



CARTAS CIENTÍFICAS

Escarlatina de repetición: una entidad frecuente



Recurrent scarlet fever: A common entity

Sr. Editor:

La escarlatina es una enfermedad exantemática típica de la infancia, causada por cepas de estreptococo beta hemolítico del grupo A productoras de toxina eritrogénica (principalmente A, B y C), que por reacción inmune no inmediata determinan el clásico exantema. En un estudio previo, en el que mostramos que la faringoamigdalitis (FA) de la escarlatina no es tan parecida a la de la faringoamigdalitis estreptocócica (FAS) típica, observamos un importante número de episodios de reinfección en varios pacientes¹. Los textos clásicos, suelen referir como una rareza la repetición de episodios². Algunas publicaciones recientes también refieren como poco frecuente la reinfección en pacientes vistos en unidades de urgencias pediátricas^{3,4}, así como en atención primaria⁵. La disponibilidad de test rápidos de detección de antígeno estreptocócico (TRDA) en las consultas de atención primaria permite su diagnóstico, y como comprobamos en el estudio antes citado¹, cuadros de FA leve con exantema compatible en niños pequeños se confirman como escarlatina. Una publicación muy reciente, con niños diagnosticados desde atención primaria, también encuentra una incidencia de escarlatinas de repetición elevada (hasta un 16,5%)⁶.

A partir de la serie de pacientes estudiados, y completado el seguimiento hasta noviembre de 2015, investigamos la frecuencia de las reinfecciones y las diferencias en su forma de presentación. Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo sobre los diagnósticos de escarlatina de 4 cupos de pediatría de un centro de salud urbano entre 2004 y 2015 que han presentado un mínimo de 2 episodios de escarlatina. Todos los episodios fueron microbiológicamente comprobados mediante TRDA (84%) o cultivo (16%), y se recogieron las siguientes variables: número de episodio, fiebre, síntomas catarrales, tos, adenopatías laterocervicales, hiperemia y/o exudado amigdalal, petequias en paladar, lengua aframbuesada, triángulo de Filatov, signo de Pastia, edad, sexo, estacionalidad, intervalo entre episodios, antibioterapia y puntuación de Centor (hasta 4 puntos, según presencia/ausencia de los siguientes criterios: fiebre mayor de 38 °C, ausencia de tos, presencia de exudado amigdalal y adenopatías subángulomandibulares protruyentes).

De los 158 pacientes con diagnóstico de escarlatina confirmado microbiológicamente, 16 de ellos (10%) presentaron más de un episodio: 12 pacientes 2 episodios y 4 pacientes 3 episodios. La edad media del primer episodio fue de $3,70 \pm 1,38$ años; la del segundo $4,72 \pm 1,51$ y la del tercero $5,34 \pm 1,69$, el intervalo mínimo entre los episodios registrados fue de 14 días, y el máximo 5 años y 4 meses. No hubo diferencias entre sexos. La clínica del episodio fue más atenuada en las reinfecciones: fiebre $\geq 38^\circ\text{C}$ estuvo presente en el 53% (intervalo de confianza al 95% [IC 95%]: 29-77%) de reinfecciones frente al 71% (IC 95%: 48-95%) de episodios iniciales; ausencia de tos en el 66% (IC 95%: 33-79%) frente al 77% (IC 95%: 64-100%), respectivamente; presencia de exudado en el 0% frente al 20% (IC 95%: 0-40%), respectivamente; y presencia de adenopatías en el 89% (IC 95%: 68-100%) frente al 50% (IC 95%: 15-85%). Solamente en una de las recurrencias (5%) el score de Centor fue de 3 o más puntos. El resto de signos clásicos de escarlatina se registraron en muy pocos casos. El intervalo medio entre el primer y el segundo episodio fue de 1,02 años y entre el segundo y el tercero fue de 0,62 años. La duración propuesta del tratamiento antibiótico fue $9,63 \pm 1,02$ días para el primer episodio y $9,95 \pm 1,23$ días para las reinfecciones. Tanto en el primer episodio como en las reinfecciones se pautó significativamente más amoxicilina (81%; IC 95%: 68-93%) que penicilina v (19%; IC 95%: 7-32%).

Concluimos que la escarlatina recidivante desde que disponemos de medios diagnósticos en atención primaria se muestra como una entidad con una tasa de reinfecciones no desdeñable. Además, la FAA de la escarlatina difiere de la clásica FAS¹ también en las reinfecciones, ya que en casi la mitad de ocasiones la fiebre es baja y no aparece exudado amigdalal al diagnóstico en ninguno de los casos del estudio. El intervalo medio entre episodios induce a pensar que se trata de verdaderas reinfecciones, no de recidivas. En todo caso, un 10-15% de niños con episodios de repetición cuando es factible hacer el diagnóstico preciso en atención primaria^{1,6}, señalan a la escarlatina recurrente como una entidad bastante más frecuente que lo descrito previamente.

Bibliografía

1. García-Vera C, de Dios Javierre B, Castán Larraz B, Arana Navarro T, Cenarro Guerrero T, Ruiz Pastora R, et al. Scarlet fever: A not so typical exanthematous pharyngotonsillitis (based on 171 cases). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2016;34:422-6.

2. Salazar V, Escribano R. Infecciones estreptocócicas. Escarlatina. En: Cruz M, editor. Tratado de Pediatría. 10.^a ed. Madrid: Ergon; 2011. p. 522–3.
3. Sevilla Ramos P, Alba Martino R, Carrasco Torres A, Alonso Cristobal M, Blanco González JE, García de Frías JE. Escarlatina: una enfermedad actual (revisión de 165 casos). Acta Pediatr Esp. 2003;61:292–5.
4. Ortigosa-Gómez S, Sánchez-Buena Vista A, Crehuet-Almirall M, Martínez-Roig A. Diagnóstico de escarlatina en 151 casos en el servicio de urgencias pediátricas durante 2006-2008. Rev Enferm Infecc Pediatr. 2011;24:154–61.
5. Herranz Jordán B, Acitores Suz E, Payá López A, Hernández Merino A. Escarlatina recurrente: presentación de cuatro casos. Rev Pediatr Aten Primaria. 2001;12:551–60.
6. Fernández Romero V, Rodríguez Sánchez I, Gómez Fernández G. Hallazgos clínicos inusuales en un brote de escarlatina. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;18:231–41.

Bárbara de Dios Javierre^a, María García Ventura^b, Marta Arrudi Moreno^b y César García Vera^{c,*}

^a Centro de Salud Fraga, Servicio Aragonés de Salud, Fraga, Huesca, España

^b Hospital Universitario Infantil Miguel Servet, Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza, España

^c Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández, Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgarciavera@gmail.com (C. García Vera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.01.003>
1695-4033/

© 2016 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

La organización de la atención a la parada cardiaca en los hospitales: una tarea pendiente



Cardiac arrest resuscitation protocols in hospitals: A pending task

Sr. Editor:

A pesar de los avances en los últimos años, la parada cardiaca (PC) en la infancia tiene una elevada mortalidad. En España se han realizado grandes avances en la asistencia¹, la difusión de las recomendaciones de reanimación cardiopulmonar (RCP) pediátrica² y la formación del personal sanitario y no sanitario en las técnicas de RCP básica y avanzada³. Sin embargo, existen todavía importantes problemas que hacen que la prevención y atención a la PC en el niño no se realice de forma adecuada. Para seguir mejorando los resultados, es esencial implementar de forma coordinada la cadena de supervivencia, y para ello, un aspecto esencial es desarrollar un sistema organizado de atención a la PC. La organización de la cadena de supervivencia debe adaptarse a las características específicas del niño y de cada centro hospitalario.

Para conocer la organización de la atención a la PC el Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal (GERCPPyN) elaboró una encuesta sobre algunos aspectos de la atención a la PC en niños. La encuesta en formato electrónico se envió a los instructores de RCP pediátrica y neonatal acreditados por el GERCPPyN.

De aproximadamente 800 instructores de RCP pediátrica respondieron 103 que trabajan en 66 hospitales (11 de primer nivel, 22 de segundo y 33 de tercer nivel) de 15 comunidades autónomas. En los centros en que respondieron varias personas se realizó la fusión de todas en una.

Solamente 33 centros sanitarios (50%) cuentan con un equipo específico de atención a la PC (el 63,6% de los hospitales de tercer nivel, el 40,9% de segundo y el 36,3% de

los de primer nivel), aunque en la encuesta no se especificó qué se entiende por equipo de atención a la PC. El equipo de atención a la PC está compuesto en el 40% de los hospitales por médicos y/o enfermeras de la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), el 44% por pediatras de generales de urgencias y/o de UCIP y el 12% por otros profesionales (intensivos de adultos, anestelistas, etc.). En los hospitales sin equipo de atención a la PC en el 83% esta es atendida por el médico de guardia (de UCIP, urgencias o de adultos según los hospitales) y en el 17% por el pediatra de la UCIP.

En cuanto al sistema de llamada, en un porcentaje muy bajo de hospitales (39%) existe un sistema específico de llamada para las PC, en el 42% se avisa al busca de urgencias y en el 19% restante al busca o llamada a la planta de UCIP. La llamada en el 74% es directa (que es un sistema más rápido) y en el 26% pasa por centralita.

Solamente en el 47% de los centros sanitarios existen botones específicos para llamadas de emergencias; en el 27% solo en urgencias, en el 27% solo en el control de enfermería de las plantas, en el 43% en varios lugares del hospital y en uno solo en las habitaciones reservadas a personas importantes.

Solamente en el 11% de los hospitales los padres pueden avisar directamente al equipo de RCP y en el 95% las enfermeras de la planta. Lo recomendable es que cualquier persona debidamente informada pueda activar los botones de emergencia.

Los resultados de esta encuesta son bastante representativos de la realidad de nuestro país, ya que han respondido un importante número de centros sanitarios de distintos niveles y de casi todas las comunidades autónomas, y confirman que la organización a la atención a la PC en la infancia en nuestro país es escasa, muy irregular y en general está poco estructurada, tanto en la composición de los equipos clínicos de atención a la PC como en los sistemas de llamada.

Es por tanto esencial que cada centro sanitario desarrolle protocolos de atención a la PC en la infancia, que incluyan la creación de equipos de atención a la PC bien