

**Tabla 2** Medidas de apoyo a la LM y comparación de UCIN participantes en 2018 según la fase IHAN

Medidas de apoyo a la LM	Alguna fase IHAN (N = 29)	Ninguna fase IHAN (N = 36)	p
Formación de profesionales en LM	26(90%)	22(61%)	0,0098
Información prenatal en ingresadas	17(59%)	15(42%)	0,1775
Inicio de extracción de leche materna (<6 horas)	25(86%)	31(86%)	0,9912
Inicio de nutrición enteral (<6 horas)	15(52%)	12(33%)	0,1378
Protocolo de manejo de leche materna	27(93%)	27(75%)	0,0549
Congeladores en UCIN	25(86%)	32(89%)	0,7454

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia; LM: lactancia materna; UCIN: unidades de cuidados intensivos neonatales.

## Agradecimientos

A todas la unidades de cuidados intensivos neonatales participantes.

## Bibliografía

1. EFCNI, European Standards of Care for Newborn Health project report. Eds S Mader, N Thiele, JM Walz, 2018. [consultado 12 Jun 2019]. Disponible en: [https://www.efcni.org/wp-content/uploads/2018/11/2018.11.16\\_ESCNH\\_Report\\_final.pdf](https://www.efcni.org/wp-content/uploads/2018/11/2018.11.16_ESCNH_Report_final.pdf)
2. Roué JM, Kuhn P, Lopez Maestro M, Maastrup RA, Mitanchez D, Westrup B, et al. Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2017;102:F364–8.
3. Nyqvist KH, Häggkvist AP, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R, et al. Baby-Friendly Hospital Initiative Expert Group. Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. *J Hum Lact.* 2013;29:300–9.
4. Profit J, Kowalkowski MA, Zupancic JA, Pietz K, Richardson P, Draper D, et al. Baby-MONITOR: a composite indicator of NICU quality. *Pediatrics.* 2014;134:74–82.

5. Alonso-Díaz C, Utrera-Torres I, de Alba-Romero C, Flores-Antón B, Lora-Pablos D, Pallás-Alonso CR. Breastfeeding Support in Spanish Neonatal Intensive Care Units and the Baby-Friendly Hospital Initiative. *J Hum Lact.* 2016;32:613–26.

Clara Alonso Díaz<sup>a,\*</sup>, Catalina Morales Betancourt<sup>a</sup>, Javier de la Cruz Bertolo<sup>b</sup>, María López Maestro<sup>a</sup> y Sara Vázquez Román<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neonatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>b</sup> Instituto de Investigación, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [claraalonsodiaz@gmail.com](mailto:claraalonsodiaz@gmail.com) (C. Alonso Díaz).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.05.016>  
1695-4033/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Evaluación de la formación en urgencias por parte de los médicos internos residentes de pediatría en España



### Evaluation of training in emergency medicine of paediatric residents in Spain

Sr. Editor:

En España los servicios de urgencias de pediatría (SUP) son frecuentemente utilizados por los niños y sus familias<sup>1,2</sup>. La Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) promueve la excelencia en la formación en urgencias, debiéndose garantizar la adquisición de ciertas competencias y habilidades por parte de los médicos residentes (MIR) de pediatría. En 2012 la SEUP desarrolló un plan formativo y estableció la formación MIR como línea estratégica. En 2015 la Red de Investigación de la SEUP aprobó la realización de un estudio para evaluar la formación en urgencias recibida por los MIR de pediatría en España. El objetivo principal del estudio fue analizar la formación en urgencias recibida por los

MIR de pediatría, y el secundario identificar factores asociados con una mayor satisfacción de los MIR con la formación recibida.

En el segundo semestre de 2016 se realizó un estudio observacional transversal aprobado por el Comité Ético de Valladolid Oeste, basado en una encuesta vía Web dirigida a responsables de los SUP y otra a los MIR de pediatría de hospitales pertenecientes a SEUP con programa de residencia en pediatría. Se analizó la formación recibida en urgencias, tanto durante su rotación como durante la atención continuada, por parte de los MIR, y su satisfacción con la misma. Se incluyeron en el análisis las respuestas de aquellos hospitales en los que respondieron al menos el 33% de sus MIR. Se realizó un análisis multivariable para identificar variables relacionadas con una mayor satisfacción de los MIR.

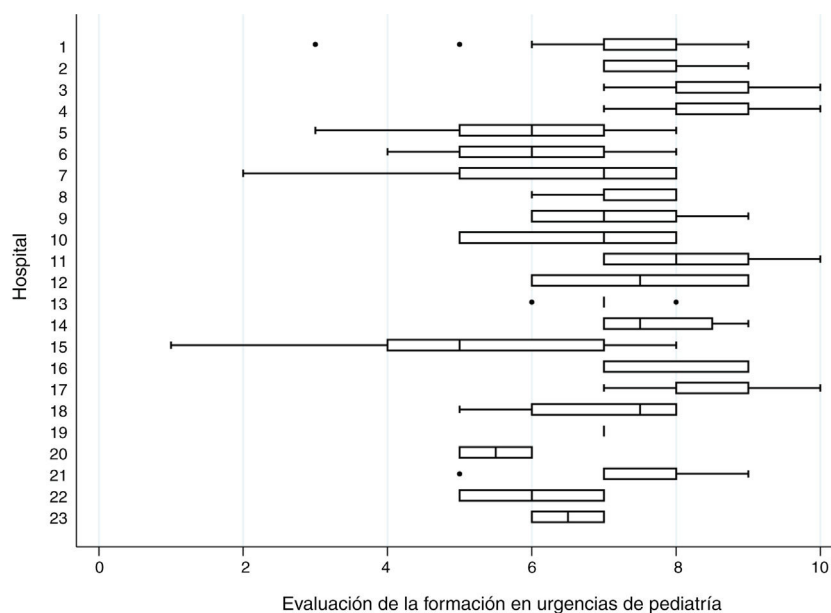
Se incluyeron los responsables y 198 MIR (32,3% R2, 37,4% R3 y 30,3% R4) de 23 SUP. De los 23 responsables 6 (26,1%) señalaron que tenían un responsable de formación, 12 (52,2%) indicadores de calidad (IQ) de formación y 17 (73,9%) un plan formativo, realizándose algún tipo de evaluación de los MIR en 20 (86,9%). En aquellos SUP en los que el responsable respondió afirmativamente, el 28,7% de los MIR desconocía la existencia del responsable de forma-

**Tabla 1** Nivel de supervisión de la asistencia referido por los responsables de los servicios de UP y los médicos internos residentes (todos los residentes respondieron acerca del nivel de supervisión en los 4 años)

	1.º año		2.º año		3.º año		4.º año	
	Responsable del servicio de UP	Médicos internos residentes	Responsable del servicio de UP	Médicos internos residentes	Responsable del servicio de UP	Médicos internos residentes	Responsable del servicio de UP	Médicos internos residentes
Presencial en <i>todos</i> los pacientes	7 (30,4)	12 (6,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,0)	0 (0)	1 (0,5)
Presencial en <i>algunos</i> pacientes y revisión de <i>todos</i> los informes de alta	13 (56,5)	122 (61,6)	3 (13,6)	11 (5,6)	0 (0)	7 (3,5)	0 (0)	7 (3,5)
Presencial en <i>algunos</i> pacientes y revisión de <i>algunos</i> informes de alta	0 (0)	2 (1,0)	4 (18,2)	10 (5,1)	4 (18,2)	7 (3,5)	2 (9,1)	6 (3,0)
Revisión de <i>todos</i> los informes de alta sin supervisión presencial	1 (4,4)	15 (7,6)	4 (18,2)	5 (2,5)	1 (4,6)	5 (2,5)	1 (4,6)	2 (1,0)
Revisión de <i>algunos</i> los informes de alta sin supervisión presencial	0 (0)	13 (6,6)	0 (0)	169 (85,4)	17 (77,3)	171 (86,4)	19 (86,4)	174 (87,9)
Resolución de dudas sin supervisión presencial	2 (8,7)	34 (17,2)	11 (50)	3 (1,5)	0 (0)	4 (2,0)	0 (0)	3 (1,5)
Ninguna supervisión	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)	0 (0)	2 (1,0)
Otras	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,0)	0 (0)	3 (0,5)
Índice Kappa (IC 95%)	0,048 (-0,047-0,144)		0,036 (0,003-0,068)		0,176 (0,083-0,268)		0,293 (0,155-0,431)	

Los datos se expresan como n (%).

Índice kappa entre las respuestas de los responsables y los MIR de 0,275 (intervalo de confianza [IC] 95%: 0,237-0,314), aumentando significativamente por cada año de residencia. UP: urgencias de pediatría.



**Figura 1** Evaluación de la formación en urgencias de pediatría en cada hospital.

La evaluación se ordenó de 0 a 10, siendo 0 la nota más baja y 10 la más alta. Los lados izquierdo y derecho de la caja son los valores de los percentiles 25 y 75, y la línea central de la caja la mediana. La patilla izquierda representa el valor más bajo dentro del intervalo  $P25-1,5 \times RIC$ . La patilla derecha representa el valor más alto dentro del intervalo  $P75 + 1,5 \times RIC$ .

ción, el 70,6% no sabía que hubiera IQ, el 42,3% no creía que hubiera un plan formativo y el 14,8% refería que no existía ninguna evaluación de su actividad. El grado de supervisión de la actividad asistencial del MIR se muestra en la [tabla 1](#). La mediana de la nota de satisfacción de los MIR con la formación fue 7/10 (RIC 7-8, rango interhospitales 5-9) ([fig. 1](#)). La supervisión presencial de la asistencia del MIR ( $\beta$ : -4,01; IC 95%: -6,75 a -1,27) y el conocimiento de la existencia de IQ de formación ( $\beta$ : 0,9; IC 95%: 0,37 a 1,44) se asociaron de manera independiente con una mayor satisfacción del MIR con la formación recibida.

La formación de los MIR en urgencias muestra gran variabilidad en España e importantes áreas de mejora. Entre los aspectos a mejorar hay que destacar que muy pocos SUP disponen de un responsable de formación que promueva desarrollar actividades formativas que faciliten la adquisición de habilidades y competencias específicas de urgencias<sup>3</sup>. Además, alrededor de la mitad de los SUP carecen de IQ de formación. Por otro lado, la supervisión del MIR decrece progresivamente a lo largo de la residencia, pero no tan progresivamente como cabría esperar. La asociación del grado de supervisión con una mayor satisfacción del MIR con su formación revela la importancia de la docencia a pie de cama. Pese a todo, la satisfacción de los MIR con la formación recibida es bastante alta, quizás porque valoran positivamente los esfuerzos realizados para que se mejore la misma, como el plan de formación elaborado por la SEUP, aceptado y adaptado por la mayoría de los SUP miembros de la sociedad, y el hecho de que en la mayoría de los SUP se realice algún tipo de evaluación del MIR. Sin embargo, la variabilidad entre distintos servicios en relación con la satisfacción de los MIR no debe obviarse, al igual que un porcentaje importante de MIR desconozca la existencia del plan formativo, el responsable de formación o los IQ. Nuestro estudio presenta varias limitaciones.

No todos los responsables respondieron la encuesta, lo que puede sobrerrepresentar los servicios con mayor interés en la formación. Además, no todos los SUP de hospitales con programa de residencia en pediatría están integrados en la SEUP, lo que debe considerarse al extrapolar los resultados a otros servicios. Sin embargo, creemos que las áreas de mejora detectadas pueden ser comunes a la mayoría de los SUP españoles.

La formación recibida en urgencias por los MIR españoles presenta gran variabilidad e importantes áreas de mejora. La SEUP y los distintos SUP deberían considerar estos resultados para desarrollar acciones dirigidas a homogeneizar y mejorar la formación de los residentes.

## Anexo.

Carles Luaces (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Sant Joan de Deu, Barcelona); Mercedes de la Torre (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid); Sebastià González (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona); Javier Benito (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo); Paula Vázquez (Urgencias de Pediatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid); Izaskun Olaciregui (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián); Carmen Campos (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza); Sandra Moya (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell); Andrés González (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Basurto, Bilbao); Carmen Vázquez (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid); Olga Serrano (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca); Carlos M. Angelats (Urgencias de Pediatría, Hospital Uni-

versitario Francesc de Borja, Gandía); Ramón Fernández (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Cabueñes, Gijón); Jerónimo J. Pardo (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario A Coruña, La Coruña); Ester Castellarnau (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona); Esther Ballester (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia); Lizar Aguirre (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Txagorritxu, Vitoria); Abel Martínez (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Tarrassa, Tarrassa); Neus Pociello (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida); María A. García (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares); Miriam Gutiérrez (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Burgos, Burgos); Pau Ventosa (Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario General de Catalunya, Sant Cugat del Valles).

Todos ellos respondieron a la primera encuesta y recogieron datos del estudio en sus respectivos centros.

## Bibliografía

1. Mintegi Raso S, Benito Fernández J, García González S, Corrales Fernández A, Bartolomé Albistegui MJ, Trebolazabala Quirante N. Demanda y asistencia en un servicio de urgencias hospitalario. *An Pediatr (Barc)*. 2004;61:156–61.
2. Muñoz García JL, Fandiño Orgeira JM, Díaz Peromingo JA. Demanda asistencial de urgencias pediátricas atendidas en un hospital comarcal. *Aten primaria*. 2008;40:297–301.

3. IFEM International Federation of Emergency Medicine. 2012 International Standards of Care for Children in Emergency Departments [consultado 1 Abr 2019]. Disponible en: <http://www.ifem.cc/wp-content/uploads/2016/07/International-Standards-for-Children-in-Emergency-Departments-V2.0-June-2014-1.pdf>.

Roberto Velasco<sup>a,\*</sup> y Santiago Mintegi<sup>b</sup>, en representación del Grupo de Trabajo de Formación de la Red de Investigación de la Sociedad Española de urgencias de Pediatría (RISeuP-SPERG)<sup>◇</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

<sup>b</sup> Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Cruces, Universidad del País Vasco, Baracaldo, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [robertovelascozuniga@gmail.com](mailto:robertovelascozuniga@gmail.com) (R. Velasco).

<sup>◇</sup> Los miembros del Grupo de Trabajo de Formación de la Red de Investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (RISeuP-SPERG) se presentan en el anexo 1.

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.06.005>  
1695-4033/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Caracterización clínica y etiológica de los casos de parotiditis en un servicio de urgencias



### Clinical features and origin of cases of parotiditis in an emergency department

Sr. Editor:

El virus de la parotiditis o *Mixovirus parotiditis* (MuV) sigue originando casos esporádicos y brotes epidémicos. Esta situación se asocia a la pérdida progresiva de inmunidad frente al componente parotídeo de la vacuna triple vírica en ausencia de *booster* natural (especialmente transcurridos los 10 años tras la segunda dosis), a la utilización en 1993-1999 de una vacuna con cepa Rubini, de baja efectividad, y a la existencia de bolsas de población no vacunada<sup>1</sup>. En España se declararon 10.260 casos en 2017 y 8.996 casos en 2018, un significativo aumento respecto a temporadas precedentes<sup>2</sup>.

Entre las causas infecciosas implicadas en la parotiditis como síndrome genérico, además del MuV, se encuentran influenza A, parainfluenza, virus de Epstein-Barr (VEB), adenovirus, coxsackievirus, citomegalovirus (CMV), parvovirus B19, herpesvirus y el virus de la coriomeningitis linfocítica, así como bacterias grampositivas, micobacterias atípicas y especies de *Bartonella*<sup>3-5</sup>. Probablemente estos agentes infecciosos superan en frecuencia a MuV en el niño. Este hecho, unido a la benignidad de la mayoría de cuadros, propicia que en muchos centros asistenciales pediátricos

el diagnóstico no incluya investigación etiológica alguna. El objetivo del estudio es conocer los virus implicados en los casos de parotiditis en nuestro medio.

Para el presente trabajo retrospectivo se recogieron datos de 2 años completos (2016 y 2017) incluyéndose aquellos pacientes diagnosticados de parotiditis (exigiéndose la existencia de tumefacción parotídea) en urgencias pediátricas de un hospital terciario de Barcelona que atiende pacientes hasta los 16 años, y aceptándose el criterio diagnóstico del pediatra tratante. Según protocolo interno se practicó detección de MuV en saliva y orina por reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Se añadieron también serologías si se solicitaba analítica por criterio clínico del pediatra. Para este estudio, en el caso de resultado negativo para la detección de MuV en saliva, se utilizaron métodos moleculares para la detección de influenza A/B, VRS A/B, adenovirus, metapneumovirus, coronavirus n163/OC43/229E, enterovirus, rinovirus, parainfluenza, EBV y CMV. Los MuV fueron caracterizados por secuenciación parcial del gen SH.

Se identificaron 169 casos de parotiditis clínica aguda (0,21% de consultas en urgencias pediátricas). La edad mediana fue de 7,7 años (rango: 11 meses-16,8 años). La tasa de cumplimiento del protocolo para la solicitud de pruebas complementarias para diagnóstico etiológico fue del 79,3%, por lo que dispusimos de muestras de saliva de 134 pacientes distintos. La *figura 1* resume los resultados del estudio por PCR en dichas muestras. Además, se diagnosticaron 5 pacientes con infección por MuV por serología (IgM positiva), sumando un total de 18 casos por MuV.