

que desprenden. Además, ante casos de enfermedades pulmonares agudas de etiología no clara, o convulsiones en adolescentes debemos descartar una posible relación con el consumo de *vaping* y comenzar un registro nacional de los posibles casos.

Por todo esto, considero necesario crear grupos de trabajo dentro de la Asociación Española de Pediatría encaminados a detectar y estudiar los posibles efectos secundarios del *vaping*, y a establecer estrategias urgentes para prevenir su consumo entre nuestros pacientes.

Financiación

Este trabajo ha sido elaborado gracias a la ayuda recibida por la Asociación Española de Pediatría (AEP): Beca para fomento de la investigación. InvestAEP edición 2018.

Bibliografía

- Lidón-Moyano C, Martínez-Sánchez JM, Fu M, Ballbè M, Martín-Sánchez JC, Fernández E. Prevalence and user profile of electronic cigarettes in Spain (2014) [Article in Spanish]. *Gac Sanit.* 2016;30:432-7.
- Bold KW, Kong G, Camenga DR, Simon P, Cavallo DA, Morean ME, et al. Trajectories of E-Cigarette and Conventional Cigarette Use Among Youth. *Pediatrics.* 2018;141, pii: e20171832.
- Martínez C, Fu M, Galán I, Pérez-Ríos M, Martínez-Sánchez JM, López MJ, et al. Conflicts of interest in research on electronic cigarettes. *Tob Induc Dis.* 2018;16:28.
- CDC, FDA States continue to investigate severe pulmonary disease among people who uses e-cigarettes [consultado Ago 2019]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/media/releases/2019/s0821-cdc-fda-states-e-cigarettes.html>.
- Layden JE, Ghinai I, Pray I, Kimball A, Layer M, Tenforde M, et al. Pulmonary Illness Related to E-Cigarette Use in Illinois and Wisconsin - Preliminary Report. *N Engl J Med.* 2019, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1911614>.
- Statement from FDA Commissioner Scott Gottlieb, M.D., and Principal Deputy Commissioner Amy Abernethy, M.D., Ph.D., on FDA's ongoing scientific investigation of potential safety issue related to seizures reported following e-cigarette use, particularly in youth and young adults [consultado Abr 2019]. Disponible en: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/statement-fda-commissioner-scott-gottlieb-md-and-principal-deputy-commissioner-amy-abernethy-md-phd>.

Laura Moreno-Galarraga

Unidad de Neumología Infantil, Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España
 Correo electrónico: laura.moreno.galarraga@navarra.es

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.10.008>
 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/>).

Trombocitopenia inmune primaria: revisión de casuística en un hospital comarcal



Primary immune thrombocytopenia: A review of cases in a district hospital

Sr. Editor:

La trombocitopenia inmune primaria (PTI) es la causa más frecuente de trombocitopenia de presentación aguda en un niño previamente sano. Se trata de una enfermedad adquirida con disminución transitoria o persistente de la cifra de plaquetas (< 100.000). Diversos factores se han relacionado con la PTI, como el antecedente de enfermedad viral o ciertas vacunas. Además, está descrita una mayor incidencia en invierno y primavera¹.

La gravedad se define en función de las manifestaciones hemorrágicas, que no siempre se relacionan con el recuento plaquetar. Para valorar la gravedad disponemos de la Clasificación de Reino Unido² (asintomática, síntomas leves, moderados o graves).

Existen varias alternativas de tratamiento, que dependen de la cronicidad y gravedad de la PTI. Según el Grupo de Trabajo de la PTI de la Sociedad Española de Hematología y

Oncología Pediátricas (SEHOP)³, las opciones de tratamiento para la PTI de reciente diagnóstico, en función de gravedad y factores de riesgo, son: observación, corticoterapia (prednisona por vía oral o metilprednisolona IV) e inmunoglobulina IV. En caso de PTI crónica, se pueden utilizar agonistas del receptor de trombopoyetina, entre los que se encuentra el eltrombopag (por vía oral).

Durante 2017 se observó un aumento de la prevalencia de PTI en nuestro Departamento de Salud, con tendencia a la recaída en determinados pacientes. Dado que no hay publicado ningún registro exclusivo de niños españoles con PTI, consideramos interesante revisar las características epidemiológicas y clínicas de nuestros pacientes. Por tanto, realizamos un estudio descriptivo retrospectivo, en el que los casos se reclutaron a través de ALUMBRA (Plataforma de Análisis Corporativa de la Conselleria de Sanitat) mediante los códigos CIE-9 287 y CIE-10 D69. La fuente de las variables fue la historia clínica, de la que se extrajo la información necesaria y se codificó en una base de datos anonimizada.

La población de estudio incluyó a niños de 0 a 15 años diagnosticados de «púrpura trombopénica idiopática» o «trombocitopenia inmune primaria» entre los años 2002 y 2017, en nuestro Departamento. Se excluyó a aquellos diagnosticados en época neonatal.

Tabla 1 Epidemiología y pruebas complementarias solicitadas

Edad al diagnóstico	
<i>Media</i>	4 años y 4 meses
<i>Mediana (rango)</i>	35 meses (7 meses-12 años y 4 meses)
Tiempo de síntomas hasta diagnóstico	
<i>Media</i>	15 días
<i>Mediana (rango)</i>	6 días (0-180 días)
Gravedad	
<i>Leve</i>	87%
<i>Moderada</i>	8%
<i>Grave</i>	5%
Estancia hospitalaria	
<i>Mediana (rango)</i>	3 días (0-12 días)
Diagnósticos por semestre	
<i>Enero-junio</i>	26
<i>Julio-diciembre</i>	13
Vacuna mes previo	
<i>Meningococo C + pentavalente (DTP, Hib, VHB)</i>	2
<i>Triple vírica + neumococo</i>	1
<i>Triple vírica</i>	2
<i>Triple vírica + DTP</i>	1
Infección mes previo	
<i>Víricas</i>	17
<i>Vías respiratorias</i>	13
<i>Gastroenteritis</i>	3
<i>Varicela</i>	1
<i>Bacterianas</i>	2
<i>Otitis media aguda</i>	1
<i>Amigdalitis aguda</i>	1
Recuento plaquetar	
<i>Mediana (rango)</i>	8.000 (1000-58.000)
Serología (positiva/solicitada)	
<i>IgM VEB</i>	3
<i>IgM VH6</i>	1
<i>IgM varicela</i>	1
<i>IgM echovirus</i>	1
Aspirado médula ósea	
<i>Realizado en</i>	10 pacientes
<i>Tras un tiempo de (media; rango)</i>	15 meses (1-180)

Se consideraron como variables independientes: infección o vacunación en el mes previo al diagnóstico, edad, mes del inicio y sexo.

Las variables resultado fueron: incidencia, prevalencia, recuento plaquetar al diagnóstico, tiempo de evolución, estancia hospitalaria, gravedad², número de recaídas durante el seguimiento hasta 2018, y tratamiento (observación, corticoides, gammaglobulina, eltrombopag).

El estudio fue aprobado por el Comité Ético correspondiente y por la Comisión de Investigación del Departamento de Salud para su realización en nuestro centro.

El análisis estadístico consistió en estadística descriptiva, mediante el programa SPSS. Las variables se describen mediante medias y DE cuando siguen distribución normal, y como mediana y rango en el resto de los casos. La normalidad de las variables cuantitativas se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov.

La incidencia fue de 9,23/100.000 habitantes en edad pediátrica/año, con una prevalencia de 24,87/100.000 en 2017. Se diagnosticaron 39 pacientes de PTI (51% niñas y 49% niños). Las características de los pacientes en cuanto a epidemiología y pruebas complementarias solicitadas y sus resultados aparecen en la [tabla 1](#).

En 4 pacientes inicialmente se optó por observación, aunque solo 2 de ellos remitieron espontáneamente. El 74% de los pacientes recibió Ig IV y el 56% corticoides (en total, un 41% de los pacientes precisó ambas terapias). Los tratados con Ig IV lo hicieron una mediana de 2 veces (rango 1-15). Por la evolución a PTI crónica, 2 pacientes recibieron tratamiento con eltrombopag.

Entre los 39 pacientes, 7 evolucionaron a PTI crónica, 2 a persistente y hubo un fallecimiento por hemorragia intracraneal con resultados discordantes entre el aspirado de médula ósea y la biopsia de calota (necropsia) en cuanto a origen central o periférico.

En nuestro estudio destaca la menor estancia hospitalaria en el grupo de sintomatología moderada respecto al de leve, que podría deberse a un sesgo por traslado a hospital terciario. Además, se confirma el acúmulo de casos en invierno-primavera, así como el antecedente de vacunación o infección el mes previo al inicio.

En cuanto al tratamiento y evolución de la PTI, nuestro estudio tiene varias limitaciones. Por una parte, al tratarse de un estudio retrospectivo, inicialmente la recaída, la respuesta al tratamiento y su indicación se basaban en el criterio del facultativo responsable, y en los últimos años, se basan en los consensos internacionales⁴. Por otra parte, la muestra de estudio es pequeña por lo que es complicado extraer conclusiones al respecto.

Es evidente el diferente tratamiento de los pacientes con PTI en distintos hospitales, por lo que existe una necesidad de homogeneizar su manejo.

Bibliografía

1. Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor NF, Nelson. Tratado de Pediatría. 20th ed Barcelona: Elsevier; 2016.
2. Bolton-Maggs PH, Moon I. Assessment of UK practice for management of acute childhood idiopathic thrombocytopenic purpura against published guidelines. *Lancet* (London, England). 1997;350:620-3.
3. Monteagudo E, Astigarraga I, Cervera A, Dasí MA, Sastre A, Berruete R, et al. Protocolo de estudio y tratamiento de la trombocitopenia inmune primaria: PTI-2018. *An Pediatr*. 2019;91:127e1-10, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.04.014>.
4. Rodeghiero F, Stasi R, Gernsheimer T, Michel M, Provan D, Arnold DM, et al. Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura

of adults and children: Report from an international working group Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocyt. Blood J. 2009;113:2386-93, <http://dx.doi.org/10.1182/blood-2008-07-162503>.

Raquel Gil Piquer* y Fernando Calvo Rigual

Servicio de Pediatría, Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ragil@hotmail.com (R. Gil Piquer).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.12.008>
1695-4033/

© 2020 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/>).

Cribado de maltrato en urgencias, una asignatura pendiente[☆]



Screening for abuse in Emergency Departments: A pending issue

Sr. Editor:

La detección del maltrato infantil es esencial para permitir una intervención adecuada destinada a mejorar la situación del paciente y prevenir la recurrencia. Los Servicios de Urgencias (SU) son la puerta de entrada principal al sistema sanitario de muchos pacientes; sin embargo, varios estudios han demostrado que la detección de maltrato es mejorable en urgencias¹. La dificultad en el diagnóstico diferencial de muchas lesiones, que pueden confundirse con etiología accidental, infecciosa o neurológica, junto con la presión asistencial de los SU, favorece que en ocasiones pasen desapercibidos, con las potenciales consecuencias para el niño. A raíz de estas dificultades, se han desarrollado diferentes métodos de cribado que son de uso habitual en algunos países^{1,2} pero no en España, donde se desconoce su aplicación. En este contexto, desde el Grupo de trabajo de maltrato de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) se ha llevado a cabo un estudio multicéntrico para valorar los métodos de cribado de maltrato utilizados en los SU pediátricos de España.

Se diseñó un estudio descriptivo observacional basado en encuestas. El estudio fue aprobado por el CEIC del hospital de los investigadores principales. Durante el mes de noviembre del 2018, se contactó a través de correo electrónico con los responsables de los SU vinculados a la SEUP y se les solicitó la participación en el estudio. Se les facilitó el enlace a un cuestionario on-line y se les enviaron 2 correos recordatorios durante los 2 meses posteriores. El cuestionario incluía preguntas acerca de las características del SU, los métodos de detección de maltrato, de la existencia y tipo de protocolo de maltrato y de su disponibilidad. Se contactó con 80 responsables y se obtuvo respuesta de 39 (48,8%), correspondientes a 16 comunidades autónomas. Las características de los mismos se muestran en [tabla 1](#). En todos los centros la sospecha de maltrato se basa en la anamnesis y la exploración física. Ningún hospital utiliza método de cribado de maltrato estandarizado; 5 (12,8%) plantean su implantación en un futuro próximo. Treinta y siete hospitales (94,9%) disponen de protocolo de maltrato en urgencias (29 proto-

colo propio del hospital y 8 de la comunidad autónoma) y 33 (84,6%) refieren que su personal lo conoce.

De estos datos se desprende que la sospecha de maltrato en los SU únicamente depende de la capacidad de los facultativos de identificarlo, aspecto muy ligado a su formación y experiencia en este tema. Además, destaca que aún hay una proporción importante de centros que no cumplen el indicador de maltrato de SEUP³, que conlleva el disponer de un protocolo de maltrato infantil accesible para los profesionales del SU que además deben conocer su localización. La falta de sistematización implica una gran variabilidad en la forma de abordar el maltrato, pudiendo pasar casos desapercibidos, incluso los más graves⁴. Si incrementáramos la detección precoz, posiblemente mejoraríamos el pronóstico de estos niños^{4,5}. Un estudio reciente⁶ muestra que el uso combinado de un checklist de maltrato tipo «SPUTOVAMO» junto con una inspección física completa (top-to-toe inspection) de todos los pacientes que consultan en el SU sería un buen método de cribado para detectar posibles casos. Por otro lado, Rumball-Smith J et al.² abogan por la integración de una escala de cribado como parte de la historia clínica informatizada de obligada cumplimentación en todos los pacientes, dado que observa un aumento de los casos de sospecha de maltrato detectados. No obstante, dependiendo de la presión asistencial y nivel de complejidad del hospital, estas estrategias se plantean difíciles de implementar en nuestro entorno. Una opción, quizá un primer paso para mejorar la detección, podría ser asignar informáticamente unos códigos de alerta ante determinados diagnósticos de alta, con el fin de plantear al médico responsable la duda previa el alta del paciente. El médico

Tabla 1 Características de los centros participantes (n = 39)

Características del hospital	N.º	%
<i>Nivel</i>		
Primario	5	12,8
Secundario	17	43,6
Terciario	17	43,6
<i>Tipo</i>		
General	34	87,2
Monográfico pediátrico	5	12,8
Docente	36	92,3
<i>Número visitas pediátricas anuales</i>		
< 25.000	17	43,6
25.000-50.000	17	43,6
> 50.000	5	12,8

[☆] Este trabajo ha sido presentado en la XXIV Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (Murcia, 2019).