

Bibliografía

1. Rey Galán C, Manrique de Lara LA, Antón Gamero M, Cano Garcinuño A, Solís Sánchez G. Infección por coronavirus (COVID-19) en Anales de Pediatría. An Pediatr (Barc). 2020;92:189.
2. Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, de Siatí DR, Horoi M, Le Bon SD, Rodríguez A, et al. Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): A multicenter European study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2020 [consultado 19 Abr 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32253535>.
3. Mazzotta F, Troccoli T. Acute acro-ischemia in the child at the time of COVID-19. Dermatologia Pediatr Bari. 2020 [consultado 19 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.fip-ifu.org/wp-content/uploads/2020/04/acroischemia-ENG.pdf>.
4. Cribier B, Djeridi N, Peltre B, Grosshans E. A histologic and immunohistochemical study of chilblains. J Am Acad Derma-

tol. 2001;45:924–9 [consultado 19 Abr 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11712041>.

Carlos Abril-Pérez, Javier Sánchez-Arráez, Juncal Roca-Ginés e Ignacio Torres-Navarro*

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nacho.torres.navarro@gmail.com (I. Torres-Navarro).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.04.017>
1695-4033/

© 2020 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Utilización rápida y segura de los autoinyectores de adrenalina. ¡Tenemos un problema!



Rapid and safe use of adrenaline auto-injectors: We have a problem!

Sr. Editor:

La anafilaxia es una reacción alérgica grave, de instauración brusca y potencialmente mortal, por lo que debe tratarse de inmediato con adrenalina intramuscular en cualquier ámbito y bien sea por el propio paciente (autoinyección) u otra persona. Simultáneamente debe alertarse a los servicios de emergencias ya que toda reacción anafiláctica debe ser valorada por personal sanitario^{1,2}.

Los dispositivos automáticos que permiten la administración de la adrenalina por vía intramuscular de forma rápida y segura por parte del propio paciente (incluso niños pequeños) o sus familiares o acompañantes, han supuesto un avance terapéutico significativo que cada vez es más utilizado, incluso por personal sanitario.

Si bien se trata de sistemas de administración intramuscular sencillos, bien diseñados y fáciles de utilizar, tanto los pacientes como los familiares (y el personal sanitario) precisan una breve instrucción y práctica para ser capaces de aplicarlos de forma eficaz y segura. Para ello se dispone de simuladores que reproducen los dispositivos reales y permiten la práctica repetitiva sin riesgos.

La estandarización de los autoinyectores de modo que su aspecto y funcionamiento fuera similar con independencia del fabricante, sería de gran utilidad para los pacientes y profesionales, tanto de cara al reconocimiento de los dispositivos como al entrenamiento en su uso, que podría ser más intuitivo y directo.

Sin embargo, actualmente existen comercializados en España 4 formatos distintos de dispositivos para administración de adrenalina en pluma precargada, cada uno de ellos con sus peculiaridades y modo de empleo específicos

(figs. 1 y 2). Es posible que en el futuro se comercialicen otros, a su vez diferentes.

Así, 2 de los dispositivos presentan un capuchón de seguridad en el extremo contrario a la aguja (fig. 1), otro presenta el capuchón de seguridad en el extremo de la aguja (fig. 2a), y otro tiene un capuchón de seguridad en ambos extremos (fig. 2b).

Por otro lado, en los últimos meses se ha producido la retirada del mercado de uno de dichos dispositivos, que añadido a problemas de suministros de los otros autoinyectores, está obligando a los pacientes a cambiar el dispositivo que ya conocen por otro distinto, con el consiguiente riesgo



Figura 1 Ejemplo de autoinyectores de adrenalina con capuchón de seguridad en extremo contrario a la aguja.



Figura 2 a) Autoinyector de adrenalina con capuchón de seguridad en el extremo donde se encuentra la aguja. b) Autoinyector de adrenalina con capuchón de seguridad en ambos extremos.

de error en su utilización. Así, está descrito que cuando se cambia de autoinyector sin un entrenamiento previo puede haber una diferencia en las tasas de éxito de hasta un 50%³.

Los problemas derivados de la presencia en el mercado de diversos autoinyectores, con aspecto y modos de aplicación distintos, deben ser conocidos por los pediatras, y reconocidos por las autoridades sanitarias. Es nuestra responsabilidad conocer el manejo seguro de los autoinyectores (se ha observado que muchos residentes no saben cómo usarlos)⁴, y enseñar a los niños a los que les prescriba y sus familiares cuándo y cómo deben usarlos, pero debería ser una misión de la administración sanitaria procurar la estan-

darización de estos dispositivos, lo que facilitaría su uso y evitaría errores.

Bibliografía

1. Juliá Benito J, Sánchez Salguero C, Alvarado Izquierdo M, Álvarez Caro F, Arroabarren Alemán E, Capataz Ledesma M, et al. Manual de Anafilaxia Pediátrica. 1.^a edición Madrid: SEICAP; 2017. p. 100.
2. Guía de actuación en anafilaxia: GALAXIA 2016. Esmon publicidad, S.A. 2016. Disponible en: http://www.sem.org/images/stories/recursos/2016/documentos/Guia_Anafilaxia.pdf.
3. Umasunthar T, Procktor A, Hodes M, Smith JG, Gore C, Cox HE, et al. Patients' ability to treat anaphylaxis using adrenaline autoinjectors: A randomized controlled trial. *Allergy*. 2015;70:855–63.
4. Arga M, Bakirtas A, Catal F, Derinoz O, Harmanci K, Razi CH, et al. Training of trainers on epinephrine autoinjector use. *Pediatr Allergy Immunol*. 2011;22:590–3.

Carlos García-Magán*, José María Giráldez Montero, José Domingo Moure-González y Antonio Rodríguez-Núñez

Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlos.garcia.magan@sergas.es (C. García-Magán).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.11.006>
1695-4033/

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

Necesidad de cirugía en los abscesos cervicales profundos pediátricos



Need for surgery in paediatric deep abscesses of the neck

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo «Abscesos cervicales profundos infantiles: experiencia de una unidad de ORL infantil de referencia durante 15 años», publicado recientemente en su revista¹.

Los autores refieren que el 88,9% de los niños (64/72) requirieron cirugía como parte del tratamiento. Los únicos casos que no precisaron tratamiento quirúrgico fueron las adenopatías abscesificadas menores de 1,5 cm. El artículo concluye que la realización de cirugía precoz en abscesos grandes o profundos disminuye el número de complicaciones graves y recidivas. Un dato muy llamativo en la serie

mencionada es que la totalidad de los niños con abscesos periamigdalinos y para/retrofaringeos se intervinieron¹, situación que dista mucho de nuestra práctica habitual.

Hemos realizado una revisión retrospectiva en los menores de 16 años hospitalizados con el diagnóstico de absceso periamigdalino y para/retrofaringeo en el Hospital Infantil La Paz entre enero de 2015 y junio de 2019. Durante este periodo, se diagnosticaron 54 casos en 51 pacientes: 26 (48%) periamigdalinos y 28 (52%) para/retrofaringeos. Precisaron cirugía 19 abscesos (35%), uno de ellos por recidiva. La necesidad de cirugía se asoció únicamente con una temperatura máxima superior (39,0 frente a 38,6 °C; $p=0,044$) y con abscesos mayores de 3 cm (61,5 frente al 38,5%; $p=0,036$). Tres pacientes (6%) tratados inicialmente con antibióticos desarrollaron un nuevo absceso periamigdalino durante el periodo de estudio, y 2 respondieron nuevamente al tratamiento conservador. La estancia hospitalaria no fue significativamente diferente en ambos grupos. No se observaron complicaciones en los niños tratados con cirugía o tratamiento conservador.

La necesidad de tratamiento quirúrgico en los abscesos periamigdalinos y para/retrofaringeos varía mucho según las series. El porcentaje de pacientes que requirieron cirugía en nuestro estudio fue similar al de otros 2 trabajos,

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.09.014>.