



CARTAS AL EDITOR

En respuesta al artículo «Impacto de la pandemia COVID-19 en urgencias: primeros hallazgos en un hospital de Madrid»



In response to the article «Impact of the COVID-19 pandemic in the emergency room: First findings in a hospital in Madrid»

Sr. Editor:

Después de leer con interés el artículo «Impacto de la pandemia COVID-19 en urgencias: primeros hallazgos en un hospital de Madrid» publicado en la revista ANALES DE PEDIATRÍA por Molina Gutiérrez et al.¹ acerca del Hospital Universitario La Paz (HULP), nos gustaría compararlo con los datos del Servicio de Urgencias (SU) del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (HIUNJ) durante el mismo periodo (14 de marzo al 17 de abril de 2020), coincidiendo con la centralización de la asistencia urgente y la hospitalización pediátrica en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) en estos 2 centros².

El SU del HIUNJ atendió 4.663 episodios (35,3% menos que en el mismo periodo de 2019), con una media diaria de 137 episodios (rango: 112-174). El número de episodios atendidos es casi 3 veces mayor que lo referido por el HULP (1.666). Este hecho podría estar en relación con informaciones no contrastadas difundidas a través de redes sociales y grupos de mensajería instantánea que identificaron el HIUNJ como «hospital libre de coronavirus», seguramente por tratarse del único monográfico pediátrico y no sufrir el colapso del resto de centros.

La mediana de edad de nuestro centro fue de 4,8 años (rango intercuartílico: 1,7-10), ligeramente superior a la del HULP debido a la mayor proporción de mayores de 12 años (16,4 vs. 13,9%) y a la menor de menores de 3 meses (5,9 vs. 12,7%) por no disponer de unidad de neonatología y maternidad. El aumento de la complejidad de los pacientes atendidos también se aprecia en el HIUNJ en un aumento de los niveles de triaje prioritario (2019: 21,9%; 2020: 31,2%) y la tasa de hospitalización (2019: 4,8%; 2020: 9,7%). La mayor tasa de ingreso del HULP (15,1%) podría estar relacionado con la menor edad de los pacientes, una mayor complejidad de los mismos o el seguimiento de protocolos diferentes.

Los diagnósticos al alta en ambas series se muestran en la **tabla 1**. La enfermedad infecciosa fue el grupo diagnóstico más frecuente en ambos hospitales. Dentro de la enfermedad no infecciosa, el HIUNJ atendió mayor enfermedad neurológica y psiquiátrica debiéndose esta última, a la concentración de la atención psiquiátrica de toda la CAM en el HIUNJ unido a los efectos negativos del confinamiento sobre la salud mental³.

El HIUNJ realizó PCR para SARS-CoV-2 exclusivamente a pacientes que precisaban ingreso. En ambos centros los pacientes con COVID-19 supusieron un pequeño porcentaje del total de pacientes ingresados (HULP: 5,9%; HIUNJ: 6,2%), confirmándose menos del 30% de los casos posibles (**tabla 2**). En el HIUNJ destacó la mayor proporción de pacientes que se englobarían dentro del síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico⁴.

Durante el periodo en que la pandemia obligó a centralizar la atención urgente pediátrica en el HULP y el HIUNJ, los episodios atendidos aumentaron en complejidad, pero disminuyeron en número en ambos centros. Sin embargo, el número de episodios atendidos fue significativamente mayor en el HIUNJ a pesar de que las autoridades planificaron un reparto equitativo². Los pacientes por COVID-19 supusieron un pequeño porcentaje de los ingresos totales en ambos hospitales.

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.06.021>

Tabla 1 Diagnósticos al alta

Diagnóstico	HULP n (%)	HIUNJ n (%)	Valor de p
Enfermedades infecciosas	807/1.666 (48,4)	2086/4.663 (44,8)	0,0094
Infecciones de las vías respiratorias	436/807 (54)	815/2.086 (39,1)	< 0,001
Fiebre	165/807 (20,4)	358/2.086 (17,2)	0,038
Infecciones del área ORL	62/807 (7,6)	240/2.086 (11,5)	0,023
Infecciones cutáneas/partes blandas	52/807 (6,4)	279/2.086 (13,4)	< 0,001
Infección urinaria	30/807 (3,7)	132/2.086 (6,3)	0,006
Infecciones digestivas	28/807 (3,4)	176/2.086 (8,4)	< 0,001
Infecciones del área genital	7/807 (0,8)	16/2.086 (0,7)	0,8
Otros diagnósticos	27/807 (3,3)	70/2.086 (3,4)	0,97
Enfermedades quirúrgicas	205/1.666 (12,3)	627/4.663 (13,4)	0,238
Enfermedades traumatológicas	124/1.666 (7,4)	430/4.663 (9,2)	< 0,03
Enfermedades no infecciosas	530/1.666 (31,8)	1520/4.663 (32,6)	0,54
Enfermedad digestiva	135/530 (25,4)	316/1.520 (20,8)	0,02
Enfermedad respiratoria no infecciosa	55/530 (10,3)	110/1.520 (7,3)	0,02
Enfermedad neurológica	46/530 (8,6)	165/1.520 (10,8)	< 0,001
Enfermedad dermatológica	27/530 (5)	96/1.520 (6,3)	0,31
Enfermedad ORL origen no infeccioso	21/530 (3,9)	74/1.520 (4,8)	0,39
Enfermedad cardiológica	16/530 (3)	42/1.520 (2,7)	0,75
Enfermedad maxilofacial	16/530 (3)	17/1.520 (1,1)	0,003
Enfermedad reumatológica	14/530 (2,6)	16/1.520 (1,1)	0,009
Enfermedad oftalmológica	12/530 (2,2)	13/1.520 (0,9)	0,01
Enfermedad nefrourológica	9/530 (1,6)	13/1.520 (0,9)	0,11
Enfermedad hematoológica	8/530 (1,5)	26/1.520 (1,7)	0,78
Enfermedad psiquiátrica	6/530 (1,1)	149/1.520 (9,8)	< 0,001
Enfermedad endocrinológica	4/530 (0,7)	11/1.520 (0,8)	1
Enfermedad ginecológica	3/530 (0,5)	5/1.520 (0,3)	0,41
Miscelánea	158/530 (29,8)	467/1.520 (30,7)	0,7
Total	1.666	4.663	—

HIUNJ: Hospital Infantil Universitario Niño Jesús; HULP: Hospital Universitario La Paz; ORL: otorrinolaringología.

Tabla 2 Descripción de los casos ingresados como posible COVID-19

Motivo del ingreso	HULP		HIUNJ	
	Total, n (%)	PCR positiva, n (%)	Total, n (%)	PCR positiva, n (%)
Infección respiratoria de la vía inferior	30/52 (57,6)	4/30 (13,3)	47/106 (44,3)	11/47 (23,4)
Neumonía	17/30 (56,6)	4/17 (23,5)	26/47 (55,3)	5/26 (19,2)
Fiebre sin foco	10/52 (19,2)	5/10 (50)	38/106 (35,8)	3/38 (7,8)
Infección respiratoria de la vía superior	10/52 (19,2)	6/10 (60)	11/106 (10,3)	7/11 (63,6)
Lesiones cutáneas sospechas de COVID-19	1/52 (1,9)	0/1 (0)	—	—
Enfermedad de Kawasaki/ <i>shock</i>	1/52 (1,9)	0/1 (0)	9/106 (8,4)	6/9 (66,6)
Trombosis venosa múltiple	—	—	1/106 (0,9)	1/1 (100)
Total		15/52 (28,8)		28/106 (26,4)

HIUNJ: Hospital Infantil Universitario Niño Jesús; HULP: Hospital Universitario La Paz; PCR: reacción en cadena de la polimerasa.

Bibliografía

- Molina Gutiérrez MA, Ruiz Domínguez JA, Bueno Barriocanal M, de Miguel Lavisier B, López López R, Martín Sánchez J, et al. Impacto de la pandemia COVID-19 en urgencias: primeros hallazgos en un hospital de Madrid. *An Pediatr (Barc)*. 2020;93:313–22.
- Comunidad de Madrid. 2020 [consultado 27 May 2020] Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/comu/200321_comunicado_sanidad_coronavirus_centros_urgencias_atencion_pediatria.0.pdf.
- Yao h, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0).
- Storch-de-Gracia P, Léoz-Gordillo I, Andina D, Flores P, Villalobos E, Escalda-Pellitero S, et al. Espectro clínico y factores de riesgo de enfermedad complicada en niños ingresados con infección por SARS-CoV-2. *An Pediatr (Barc)*. 2020;93:323–33.

José Antonio Alonso Cadenas*, David Andina Martínez,
María José Martín Díaz y Juan Carlos Molina Cabañero

Servicio de Urgencias, Hospital Infantil Universitario Niño
Jesús, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jalonsoc@salud.madrid.org
(J.A. Alonso Cadenas).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.11.017>
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/>).

Obtención de muestra de orina a través de bolsa perineal sin recambio: análisis de la tasa de contaminación



Obtaining a urine sample through the perineal bag without replacement: Analysis of the contamination rate

Sr. Editor:

En las recomendaciones publicadas por Piñeiro et al.¹, los autores refieren en el apartado de métodos de recolección de orina que, en niños no continentes, puede realizarse un «despistaje inicial de infección del tracto urinario (ITU) mediante la realización de sistemático y/o sedimento de orina recogida mediante bolsa perineal, sin necesidad de cambiar la bolsa cada 30 minutos, pues esta muestra no se enviará a cultivar en ningún caso».

La bolsa perineal presenta una elevada tasa de contaminación, motivo por el cual no se debe realizar el urocultivo en dichas muestras^{2,3}. Clásicamente, se recomendaba el cambio de bolsa perineal cada 20-30 minutos debido a que se realizaba el urocultivo en muestras así recogidas⁴. En la actualidad, no existen estudios en los que se analice si el resultado del urinoanálisis recogido por bolsa perineal podría verse alterado como consecuencia de la ausencia de recambio y de mantener la bolsa un tiempo mayor, conllevando un aumento de los sondajes vesicales.

A raíz de las recomendaciones de Piñeiro et al.¹, modificamos el protocolo de recogida de orina de nuestro hospital, decidiendo mantener la bolsa perineal hasta que el paciente realizase micción en vez de cambiar la bolsa cada 30 minutos. Realizamos un estudio de cohortes para conocer si el cambio de protocolo implicaba un aumento de los urinoanálisis alterados y por tanto aumentaba el número de sondajes vesicales realizados. Se recogieron los datos de los pacientes atendidos en Urgencias de Pediatría en los que se hubiera realizado recogida de orina por bolsa, distinguiendo dos cohortes: una cohorte retrospectiva (cohorte 1, preprotocolo) y una cohorte prospectiva (cohorte 2, tras el cambio de protocolo). Definimos como «tasa de contaminación» el porcentaje de muestras de orina con urocultivo estéril de entre las muestras cuyo urinoanálisis por bolsa estuviera alterado (esterasa leucocitaria > +1 y/o 5-10 leucocitos/campo en orinas centrifugadas) y cuyo resultado fuera normal al realizarse por sondaje. Se recogieron 110 pacientes en la cohorte 1 (julio a septiembre 2018) y 137 en la cohorte 2 (julio a septiembre 2019). Las características epidemiológicas y clínicas de ambas cohortes se detallan en la [tabla 1](#). Los resultados del estudio se recogen en la [tabla 2](#). No se observaron diferencias en la «tasa de contaminación» entre las dos cohortes (p 0,26). En la cohorte 2 el porcentaje de sondajes es menor con respecto a la cohorte 1 (19 casos, 13,9% vs. 29 casos, 26,4% respectivamente) de forma estadísticamente significativa (p 0,014).

Tabla 1 Datos demográficos de ambas cohortes de estudio

	Cohorte 1	Cohorte 2
Edad (mediana, RIQ)	10,23 meses (9,54)	10,87 meses (9,03)
Varón, n (%)	64 (58,2)	73 (53,3)
Motivo de consulta, n (%)		
Fiebre	74 (67,3)	113 (82,5)
Irritabilidad	12 (10,9)	7 (5,1)
Vómitos	4 (3,6)	10 (7,3)
Rechazo de tomas	7 (6,4)	5 (3,6)
Disuria	5 (4,5)	1 (0,7)
Otros	8 (7,3)	1 (0,7)
Antecedente de ITU, n (%)	12 (10,9)	4 (2,9)

Para el análisis descriptivo de las variables cualitativas se utilizaron porcentajes y para el de las cuantitativas se utilizaron medias con desviación estándar para las variables de distribución simétrica y medianas con rango intercuartílico (distribución asimétrica). RIQ: rango intercuartílico.

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.02.009>.