

y el desempeño en actividades de la vida diaria. Su papel no se limita al manejo sintomático, sino a continuar participando en la vida cotidiana. Por ejemplo, el aumento en las puntuaciones combinado con el aprendizaje motor facilita el desempeño de las actividades de la vida diaria. Como es importante integrar los juegos con las actividades funcionales, el programa de tratamiento debería planificarse teniendo en consideración la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. En base a ella, hay que aplicar distintos abordajes de rehabilitación en niños con tumores cerebrales<sup>3</sup>. Las barreras cognitivas y afectivas asociadas al meduloblastoma pueden afectar negativamente a la motivación y la adherencia a la intervención y, por lo tanto, al éxito de la rehabilitación<sup>4,5</sup>. Se propuso realizar la intervención durante 12 semanas con informes verbales (media: 8,5/10) de los niños y las familias. La adherencia a la intervención con el sistema NWFP fue del 83,3%. La adaptación personalizada de los recursos de rehabilitación virtual parece tener un impacto positivo en la motivación y el esfuerzo tanto en usuarios pediátricos como en adultos<sup>6</sup>.

La intervención basada en el NWFP puede ser una estrategia efectiva de rehabilitación domiciliar que convendría explorar en un estudio a mayor escala. Esta intervención puede ser útil para entrenar el equilibrio en niños con meduloblastoma.

## Financiación

El estudio no recibió ningún tipo de financiación de Nintendo®, ni para el dispositivo de Nintendo® empleado (posesión de la investigadora principal).

## Bibliografía

1. Udaka YT, Packer RJ. Pediatric brain tumors. *Neurol Clin.* 2018;36:533–56.
2. Ospina PA, McComb A, Pritchard-Wiart LE, Eisenstat DD, McNeely ML. Physical therapy interventions, other than general physical exercise interventions, in children and adolescents before, during and following treatment for cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;8. CD012924.
3. Ajovalasit D, Vago C, Usilla A, Riva D, Fidani P, Serra A, et al. Use of ICF to describe functioning and disability in children with brain tumours. *Disabil Rehabil.* 2009;31:100–7.
4. Gvion A, Shahaf G. Real-time monitoring of barriers to patient engagement for improved rehabilitation: A protocol and representative case reports. *Disabil Rehabil Assist Technol.* 2021:1–13.
5. Sabel M, Sjölund A, Broeren J, Arvidsson D, Saury JM, Blomgren K, et al. Active video gaming improves body coordination in survivors of childhood brain tumours. *Disabil Rehabil.* 2016;38:2073–84.
6. Gomes GCV, Simões MDS, Lin SM, Bacha JMR, Viveiro LAP, Varise EM, et al. Feasibility, safety, acceptability, and functional outcomes of playing Nintendo Wii Fit Plus™ for frail older adults: A randomized feasibility clinical trial. *Maturitas.* 2018; 118:20–8.

Müberra Tanrıverdi<sup>a,\*</sup>, Fatma Betül Çakır<sup>b</sup>  
y Fatma Karantay Mutluay<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Fisioterapia y Rehabilitación, Facultad de Ciencias de la Salud, Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi, Estambul, Turquía*

<sup>b</sup> *Departamento de Hemato-Oncología Pediátrica, Facultad de Medicina, Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi, Estambul, Turquía*

<sup>c</sup> *Departamento de Fisioterapia y Rehabilitación, Facultad de Ciencias de la Salud, İstanbul Medipol Üniversitesi, Estambul, Turquía*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mtanriverdi@bezmialem.edu.tr](mailto:mtanriverdi@bezmialem.edu.tr)  
(M. Tanrıverdi).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.04.020>  
1695-4033/ © 2022 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/>).

## Asistencia en urgencias de la población infantil refugiada procedente del conflicto bélico Rusia-Ucrania



### Emergency care for children refugees from the Russian-Ukrainian armed conflict

Sra. Editora:

Tras la ofensiva militar rusa a Ucrania el pasado 24 de febrero de 2022, más de cuatro millones y medio de ucranianos han huido de su país<sup>1</sup>. En España, más de 100.000 refugiados han buscado asilo desde el 1 de marzo<sup>2</sup>, y según los datos de los Centros de Recepción, Atención y Derivación (CREADE) de

Madrid, Alicante, Barcelona y Málaga, un 38% son niños de 0 a 17 años<sup>3</sup>.

Presentamos un estudio observacional retrospectivo realizado en dos hospitales terciarios de la Comunidad de Madrid entre marzo y julio de 2022. Nuestro objetivo principal es describir la atención recibida en urgencias de los niños refugiados procedentes de Ucrania pasados 5 meses del comienzo del conflicto bélico. Se realizó un análisis descriptivo de las variables categóricas mediante frecuencias absolutas y relativas, y de las variables cuantitativas mediante mediana y rango intercuartílico (RIC). El estudio contó con la aprobación de los respectivos comités de ética e investigación de ambos centros (PI-5281).

Durante el período de estudio se analizaron 156 visitas a urgencias de niños refugiados procedentes de Ucrania. La mediana de edad fue de 4,2 años (RIC: 2,1-8,9). El 52,6%

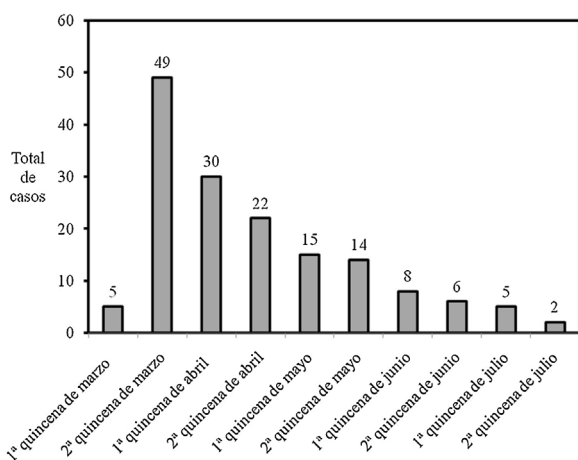


Figura 1 Distribución mensual de las visitas a urgencias.

fueron mujeres. El pico de máxima afluencia a urgencias tuvo lugar durante la segunda quincena del mes de marzo (49/156; 31,4%), observándose una progresiva disminución posterior (fig. 1).

El motivo de consulta más frecuente fue la fiebre (46,7%), seguido de los síntomas digestivos (23,1%). En 4 ocasiones (2,5%) se relacionó con cuadros de ansiedad. Un 21,1% (33 pacientes) presentaron patologías crónicas, el 7,7% hematológicas. El 21,2% de pacientes con patologías crónicas acudieron por complicaciones relacionadas con su enfermedad de base (tabla 1).

En el 40,3% de los casos se realizaron exploraciones complementarias en urgencias, siendo la analítica sanguínea (26,9%) la más frecuente. En el grupo de pacientes cuyo motivo de consulta fue la fiebre (73/156), se realizó analítica sanguínea en el 32,8%; entre los niños con patologías crónicas y fiebre (12/73), el porcentaje fue del 75%. El 91% (142/156) fueron dados de alta, siendo solicitada el alta voluntaria en un caso. Trece (8,3%) fueron hospitalizados, siendo la mediana de tiempo de su estancia de 4 días (RIC: 3-9). En ningún caso fue necesario el ingreso en unidades de cuidados intensivos pediátricos. En un caso (un paciente con hidrocefalia congénita) fue necesaria su intervención neuroquirúrgica de urgencia. Por último, un paciente fue ingresado bajo régimen de hospitalización domiciliar durante 15 días.

Los niños refugiados son un colectivo especialmente vulnerable, y las consecuencias tanto de la guerra como de la propia migración pueden ser devastadoras para su salud. La exposición a eventos traumáticos y estresores facilita la aparición de patología psiquiátrica, estimándose que uno de cada 5 afectados por el conflicto desarrollará un trastorno mental<sup>4</sup>. En nuestra serie, las urgencias relacionadas con la salud mental representaron el 2,5%; quizás con relación a que este tipo de patologías fuesen directamente valoradas en atención primaria y/u otros dispositivos diferentes a los servicios de urgencias; de ahí los pocos casos registrados.

En el contexto de un conflicto bélico, las condiciones de hacinamiento favorecen la interrupción de la continuidad asistencial y la dificultad para adherirse a los tratamientos, lo que tiene como consecuencia una descompensación de los pacientes con patologías crónicas<sup>5</sup>. Aproximadamente uno de cada 4 niños atendidos en urgencias padecían

Tabla 1 Características de los pacientes (N = 156)

	n (%)
<b>Distribución por edad</b>	
Menor de 6 meses	9 (5,8)
De 6 a 12 meses	8 (5,1)
De 1 a 3 años	45 (28,8)
De 3 a 6 años	39 (25)
De 6 a 12 años	45 (28,8)
De 12 a 16 años	10 (6,4)
<b>Distribución por sexo</b>	
Mujer	82 (52,6)
Varón	74 (47,4)
<b>Antecedentes personales</b>	
Sin interés	123 (78,8)
Patologías crónicas	33 (21,1)
Hematooncológicas	12 (7,7)
Neurológicas	5 (3,2)
Digestivas	4 (2,6)
Cardiológicas	2 (1,3)
Reumatológicas	2 (1,3)
Nefrourológicas	1 (0,6)
Otras	7 (4,5)
<b>Motivos de consulta</b>	
Fiebre	73 (46,7)
Aislada	32 (20,5)
Fiebre y síntomas respiratorios	24 (15,4)
Fiebre y síntomas digestivos	17 (10,9)
Síntomas digestivos	36 (23,1)
Lesiones cutáneas	10 (6,4)
Síntomas respiratorios	8 (5,1)
Complicaciones de enfermedades crónicas de base	7 (4,5)
Traumatismo craneoencefálico	4 (2,6)
Otros motivos de consulta	18 (11,5)
<b>Exploraciones complementarias solicitadas en urgencias</b>	
Ninguna	93 (59,6)
Análisis de sangre	42 (26,9)
Análisis de orina	17 (10,8)
Pruebas de imagen	24 (15,3)
Radiografía simple	16 (10,2)
Ecografía	7 (4,4)
TAC	3 (1,9)
Electrocardiograma	2 (1,3)

enfermedades crónicas de base, especialmente de carácter hematológico. A este respecto, en nuestro país, tanto la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica como multitud de asociaciones privadas se han unido para colaborar en proyectos de acogida y estancia de niños ucranianos con cáncer.

La evaluación del paciente febril en urgencias depende de varios factores, como son la edad, síntomas asociados, antecedentes personales y estado de vacunación. En nuestro caso, una de las principales limitaciones a la hora de valorar al niño inmigrante con fiebre fue el desconocimiento en muchos casos de su estado vacunal. El actual calendario vacunal ucraniano, vigente desde 2018, carece de cobertura específica frente a neumococo y meningococo, varicela y virus del papiloma humano, a diferencia del

español. Según los datos facilitados por el Centro Europeo para el Control y Prevención de Enfermedades la cobertura vacunal en el territorio ucraniano varía entre el 50 y 80%, convirtiendo a este grupo de niños en una población de riesgo frente a virus y bacterias infrecuentes y potencialmente graves<sup>6</sup>, como tuberculosis, VIH, hepatitis virales, sarampión, rubéola o parotiditis. Estas circunstancias condicionaron nuestra actitud en urgencias, siendo muy elevado el número de analíticas sanguíneas entre los niños que acudieron por fiebre (1:3 casos), especialmente si padecían enfermedad crónica (3:4 casos).

## Bibliografía

1. data.unhcr.org [Internet]. Ukraine Refugee Situation; 2022 [consultado 11 Abr 2022]. Disponible en: <https://data2.unhcr.org/en/situations/ukraine>
2. elmundo.es [Internet]. Rodríguez Rocas P. Madrid ya recibe a los primeros refugiados ucranianos en su centro de Vallecas; 2022 [consultado 13 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/madrid/2022/03/01/621e3c6d21efa05f758b45b3.html>
3. inclusion.gob.es [Internet]. Cifras de los dispositivos CREADE para Ucrania; 2022 [consultado 13 Abr 2022]. Disponible en: [https://public.tableau.com/views/ucrania\\_16490687789290/ucrania\\_cifras?%3AshowVizHome=no&%3Aembed=true#1](https://public.tableau.com/views/ucrania_16490687789290/ucrania_cifras?%3AshowVizHome=no&%3Aembed=true#1)
4. Kroening ALH, Dawson-Hahn E. Health Considerations for Immigrant and Refugee Children. *Adv Pediatr*. 2019;66:87–110. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yapd.2019.04.003>.
5. Murphy A, Fuhr D, Roberts B, Jarvis CI, Tarasenko A, McKee M, et al. The health needs of refugees from Ukraine. *BMJ*. 2022;377. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.o864>.
6. seipweb.es [Internet]. Taida García-Ascaso MT, Soler Simón JA, García Hortelano M. Atención sanitaria de niños procedentes de Ucrania (desde el punto de Salud Pública y Enfermedades Infecciosas). SEIP; 2022 [consultado 26 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2022/03/Documento-SEIP-Nin%CC%83os-procedentes-de-Ucrania-Marzo-31.pdf>

Sonia Milkova<sup>a</sup>, Valeria Antoñanzas Bernar<sup>b</sup>, Miguel Ángel Molina Gutiérrez<sup>a,\*</sup>, Pilar Storch-de-Gracia<sup>b</sup> y Marta Taida García-Ascaso<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Universitario Infantil Niño Jesús, Madrid, España

<sup>c</sup> Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [malacatin@hotmail.com](mailto:malacatin@hotmail.com) (M.Á. Molina Gutiérrez).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.10.007>  
1695-4033/ © 2022 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/>).

## Incremento de las intoxicaciones con fin suicida en los servicios de urgencias en España durante la pandemia COVID-19<sup>☆</sup>



### Intentional self-poisoning increase in the emergency department in Spain during the COVID-19 pandemic

Sra. Editora:

Las autolesiones y el suicidio son importantes problemas de salud pública en los adolescentes, siendo el suicidio la segunda causa más común de muerte en jóvenes en todo el mundo<sup>1</sup>. El método de tentativa suicida más empleado es la intoxicación medicamentosa voluntaria con fármacos disponibles en el propio domicilio. Con frecuencia son jóvenes con patología psiquiátrica<sup>2</sup>.

La mayoría de las consultas por intoxicación en los servicios de urgencias pediátricos (SUP) se dan en niños de corta edad tras ingestas de sustancias de forma no intencionada<sup>3</sup>. El fin suicida representa alrededor del 14% de las intoxica-

ciones atendidas en los SUP a nivel internacional<sup>4</sup> y el 7% en España<sup>3</sup>, fundamentalmente a partir de los 12 años de edad.

Durante la pandemia por COVID-19 se ha alertado sobre el incremento de los trastornos mentales tanto en la edad adulta como en población más joven<sup>5</sup>. Sin embargo, no tenemos constancia de que se haya analizado el impacto de la pandemia en las consultas en los SUP por intoxicaciones con fin suicida a nivel nacional.

El objetivo de este estudio es analizar el impacto de la pandemia sobre las consultas por intoxicaciones con fin suicida en los SUP en España.

Es un estudio basado en un registro prospectivo de las intoxicaciones registradas en 43 SUP españoles incluidos en el Observatorio Toxicológico de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría entre los años 2014 y 2021. Durante el periodo de estudio se recogieron las consultas por contactos con posibles sustancias tóxicas durante los días 13, 14 y 15 de cada mes. El método de registro ya ha sido explicado con anterioridad en esta revista<sup>6</sup>. Se consideró periodo prepandemia desde enero de 2014 hasta febrero de 2020 y periodo pandemia desde marzo de 2020 hasta diciembre de 2021. Los hospitales incluidos pueden verse en el [anexo](#). El análisis estadístico se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics for Windows, versión 23.0. IBM Corp. Armonk, NY, EE.UU. Los datos fueron expresados como media (desviación estándar) para las variables cuantitativas y como porcentajes para las categóricas. Las variables cuantitativas se compararon mediante la prueba t de Student, mientras que las variables categóricas se analizaron mediante las pruebas

<sup>☆</sup> Presentación previa del trabajo: comunicación en la XXVI Reunión SEUP. Pamplona, 16-18 de junio de 2022.