

Viernes, 8 de junio (12:30-14:00 h)

**CUIDADOS INTENSIVOS**

**Sala 118 (Planta 1)**

**434**

**12:30**

**REVISIÓN DURANTE 7 AÑOS (2000-2006)  
DE PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRESS  
RESPIRATORIO DE TIPO AGUDO (SDRA)**

Roi Piñeiro Pérez, Olga Pérez Rodríguez, Santiago Rueda Esteban, Belén Joyanes Abances, Christian Garriga Braun, José Luis Ruibal Francisco

Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Introducción:** El síndrome de distress respiratorio de tipo agudo (SDRA) es la expresión clínica de un edema pulmonar no cardiogénico, definido según los criterios de la conferencia de consenso Europeo-Americana de 1992. Su mortalidad es superior al 30% a pesar de las mejoras en las terapias de soporte y en la optimización de la ventilación mecánica convencional. En este estudio se ha realizado una revisión de los casos hospitalizados en nuestra UCIP durante los últimos 7 años.

**Objetivos:** Revisión de nuestra casuística. Pronóstico según la etiología, la comorbilidad asociada, el fracaso de sistemas, la escala de Murray y los tratamientos empleados.

**Material y métodos:** Se han analizado los episodios de SDRA ingresados desde enero de 2000 a diciembre de 2006. Todos los pacientes incluidos eran mayores de 28 días de vida y menores de 18 años. Se han estudiado los aspectos descritos en el apartado de objetivos. El análisis estadístico se ha realizado mediante las pruebas de Chi cuadrado, test de McNemar y test de Wilcoxon con los programas informáticos Epi Info y SPSS v13.0. Se han considerado significativos los resultados con una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se han incluido en el estudio 28 episodios de SDRA, que han supuesto el 2,5% del total de ingresos en la UCIP. La mortalidad por episodio de SDRA ha sido del 36%, suponiendo un 29% del total de las defunciones en UCIP. Los datos que se han asociado a peor pronóstico han sido la etiología infecciosa, la patología neurológica de base, el fracaso asociado de los sistemas cardiológico y hepático, y el haber tenido una puntuación en la escala de Murray mayor o igual a 3. Ningún tratamiento, incluyendo la ventilación en decúbito prono, la administración de surfactante, el uso de óxido nítrico y la cor-

ticoterapia, mostró mejoría de la oxigenación ni disminución de la mortalidad.

**Conclusiones:** La mortalidad por SDRA de nuestros pacientes es similar a la de otras series publicadas. El parámetro que mejor se asocia con ella es la puntuación elevada en la escala de Murray. Los pacientes con un valor mayor o igual de 3 presentaron una mortalidad del 56%, por un 8% entre aquellos con un valor menor. Salvo la ventilación mecánica convencional, ningún tratamiento se ha demostrado eficaz en el aumento de la supervivencia.

**435**

**12:40**

**EVALUACIÓN SECUENCIAL DE LA FUNCIÓN  
HEPÁTICA DE FORMA NO INVASIVA.  
¿ES ÚTIL EL ACLARAMIENTO DE VERDE  
DE INDOCIANINA?**

Marta Bouzón Alejandro, María López Sousa, Marta Lojo Rodríguez, Silvia Dosil Gallardo, Federico Martínón Torres, Antonio Rodríguez Núñez, Sara Trabazo Rodríguez, José María Martínón Sánchez  
Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).

**Introducción:** La evaluación de la función hepática es esencial en los pacientes críticos con afectación hepática o fracaso multiorgánico. Los parámetros habituales de función hepática son poco específicos y no siempre ofrecen información de utilidad clínica. El verde de indocianina es un colorante que tras su administración intravenosa se elimina sin transformación desde el hígado a la vía biliar y no tiene recirculación entero-hepática. Por eso se considera un posible marcador ideal de la función hepática, con un rango normal de aclaramiento entre 18-25%.

**Material y métodos:** Paciente varón de 8 años con fallo hepático agudo tras intoxicación por Amanita phalloides. Durante la fase aguda de la enfermedad se realizaron determinaciones seriadas de la tasa de aclaramiento de verde de indocianina en plasma (PDR) mediante pulsodensitometría (Sistema Limon®) y de los niveles de bilirrubina, transaminasas, albúmina, parámetros y factores de coagulación.

**Resultados:** Los niveles de bilirrubina y el TQ fueron aumentando de forma progresiva, con cifras variables y no correlacionadas con la situación clínica del paciente. En cambio, los valores del aclaramiento de verde de indocianina fueron siempre inferiores al 5%, cifra que señala mal pro-

nóstico e indica la necesidad de un trasplante hepático, que se realizó a los 12 días. Tras el trasplante, los valores del aclaramiento de verde de indocianina se normalizaron de forma progresiva.

**Conclusión:** La determinación secuencial no invasiva de la excreción de verde de indocianina mediante pulsodensitometría puede constituir un marcador sencillo, seguro, directo y estable de la evolución de la función hepática en pacientes con fracaso hepático de cualquier etiología. Este marcador parece más fiable y se ve menos interferido por el fracaso de otros órganos, que los parámetros clínicos habituales.

### 436 12:50 INDOCYANINE GREEN CLEARANCE ICG-PDR, COMO INDICADOR DE REVERSIBILIDAD EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA EN PEDIATRÍA

Jesús Quintero Bernabeu, Juan Ortega López, Fco. Javier Bueno Recio, Sergio Flores, Jordi Roqueta Mas

Servicio de Intensivos Pediátricos del Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron, Barcelona.

**Introducción:** Se define la Insuficiencia Hepática Aguda (IHA) como la disfunción en un paciente sin hepatopatía previa y que presenta INR > 2 o tiempo de protrombina < 50% y unas cifras de GPT > 200. Para el adecuado tratamiento de la IHA, es vital poder discriminar de manera correcta y precoz aquellos pacientes que van a evolucionar hacia la resolución, de aquellos con criterios de irreversibilidad y que deberán ser introducidos en lista de trasplante antes de la aparición de encefalopatía hepática. Los scores pronósticos que se disponen en la actualidad (scores de Clichy y de King's) tienen por separado, un bajo poder predictivo positivo en pediatría.

**Objetivo:** Estudiar el valor predictivo positivo (VPP) del ICG-PDR en la Insuficiencia Hepática Aguda y compararlo con los scores pronósticos de Clichy y King's.

**Metodología:** En nuestra unidad, es indicación de trasplante hepático aquel paciente que cumple los scores de Clichy y King's de manera simultánea, o bien aquel paciente afecto de Fallo Hepático Subagudo con uno de los dos criterios durante catorce o más días. A estos pacientes, se realiza la medición del ICG-PDR cuando presentan Tensión arterial media > 60 mmHg, Saturación venosa de hemoglobina > 70% y diferencia arteriovenosa de pCO<sub>2</sub> < 8 minimizando así la eventual influencia de la situación hemodinámica sobre la prueba.

**Resultados:** En nuestro estudio se incluyen 38 pacientes pediátricos (edad comprendida entre 1 mes y 16 años) valorando la sensibilidad (S), especificidad (E) valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de los scores pronósticos de Clichy y King's y de una prueba diagnóstica, ICG-PDR < 5%. Los resultados revelaron un mayor VPP del ICG-PDR en comparación con los scores de Clichy y King's (78% versus 63% y 64% respectivamente). Por otro lado tanto el VPN (100%, 93% y 100% respectivamente) como la E (93%, 87% y 90%) no presentaron diferencias significativas. La sensibilidad en los casos del score de King's y del ICG-PDR fue del 100%, siendo del 71,4% en el caso del score de Clichy.

**Conclusiones:** Consideramos que el ICG-PDR es una prueba objetiva que en el paciente hemodinámicamente estable, pue-

de complementar a los scores de King's o Clichy consiguiendo con dos de ellos positivos un correcto valor predictivo positivo. A su vez, es una prueba no agresiva que se puede efectuar en la cabecera del enfermo y que no se artefactúa con la administración de hemoderivados.

### 437 13:00 ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS EN EL POST-OPERATORIO DE TUMORES CEREBRALES. SU RELACIÓN CON LA LOCALIZACIÓN Y EL TIPO HISTOLÓGICO

Elena Mellado Troncoso, Elia Sánchez Valderrábanos, María Ángeles Murillo Pozo, Josefina Cano Franco, Sonia Quecuty Vela, Victoria Sánchez Tatay, José María Carmona Ponce, Mercedes Loscertales Abril

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

**Antecedentes y objetivos:** Durante el postoperatorio de tumores del sistema nervioso central (SNC), es frecuente la aparición de trastornos en la homeostasis del agua y del sodio, (diabetes insípida, el síndrome de secreción inadecuada de ADH y el síndrome pierde sal) que pueden influir en la morbimortalidad de los mismos. Los objetivos han sido: Analizar la incidencia y epidemiología de los tumores del SNC en nuestro medio y estudiar la aparición de alteraciones hidroelectrolíticas en el postoperatorio y su relación con la localización, y la histología del tumor.

**Métodos:** Estudio prospectivo que incluyó a todos los pacientes con edades entre 0 y 14 años intervenidos de tumores del SNC durante un año. En base de datos se recogieron entre otras, las siguientes variables: edad, sexo, localización e histología del tumor, sodio y osmolaridad plasmática, sodio y osmolaridad en orina, diuresis, presión venosa central y tensión arterial. Se ha realizado una estadística descriptiva expresando las variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas y las cuantitativas mediante media. Para comparar dos variables cualitativas dicotómicas se usa el Chi-cuadrado y en los casos en los que la muestra es insuficiente se usa el test exacto de Fisher.

**Resultados:** El número total de pacientes incluidos fue de 68, con una edad media de 6,4 años y una relación mujer /hombre de 1/1. En un 57,3% la localización tumoral fue en la fosa posterior. El astrocitoma fue el tipo histológico más frecuente 36,7% y 33,8% de los niños intervenidos presentaron alteraciones en la homeostasis del agua y sodio, siendo la más frecuente la diabetes insípida. Existe relación estadísticamente significativa entre los tumores localizados en la línea media y la aparición de trastornos del sodio, en concreto con diabetes insípida. El síndrome pierde sal solo apareció en los tumores localizados en fosa posterior. Los tumores hemisféricos no provocaron en ninguno de los casos estas alteraciones.

**Conclusiones:** La aparición de trastornos del sodio en el postoperatorio inmediato de los tumores del SNC es muy frecuente en nuestro medio. Los tumores localizados en la línea media son los más relacionados con estas alteraciones. Es muy importante el diagnóstico precoz de estos trastornos para un correcto manejo y tratamiento, a fin de evitar los posibles daños cerebrales que pueden ocasionar.

438

### FACTORES POSTOPERATORIOS DE RIESGO DE VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA EN LA CIRUGÍA CARDIACA EN NIÑOS

Jesús López-Herce Cid, Pablo Leyton Avilés, Elena Cidoncha Escobar, Javier Urbano Villaescusa, Jimena del Castillo Peral, Ángel Carrillo Álvarez, Santiago Mencía Bartolomé  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Antecedentes y objetivos:** La ventilación mecánica es necesaria en la mayoría de los niños en el postoperatorio de cirugía cardiaca. Sin embargo, la ventilación mecánica puede producir repercusión hemodinámica y aumentar el riesgo de infección nosocomial. Existen pocos estudios que hayan analizado los factores que influyen en la duración de la ventilación mecánica postoperatoria.

**Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyeron 59 niños sometidos a cirugía cardiaca con edades entre 2 meses y 14 años y peso entre 3,5 y 68,4 kg. En todos ellos se estudiaron los factores postoperatorios que se asociaron a la necesidad de ventilación mecánica mayor de 3 y 7 días. Se realizó estudio estadístico mediante el programa SPSS 12.0, y estudio de regresión logística multivariante paso a paso para analizar la influencia de cada factor en la ventilación mecánica prolongada.

**Resultados:** 19 niños (un 32%) precisaron ventilación mecánica más de 3 días y 12 (20%) más de 7 días. Los factores al ingreso en la UCIP y las 24 horas que se relacionaron con una ventilación mecánica más de 3 y 7 días fueron la edad menor de 12 meses, el peso menor de 7 kg, la presencia de complicaciones extrapulmonares (presencia de tórax abierto, hemorragia postquirúrgica, arritmias, hipotensión y alteraciones en la vía aérea), la necesidad de administración de óxido nítrico, de sedación con midazolam más de 4 mcg/kg/min ó fentanilo más de 4 mcg/kg/h, y de relajación muscular en perfusión continua. El estudio de regresión logística encontró que el peso menor de 7 kg más la presencia de complicaciones extrapulmonares al ingreso en la UCIP predicen al 82,8% de los niños con ventilación mecánica más de 3 días y el 87,9% más de 7 días. Los mismos factores presentes a las 24 horas de su ingreso en UCIP predicen el 81,8% de los pacientes con ventilación mecánica > 81,8% a los 3 y 7 días.

**Conclusiones:** El peso menor de 7 kg y la presencia de complicaciones extrapulmonares son los factores más importantes que predicen la necesidad de ventilación mecánica prolongada en el postoperatorio de cirugía cardiaca en niños.

439

### SEDACIÓN PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA: REVISIÓN DE 308 CASOS

Clara Molina Amores, Lucía Ayala Bernaldo de Quirós, Manuela Martínez Campos, M. Mercedes Bueno Campaña, Alfonso Barrio Merino, Bartolomé Bonet Serra  
Servicio Pediatría de la Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

**Antecedentes y objetivos:** La endoscopia digestiva es un procedimiento invasivo utilizado cada vez con más frecuencia en pediatría. Con el fin de eliminar la ansiedad y las molestias que genera, se utilizan fármacos sedantes, asociados o no a analgésicos. El objetivo del estudio es describir nuestra experiencia con el uso de estos fármacos.

13:10

**Métodos:** Revisión retrospectiva de los pacientes sedados para la realización de endoscopia digestiva, desde Febrero de 2003 hasta Diciembre de 2006. La sedación se realizó en la Unidad de Reanimación, con monitorización continua de ECG, FC, FR y saturación de oxígeno, a cargo de un pediatra con formación en reanimación cardiopulmonar avanzada. Nuestro protocolo indica sedación sólo propofol en las endoscopias altas, y propofol y fentanilo en las bajas. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, procedimiento, estadio ASA, procedencia, fármaco, dosis, duración del procedimiento, tiempo de recuperación, recuerdo del paciente y efectos secundarios.

**Resultados:** Se realizaron 308 endoscopias digestivas, 285 altas y 23 bajas; 162 fueron niñas (53%). La edad media fue de 8,7 años (DS 4,9, rango 1-18 años); 301 eran ASA I, el resto ASA II. 302 procedían de la consulta de Digestivo, 2 de la consulta de Pediatría General y 4 de Urgencias (2 hematemesis, 1 ingesta de amoníaco y 2 ingestas de cuerpo extraño). En cuanto al fármaco utilizado, fue sólo propofol en 275 pacientes, propofol y fentanilo en 24; otras combinaciones fueron: midazolam y fentanilo (1), midazolam y ketamina (3), propofol y midazolam (2), sólo midazolam (3). La dosis media de propofol fue de 4,08 mg/kg, y la de fentanilo de 2,25 mcg/kg. La duración media del procedimiento fue de 7,04 min en las endoscopias altas y de 22,63 min en las bajas. El tiempo medio de recuperación fue de 10,7 min. Como efectos secundarios, 9 niños tuvieron depresión respiratoria transitoria (3%) y 21 hipotensión (7%), también transitoria; se describen además 5 laringoespasmos. 4 pacientes refirieron recuerdo desagradable de la experiencia.

**Comentarios:** El propofol es un fármaco eficaz y seguro en las sedaciones; no obstante, la posibilidad de aparición de efectos adversos, como depresión respiratoria e hipotensión, obliga a la vigilancia estrecha del paciente por parte de personal entrenado en reanimación.

440

### UNA CAUSA EMERGENTE DE SHOCK SÉPTICO SEVERO FULMINANTE

Elvira Morteruel Arizcuren, Yolanda López Fernández, Julio López Bayón, Javier Gil Antón, Itziar Pocheville Guruzeta, María Teresa Hermana Tezanos, Estíbaliz Bárcena Fernández  
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

**Introducción:** Durante el año 2006 hemos atendido cuatro casos de shock tóxico estreptocócico en nuestro hospital, una frecuencia inusual en nuestro medio. ¿Representará este hecho un aumento en la incidencia de casos graves de infección estreptocócica grupo A invasiva grave?

**Casos clínicos:** Se trata cuatro pacientes previamente sanos. Tres (36, 40 y 14 meses respectivamente) que acudían a la misma guardería, se presentaron en el intervalo de una semana y siete meses después, un cuarto caso (18 meses), sin relación con los anteriores. Todos referían menos de 24 h de evolución de fiebre elevada, vómitos y deposiciones líquidas, con buen estado general y sin afectación cutánea. El 1º caso, fallece en domicilio, antes de su llegada al hospital. El 2º y 4º a su ingreso, presentaban síntomas de shock séptico severo y el 3º los inicia a las pocas horas de estar en observación hospitalaria. Todos evolucionan rápidamente a fallo multiorgánico con una rabdomiolisis muy severa, precisaron dosis elevadas de inosopresores, hemodiafiltración venovenosa continua, VM y transfusio-

13:30

13:20

nes de productos hematológicos. En todos se pautó antibioterapia iv de amplio espectro. Se aisló Streptococo  $\beta$  hemolítico del grupo A, en el 2º, 4º y en el estudio necrópsico de la paciente fallecida. De los que sobrevivieron, evolucionó favorablemente el 3º caso, requiriendo la amputación de dos falanges de una mano. El 2º paciente, precisó diálisis peritoneal con recuperación posterior de la función renal y tiene lesiones de hipoperfusión en lóbulos frontales sin repercusión clínica actual. En el 4º niño se limitaron las medidas terapéuticas a causa de una clínica neurológica severa con graves lesiones cerebrales hipóxicas isquémicas y amputación de las cuatro extremidades falleciendo a los 2 meses. En ambos brotes se pautó profilaxis a los contactos de estos pacientes.

**Conclusiones:** En la actualidad ante la emergencia de esta enfermedad en nuestro medio y su presentación súbita y fulminante, debemos mantener un alto grado de sospecha. Un diagnóstico y manejo precoces parece fundamental para disminuir su morbimortalidad.

441

13:40

#### VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

María de las Mercedes Fariñas Salto, Andrés Alcaraz Romero, María del Mar Santos Sebastián, Jimena del Castillo Peral, María Isabel Pescador Chamorro, Elena Cidoncha Escobar, María José Santiago Lozano, Felipe González Martínez

Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, Madrid.

**Antecedentes y objetivos:** La ventilación no invasiva (VNI) se está utilizando cada vez con más éxito y frecuencia en niños con insuficiencia respiratoria, y conlleva menos riesgos y complicaciones que la ventilación mecánica convencional. El objetivo es describir nuestra experiencia en el uso de la VNI en niños ingresados en cuidados intensivos pediátricos.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de un periodo de 3 años, en el que se incluyen los niños que tuvieron VNI sólo con presión positiva espiratoria (CPAP), excluyendo aquellos que recibieron ventilación con 2 niveles de presión (inspiratoria y espiratoria o BIPAP). La VNI con CPAP se realizó con uno de 2 sistemas diferentes: dispositivo Infant-Flow (incluye interfase nasal específica) y dispositivo diseñado en nuestra unidad utilizando interfase nasal con tubo, flujo continuo, reservorio, válvula reguladora de presión y manómetro. Para evaluar estos sistemas se recogieron datos referentes a motivo de ingreso, patología de base, indicación, método utilizado, tiempo de mejoría, fracción inspiratoria de oxígeno, presión positiva continua, nutrición, tratamientos simultáneos asociados, complicaciones relacionadas con la patología y de la VNI.

**Resultados:** Se utilizó VNI en 99 ocasiones en un 90 pacientes con mediana de edad 4 meses (rango 1-84) meses y de peso 4,5 kg (2,4-27 kg). El ingreso en intensivos fue por cirugía cardiaca (36%), bronquiolitis (22%), otros problemas respiratorios (20%), y otras causas (22%). Las indicaciones más frecuentes de VNI fueron: evitar intubación en insuficiencia respiratoria (60%), facilitar la retirada de ventilación mecánica (35%) y apneas (5%). El método más utilizado en nuestra unidad fue nuestro dispositivo (60%), siendo los niños tratados con él mayores (mediana 6 meses) que los tratados con Infant-Flow (mediana 2,2 meses). El 72% de los casos mejoraron clínicamente (la mejoría fue evidente en el 66% antes de las 6 horas). La nutrición enteral pudo realizarse

sin incidencias en el 91% de los casos. No hubo complicaciones debidas a la VNI, excepto distensión gástrica en 2 ocasiones.

**Conclusiones:** La VNI es una alternativa a la ventilación mecánica convencional en niños con insuficiencia respiratoria y es útil en facilitar la retirada de ventilación invasiva en algunos pacientes. Las complicaciones son mucho menores y de menor severidad que con la ventilación invasiva. Nuestro sistema resultó útil incluso para niños mayores de 1 año.

442

13:50

#### USO DE FÁRMACOS UNLICENSED Y OFF-LABEL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Antonio Medina Claros, Encarnación Blanco Reina, José Antonio González Correa, Rocío Rodríguez Barrios, Ángeles Ruiz Extremera, Ángeles Rodríguez Martín

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario San Cecilio, Granada y Departamento de Farmacología y Pediatría del Área de Farmacología de la Universidad de Málaga.

**Introducción:** Más del 50% de los medicamentos usados en niños no han sido estudiados en esta población mediante ensayos clínicos específicos. Esta insuficiente evaluación de fármacos en pediatría, junto a la ausencia de formulaciones farmacéuticas adaptadas, ha llevado a un importante grado de utilización de medicamentos fuera de las condiciones de uso autorizadas en niños que ha sido escasamente analizado en nuestro país. Dentro de éstas existen dos posibilidades: "Unlicensed drugs" (UL) (las no autorizadas para uso en niños) y "off-label use" (OL) (uso de fármacos autorizados pero de manera discrepante con las recomendaciones de la ficha técnica (FT)).

**Objetivos:** Determinar la frecuencia del uso de prescripciones UL y OL de una muestra de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Pediátricos, definiendo las diferentes categorías de cada una de ellas.

**Material y métodos:** Estudio observacional de tipo transversal. Se incluyen 81 niños de 0-15 años ingresados por cualquier motivo en la UCI Neonatal y Pediátrica durante los meses de julio a noviembre (ambos incluidos) de 2006. Analizamos las características sociodemográficas, los motivos de ingreso, el tratamiento prescrito y los datos del estado de cada fármaco (existencia de FT, información sobre uso pediátrico y clasificación como prescripción correcta, UL, OL y sus categorías).

**Resultados:** Un 22,3% de los niños estudiados tiene prescrito al menos un fármaco de tipo UL, siendo la mitad por contraindicación y otro 50% por modificación de la preparación. 71 de los 81 niños estudiados (87,7%) tienen al menos una prescripción de tipo OL (siendo el subtipo más común las OL por diferente dosis-intervalo (79%), seguidas en frecuencia por distinta indicación, diferente edad y distinta vía de administración). En relación al número de prescripciones, de las 601 prescripciones recogidas, un 35,1% corresponden a fármacos que no tienen FT. Otras 170 (28,3%) se hicieron de acuerdo con la FT. El 36,6% (220 prescripciones) se realizaron fuera de las condiciones de uso autorizadas: la mayor parte en su modalidad OL (32,3%) y el resto como UL (4,3%).

**Conclusiones:** Existe una elevada proporción de manejo de fármacos fuera de las condiciones de uso autorizadas, ya que un 87% de los niños estudiados recibió al menos un fármaco en condiciones UL-OL. Este alto porcentaje no está relacionado con la calidad de la prescripción, sino con el escaso número de estudios realizados hasta ahora en niños.