exista una universalmente aceptada¹. El número de casos detectados se ha incrementado progresivamente desde principios de siglo, fundamentalmente por la sensibilización y formación tanto de los diferentes profesionales implicados en los cuidados de la infancia, como de la sociedad². Una sensibilización excesiva sin una formación paralela puede originar detecciones irreales de un problema cuyo manejo exige una prudencia exquisita.

A modo de ejemplo de estas consideraciones presentamos el siguiente caso clínico con la finalidad de abogar por un concepto de maltrato en el que estén incluidos los siguientes aspectos: *a)* intencionalidad de maltrato, y *b)* significado del acto en el modelo cultural de procedencia³.

Caso clínico

Varón de 3 años de edad y raza oriental que presenta vómitos continuos de 6 h de evolución. Los vómitos aparecen en el contexto de un proceso catarral tratado con un antibiótico oral.