

cular derecha buena, y un paciente sometido a la operación de Ross y uno a la de Ross-Konno con RP moderada.

Las limitaciones de nuestro estudio son considerables debido a su diseño retrospectivo y el reducido tamaño de la muestra. Aun así, consideramos que nuestros hallazgos son relevantes, ya que los datos sobre los resultados a medio y largo plazo de estos procedimientos en pacientes pediátricos son escasos. Creemos que al compartirlos ofrecemos información sobre experiencias clínicas que podría contribuir a mejorar nuestro conocimiento de esta enfermedad.

En conclusión, debido a la complejidad de estos procedimientos las complicaciones postoperatorias son frecuentes. Estas técnicas ofrecen una solución buena a las obstrucciones del tracto de salida del ventrículo izquierdo en el plazo medio-largo, pero a expensas de múltiples reintervenciones del conducto VD-AP. Aunque actualmente la experiencia con la técnica de Ozaki se limita a 4 años y medio, es menos agresiva y no conlleva manipulación del corazón derecho (no requiere el autoinjerto pulmonar)^{5,6}. La experiencia inicial en 6 pacientes con seguimiento de 15 meses muestra resultados positivos. El tiempo dirá si esta nueva técnica acaba reemplazando el patrón de oro actual.

Bibliografía

1. Piccardo A, Ghez O, Gariboldi V, Riberi A, Collart F, Kreitmann B, et al. Ross and Ross-Konno procedures in infants, children and adolescents: a 13 year experience. *J Heart Valve Dis.* 2009;18:76–83.
2. Mookhoek A, Charitos EI, Hazekamp MG, Bogers AJJC, Hörer J, Lange R, et al. Ross procedure in neonates and

infants: a european multicenter experience. *Ann Thorac Surg.* 2015;100:2278–85.

3. Sames-Dolzer E, Wickenhauser E, Kreuzer M, Benedikt P, Gitter R, Prandstetter C, et al. The Ross-Konno procedure in neonates and infants less than 3 months of age. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2018;54:71–7.
4. Ozaki S, Yamashita H, Uchida S, Takatoh M, Kiyohara N. Midterm outcomes after aortic valve neocuspidization with glutaraldehyde-treated autologous pericardium. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2018;155:2379–87.
5. Wiggins LM, Mimic B, Issitt R, Ilic S, Bonello B, Marek J, et al. The utility of aortic valve leaflet reconstruction techniques in children and young adults. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2020;159:2369–78.
6. Baird CW, Sefton B, Chávez M, Sleeper LA, Marx GR, del Nido PJ. Congenital aortic and truncal valve reconstruction utilizing the ozaki technique: short-term clinical results. *J Thorac Cardiovasc Surg [Internet].* 2020 Feb. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022522320304384>.

Ángel Aroca, Luz Polo, Bunty Ramchandani*, Raúl Sánchez y Álvaro González

Departamento de Cirugía Cardíaca Pediátrica, Hospital Universitario La Paz-Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bunty.r@gmail.com (B. Ramchandani).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.12.020>
1695-4033/ © 2021 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/>).

¿Asesoramos los neonatólogos en España a los padres durante el embarazo? Encuesta nacional[☆]



Do neonatologists in Spain offer an interview with parents during pregnancy? National survey

Sra. Editora:

Merece la pena reflexionar sobre el impacto emocional que tiene en los padres el diagnóstico de una anomalía en su bebé durante el embarazo. En esta etapa, los neonatólogos tenemos la oportunidad de poder realizar una intervención prenatal mediante una entrevista con la familia, con el fin de resolver dudas e iniciar un proceso de toma de decisiones compartida. Esta consulta prenatal tiene potenciales beneficios, y también supone un reto para los profesionales¹, quiénes debemos disponer de habilidades de comunica-

ción para adaptar la conversación a las necesidades de los padres, empoderarles en el proceso de la toma de decisiones y acompañarles emocionalmente². Sin embargo, en la actualidad existe escasa evidencia para guiar el asesoramiento prenatal en el caso de diagnóstico de enfermedad fetal, aunque existen algunas publicaciones con relación a la prematuridad^{1,3-5}.

Con el objetivo principal de conocer si en España los neonatólogos ofrecen una entrevista durante el embarazo a las familias en el caso de detección de enfermedad fetal, realizamos una encuesta a nivel nacional. Como objetivos secundarios, también se valoró si el nivel asistencial de la unidad neonatal influye en la probabilidad de ofrecer una entrevista prenatal y si los residentes de pediatría reciben formación específica en este ámbito.

Se elaboró un cuestionario *ad hoc* al no encontrar ninguno validado que coincidiera con el enfoque del estudio. La encuesta se envió en 2019, mediante el soporte de Google® Formularios, a 167 hospitales con unidades de neonatología de todo el territorio nacional.

Participaron en nuestro estudio el 66% de los centros encuestados (N=110). De ellos, el 83% son de titularidad pública y el resto privada o concertada. Con relación al nivel asistencial de la unidad neonatal, según la clasificación de la Sociedad Española de Neonatología⁶, el 57% de los hospitales que respondieron a la encuesta correspondían a un

[☆] Presentación previa en: XXVII Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal, 3-4 octubre 2019, Madrid. Sesión de comunicaciones orales de trabajos de investigación para opción a miembro numerario de la Sociedad Española de Neonatología.

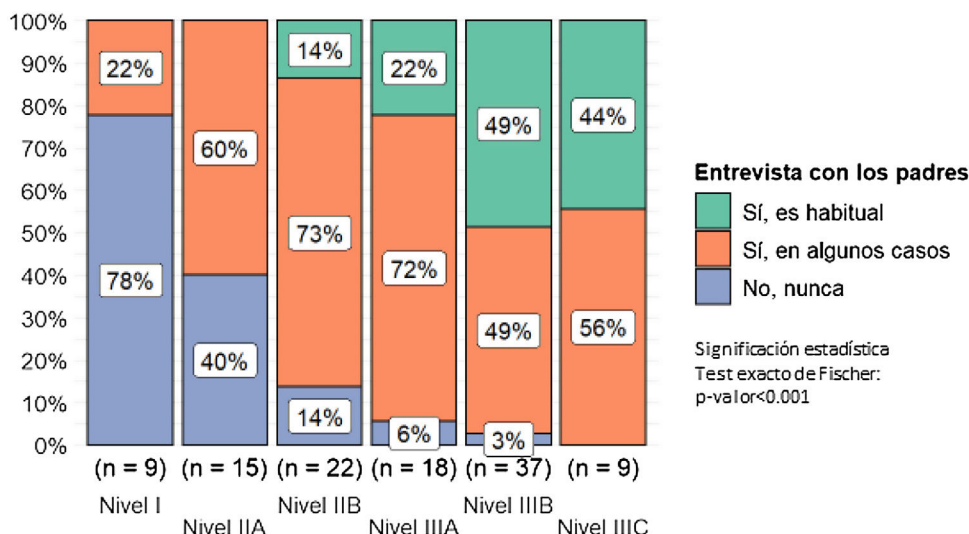


Figura 1 Relación entre la complejidad del nivel asistencial de la unidad neonatal y la posibilidad de ofrecer información prenatal.

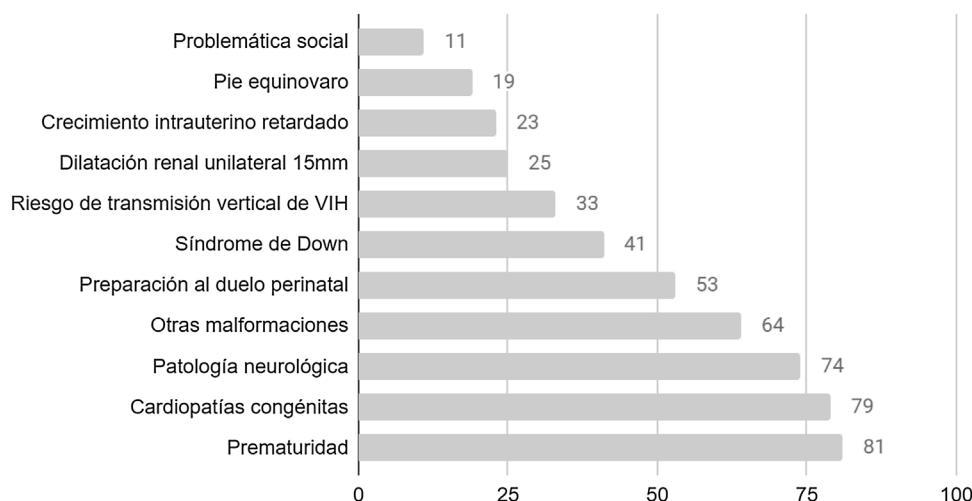


Figura 2 Enfermedad subsidiaria de información prenatal (%).

nivel de mayor complejidad (nivel III), un 35% a un nivel II y un 8% al nivel I.

Respecto a la práctica de realizar entrevistas con los padres durante el embarazo en el caso de detección de enfermedad fetal, un 57% de los hospitales respondieron que estas se realizan «solo en casos seleccionados», un 27% de «forma habitual» y un 16% «nunca». El análisis de los datos evidencia cómo influye el nivel asistencial de la unidad neonatal a la hora de responder a esta pregunta (fig. 1). La mayoría de los hospitales que disponen de una unidad de cuidados intensivos neonatales indicaron que ofrecen una entrevista prenatal al menos «en casos seleccionados» o «de forma habitual». Sin embargo, hasta un 77% de los hospitales de menor nivel asistencial refirieron no ofrecer información prenatal en ningún caso. De este modo, se constata que la intervención prenatal pediátrica es menos probable cuanto menor es el nivel asistencial de la unidad neonatal (test exacto de Fisher, $p < 0,001$). No se han observado diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre esta

pregunta y la titularidad del centro (pública, concertada o privada).

Analizando los datos únicamente de los centros que refirieron ofrecer asesoramiento prenatal (fig. 2), el 97% respondió hacerlo solo ante enfermedad de cierta complejidad. Concretando un poco más, encontramos que la circunstancia más frecuentemente implicada es la prematuridad (81%), seguida de las cardiopatías congénitas (79%) y la enfermedad neurológica (74%). Una entrevista prenatal es menos probable ante otros diagnósticos como síndrome de Down, crecimiento intrauterino retardado, enfermedad renal o infecciosa. Por otro lado, solo el 53% de estos hospitales realiza un abordaje durante la gestación con la finalidad de ayudar en la elaboración posterior del duelo, ante los casos de enfermedad con pronóstico vital adverso.

Finalmente, el 91% de los encuestados respondió no haber recibido formación durante la residencia de pediatría para aprender a realizar este tipo de entrevistas.

Los resultados obtenidos reflejan que la intervención prenatal pediátrica es poco frecuente en España, y se ofrece principalmente en hospitales de mayor complejidad y en situaciones concretas. Existe, por tanto, un área de mejora en la neonatología en nuestro país, así como en la formación de los residentes de dicha especialidad. Sería interesante realizar estudios que exploren las expectativas de las familias respecto al asesoramiento prenatal con el fin de adaptar mejor la entrevista a sus necesidades y conocer ante qué enfermedades esta intervención reporta un beneficio para la familia o si un exceso de información puede suponer un estrés adicional.

La alta participación en la encuesta da solidez a esta primera aproximación al tema, aunque no podemos comparar los resultados obtenidos con otros trabajos dado que no existe ninguno similar en la bibliografía revisada.

Bibliografía

1. Lemyre B, Moore G. Counselling and management for anticipated extremely preterm birth. *Paediatr Child Health*. 2017;22:334–41.
2. Haward MF, Gaucher N, Payot A, Robson K, Janvier A. Personalized Decision Making Practical Recommendations for Antenatal Counseling for Fragile Neonates. *Clin Perinatol*. 2017;44:429–45.
3. Geurtzen R, van Heijst AFJ, Draaisma JMT, Kuijpers LJMK, Woiski M, Scheepers HCJ, et al. Development of Nationwide Recommendations to Support Prenatal Counseling in Extreme Prematurity. *Pediatrics*. 2019;143:e20183253.

4. Kharrat A, Moore GP, Beckett S, Nicholls SG, Sampson M, Daboval T. Antenatal Consultations at Extreme Prematurity: A Systematic Review of Parent Communication Needs. *J Pediatr*. 2018;196:109–15.
5. Danziger P, Laventhal N. Prenatal consultation: Perspectives on training, relevance, and utilization among pediatric subspecialty program directors. *J Perinatol*. 2018;38:989–96.
6. Comité de Estándares y Junta directiva de la Sociedad Española de Neonatología. Niveles Asistenciales y Recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:56–64.

M. Fernanda López González^{a,*}, Francisco Vela Enríquez^a, Raúl García Martín^b y Manuel Vargas Pérez^a

^a Unidad de Pediatría, Hospital de Poniente, El Ejido, Almería, España

^b Unidad de Apoyo a la Investigación, Hospital de Poniente, El Ejido, Almería, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fernandalg@yahoo.es

(M.F. López González).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.07.003>

1695-4033/ © 2021 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/>).

Nuevos modelos de familia. Revisión de nuestra situación actual



New family models. A review of our current situation

Sra. Editora:

La transformación de la familia supone uno de los mayores cambios sociales en los últimos 60 años. Hemos evolucionado desde la existencia de un modelo prácticamente único de familia nuclear tradicional, a la multiplicidad de formas de organización de este pilar de la sociedad, secundario a múltiples cambios sociales^{1,2}.

Se obtiene el listado de pacientes de un cupo de pediatría de atención primaria al 1.º de enero de 2019, conformado por 1.096 pacientes menores de 14 años. Se investiga de forma prospectiva durante dos años acerca de la estructura y composición de cada familia hasta el 31 de diciembre de 2020. Empleamos la clasificación de tipos de familia usada por la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia en su curso de psiquiatría del niño y del adolescente³.

Presentamos la revisión de la estructura familiar de un conjunto de menores adscritos a la consulta de pediatría de un centro de salud, que forman parte de un total de 741 familias (tabla 1). El 80% de las mismas (n=593) corresponden a un modelo nuclear clásico. Solo el 10% de todas estas familias tienen tres o más hijos (n=58). El 13% de las familias son monoparentales (n=94), entre las cuales, salvo una, todas están formadas por madres con hijos, donde el 77%

(n=72) proceden de madres divorciadas que conviven con sus hijos, mientras que el 10% (n=9) son madres solteras tras decisión unilateral de maternidad (a través de fecundación artificial), el 9% están formadas por madre con hijos fruto de embarazos no planificados y el 4% (n=4) son madres viudas.

El 5% de las familias (n=36) son familias reconstituidas, donde uno o ambos progenitores tienen la tutela de los hijos de una relación anterior. Por otro lado, en nuestro cupo tenemos un total de nueve familias con hijos adoptados, lo que supone un 1% de los modelos de la muestra. Tres familias son homoparentales (menos del 1%), formadas por madres homosexuales con dos hijos. De los menores solos, dos viven en centros de acogida y tres con familias de acogida, tutelados por la administración, suponiendo también menos del 1% del total.

En España, en 2020, la media de integrantes del hogar fue de 2,5 personas. Los hogares más frecuentes fueron los integrados por dos personas, mientras que los formados por cinco o más supusieron solo el 5,8% del total⁴. En nuestro trabajo, sólo el 10% de las familias eran numerosas, mientras que el 90% (n=535) tienen menos de tres hijos. Los hogares monoparentales han ido en aumento progresivo en los últimos años, mayoritariamente formados por madre con hijos⁵. En 2013, la mayoría de estas madres eran viudas, mientras que en 2020 se trataba de madres divorciadas⁴, lo que se corresponde a los datos recogidos en nuestra muestra.

Del análisis de la estructura de las familias adscritas a nuestro centro de salud y la revisión de los datos de los hogares de España, podemos extraer que existen impor-