

PEDIATRICS 2005; 116:1059-1063

El reflujo gastroesofágico ácido no prolonga la apnea en el recién nacido prematuro

Apnea is not prolonged by acid gastroesophageal reflux in preterm infant

Di Fiore JM, BSEE, Arko M, RN, BSN, Whitehouse M, BS, Kimball A, MD and Martin RJ, MD.

Resumen

Objetivo. Examinar la relación temporal entre la apnea y el reflujo gastroesofágico (RGE) y evaluar su efecto sobre la duración de la apnea.

Métodos. En un total de 119 lactantes pretérmino se realizaron estudios de monitoreo cardiorrespiratorio de 12 horas de duración con pletismografía de inductancia respiratoria, medición de la frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno (SaO₂) y pH esofágico. Los estudios se calificaron según la presencia de RGE (pH < 4 por 5 segundos) y apnea de 15 o 10 segundos producida en los 30 segundos consecutivos al RGE. Se utilizó la apnea de 10 segundos para evaluar si el RGE podría prolongar la duración de la apnea.

Resultados. Se produjeron 6.255 episodios de RGE. Sólo 1% de ellos se asociaron con apneas de 15 segundos y no se observaron diferencias en las tasas de apneas antes del RGE, durante los episodios o después de ellos. Tampoco se observaron diferencias en las tasas de apneas de 10 segundos de duración antes del episodio de RGE en comparación con las producidas después de él; no obstante, se observó una disminución de los episodios de apnea inmediatamente después del RGE. La presencia de apnea durante el episodio de RGE no prolongó la duración de la apnea y el RGE no afectó la SaO₂ ni la frecuencia cardíaca durante la apnea.

Conclusión. No existen evidencias de una relación temporal entre el RGE ácido y la apnea en lactantes pretérmino. Además, el RGE no prolonga la duración de las apneas ni exacerba la disminución resultante de la frecuencia cardíaca y la SaO₂.

Comentario

Aunque el reflujo gastroesofágico (RGE) y las apneas del prematuro (ADP) pueden coexistir, este estudio nos confirma la ausencia de una relación temporal entre el reflujo ácido (pH < de 4 en el tercio inferior del esófago por más de 15 segundos) y los episodios de apnea del prematuro. El reflujo alcalino po-

dría haber sido subestimado en este estudio, ya que los prematuros suelen tener un pH gástrico > de 4 por más del 90% del tiempo.¹ Sin embargo, Peter CS y col. tampoco encontraron relación temporal entre las apneas y los reflujos ácido y alcalino utilizando la impedancia intraluminal.²

El estudio de Di Fiore y col. es importante porque reafirma una vez más que no existe evidencia de causalidad entre apneas y RGE luego de analizar 6.255 episodios de RGE en 119 prematuros con peso < 1.500 gramos. Por lo tanto, en presencia de las ADP, no es necesario efectuar estudios complejos y costosos para diagnosticar RGE ni indicar la administración indiscriminada de medicación antirreflujo que, en el prematuro, puede tener efectos adversos; por ejemplo, cisaprida: efectos cardiotóxicos y ranitidina: incremento de la incidencia de enterocolitis necrosante.³ Lamentablemente, estas dos prácticas aún son muy usuales en las unidades neonatales.

Dr. Alejandro Jenik
Servicio de Neonatología
Hospital Italiano de Buenos Aires

1. Poets C. Gastroesophageal reflux: A critical review of its role in preterm infants. *Pediatrics* 2004; 113:e128-e128.
2. Peter CS. Gastroesophageal reflux and apnea of prematurity. No temporal relationship. *Pediatrics* 2002; 109:8-11.
3. Guillet R. Association of H2-blocker therapy and higher incidence of necrotizing enterocolitis in very low birth weight infants. *Pediatrics* 2006; 117:e137-e142.

ANZ J. SURG. 2006; 76: 48-52

Manejo actual de las contusiones esplénicas en niños

Current management of blunt splenic trauma in children

Thompson SR y Holland AJA.

Resumen

Introducción. El manejo no quirúrgico de la gran mayoría de las contusiones esplénicas en niños es actualmente la práctica de rutina. Continúa el debate sobre la necesidad de admisión a la unidad de cuidados intensivos (UCI), el seguimiento con imágenes y la duración de las restricciones a la actividad física después de la lesión. El propósito de este estudio fue revisar la experiencia reciente con los traumatismos esplénicos de un Centro Pediátrico de Trauma australiano para definir la práctica actual.

Métodos. Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes con traumatismos esplénicos

que ingresaron al Hospital de Niños de Westmead entre noviembre de 1995 y diciembre de 2003.

Resultados. Se identificaron en total 39 pacientes con contusiones esplénicas: 20 (51%) presentaban lesiones múltiples. Treinta y tres (85%) se manejaron con procedimientos no quirúrgicos. El método de diagnóstico por imágenes más utilizado inicialmente fue la tomografía computarizada (n= 28,72%). Catorce pacientes (36%) ingresaron a la UCI, con una duración media de la internación en esa unidad de 4,1 días (rango, 1-13 días). La duración media de la internación global fue de 10,8 días (rango, 1-43 días). En diecinueve pacientes (50%) se realizaron estudios de imágenes después del diagnóstico pero antes del alta. Se realizaron nuevos estudios después del alta en 21 casos (54%). No se produjeron fallecimientos, pero 10 pacientes presentaron complicaciones. La restricción media documentada de la actividad fue de 7,4 semanas (rango, 1-16 semanas).

Conclusión. La mayoría de los niños que experimentaron contusiones esplénicas se manejaron en forma segura sin tratamiento quirúrgico fuera de la UCI. En pacientes estables, los estudios de imágenes repetidos después del diagnóstico de trauma esplénico no ofrecerían beneficios. La restricción de la actividad física mayor de 3-4 semanas no estaría justificada.

Comentario

Si bien el tratamiento no quirúrgico de la mayoría de los traumatismos esplénicos cerrados es una rutina establecida, los autores del presente trabajo plantean definir estrategias de manejo en cuanto a la admisión en unidad de cuidados intensivos (UCI), seguimiento con estudios por imágenes seriados y restricción de actividad física al alta, ya que no hay consenso uniforme para todos estos parámetros.

Así, realizaron un trabajo retrospectivo comparando la experiencia australiana con las guías americanas. Las pautas validadas hasta el momento presentan limitaciones prácticas ya que suponen la estabilidad hemodinámica y asumen lesiones esplénicas aisladas.

En este caso, incluyeron el manejo de pacientes con lesiones múltiples y con grados más graves de lesión esplénica.

El trabajo permite concluir que en la población estudiada, el ingreso a la UCI se restringe a pacientes con compromiso hemodinámico, que el seguimiento con imágenes reiteradas no modifica el manejo ni orienta sobre el pronóstico, y que la restricción de la actividad física es considerablemente inferior a lo establecido.

El desarrollo de algoritmos de manejo y patrones de práctica validados es relevante en nuestro medio, ya que el traumatismo abdominal cerrado, causa común de trauma es-

plénico, es motivo relativamente frecuente de consulta en salas de urgencia pediátrica.

Dra. María José Chiolo
Hospital Gral. de Niños "Dr. P. de Elizalde"

J CHILD NEUROL 2006; 21:45-48

Uso excesivo de medicación contra las cefaleas en niños: ¿Es necesario el tratamiento preventivo inicial?

Medication-Overuse headache in children: is initial preventive therapy necessary?

Kossoff EH, MD, Mankad DN, MPH, MBBS.

Resumen

Las cefaleas crónicas diarias pueden ser un problema de difícil resolución, tanto en niños como en adultos. Más de la mitad de los casos de cefaleas crónicas diarias en adultos se atribuyen al uso excesivo de medicación y el tratamiento consiste en la discontinuación de los analgésicos. Debido a que muchos pacientes también reciben tratamiento preventivo en el momento de retirar los analgésicos, es difícil determinar si la discontinuación sola es el tratamiento más efectivo. Se realizó un estudio retrospectivo para evaluar la evolución de 43 niños (de 6 a 17 años de edad) con cefalea por uso excesivo de medicación 1 mes después de la suspensión de los analgésicos: 20 niños recibieron dosis diarias de una medicación preventiva y 23 no recibieron ninguna medicación con esas características. La disminución de las cefaleas se evaluó 1 mes después. No se observaron diferencias en los porcentajes, con disminución de las cefaleas de 90% o más al mes en los niños tratados con suspensión de los analgésicos solamente y en aquellos que recibieron medicación preventiva (57% contra 50%, respectivamente). No se observaron influencias de la edad, el sexo, el uso de triptanos como agentes de rescate o de cafeína sobre la evolución. La duración previa de las cefaleas mayor de 2 años se correlacionó negativamente con la evolución general. Recomendamos la discontinuación de los analgésicos en todos los niños con cefalea por uso excesivo de medicación, sin necesidad de iniciar simultáneamente la administración diaria de agentes preventivos. Si las cefaleas persistieran al cabo de un mes podrían agregarse tales agentes.

Comentario

Se considera cefalea crónica diaria cuando un paciente presenta más de 15 episodios por mes sin patología grave subya-

cente. Es frecuente en pacientes con migraña o cefalea tensional. Reconoce varios mecanismos, pero el efecto rebote de analgésicos es de los más frecuentes (cefalea analgésica, por rebote o por uso excesivo de medicación). Todos los medicamentos pueden ocasionarla, con más frecuencia triptanos y derivados de la ergotamina, aunque también se ha observado con aspirina, ibuprofeno y cafeína. Sus criterios diagnósticos son: cefalea diaria o casi diaria, en un paciente que usa analgésicos más de 5 veces por semana, pero puede mejorar con la interrupción del tratamiento.

En este trabajo los autores evaluaron dos grupos de pacientes con cefalea por uso excesivo de medicación en los que se suspendió toda medicación analgésica durante un mes: un grupo recibió medicación preventiva diaria (amitriptilina) y el otro no. En ambos grupos la reducción de la frecuencia de las cefaleas fue similar. Los autores sugieren utilizar medicación preventiva sólo en aquellos casos con persistencia del síntoma al suspender la medicación abortiva.

Es importante que padres y pacientes conozcan este efecto del uso frecuente de analgésicos y controlen su utilización, especialmente en el grupo de adolescentes.

Dr. Hugo A. Arroyo

Servicio de Neurología

Hospital de Pediatría "Prof. Dr. J. P. Garrahan"

ARCH. DIS. CHILD, PUBLISHED ONLINE 4
JUL 2006

Percepciones de los padres acerca de la participación de sus hijos en estudios de investigación clínica

Parents' perceptions of their infants' participation in clinical research

Gammelgaard A, Knudsen LE, Bisgaard H.

Resumen

Objetivo: Analizar las motivaciones y percepciones de los padres acerca de la participación de sus hijos lactantes y de primera infancia en un estudio invasivo de investigación clínica.

Métodos: Se realizaron entrevistas semiestructuradas cualitativas con 23 madres de lactantes y niños asmáticos pequeños que participaron en el estudio COPSAC (Copenhagen Prospective Study on Asthma in Childhood [Estudio Prospectivo de Asma en la Infancia de Copenhague]). Se realizaron grabaciones del audio de las entrevistas, que posteriormente se transcribieron y analizaron mediante el método de análisis de plantillas.

Resultados: Las motivaciones de los padres fueron el altruismo y la oportunidad de controles regulares de sus hijos con médicos expertos para prevenir el posible desarrollo de asma. Los padres consideraron que era muy importante que sus hijos

disfrutaran su visita al centro de investigación y señalaron que los habrían retirado del estudio si hubiesen reaccionado negativamente a esas visitas. No se observaron diferencias evidentes en la actitud de los padres de niños que padecían síntomas pulmonares y cutáneos y los de niños sanos.

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que es posible diseñar y llevar a cabo estudios invasivos de investigación clínica con lactantes y niños pequeños en una forma que los padres consideren éticamente adecuada.

Comentario

Los autores presentan la percepción de los padres sobre la participación de sus hijos en un estudio de investigación donde se realizaron diversos procedimientos que en algunos incluía sedación y análisis.

Las madres remarcaron el cuidado puesto por la institución para crear un ambiente confortable y la calidad de la información recibida. A pesar de ser un estudio no terapéutico y no esperar beneficios directos, los padres valoraron el beneficio de ser atendidos en forma personalizada en un centro capacitado. A 3 años de iniciado el estudio 90% de los niños seguían participando. La investigación en niños es prioritaria. Existe un doble estándar donde está permitido el uso de fármacos (off-label), basado en estudios en adultos o consensos, pero se considera éticamente problemática la realización de estudios que avalen estas indicaciones. Se ha demostrado que aquellos que participan en estudios clínicos presentan menor mortalidad y menor número de complicaciones. La no realización de estudios clínicos en niños los priva de mejores y novedosos tratamientos y aún peor, los expone al riesgo de sufrir eventos adversos no encontrados en adultos.

Este estudio señala la factibilidad de realizar estudios complejos, no terapéuticos, si se cuenta con personal capacitado que brinda contención y valoriza la relación interpersonal fomentando la amplia discusión con los padres.

Dr. Jaime Altcheh

Parasitología-Chagas. Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Subcomisión de Investigación Pediátrica SAP

J PEDIATR 2005; 147(6):761-7

Errores potenciales de dosificación de la medicación en pacientes pediátricos ambulatorios

Potential medication dosing errors in outpatient pediatrics

McPhillips HA, Stille CJ, Smith D, Hecht J, Pearson J, Stull J, Debellis K, Andrade S, Miller M, Kaushal R, Gurwitz J, Davis RL.

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de errores de dosificación potenciales en la medicación indicada a los niños para 22 medicamentos comunes.

Diseño del estudio: Mediante el empleo de datos automatizados de las farmacias de tres organizaciones para el mantenimiento de la salud (OMS), seleccionamos al azar 120 niños a quienes se les había entregado una receta para cada medicamento en estudio, con lo que obtuvimos 1933 sujetos. Los errores se definieron como sobredosis o subdosis potenciales. La tasa de error en dos OMS que utilizan prescripciones en papel se comparó con la de una OMS que utiliza prescripciones electrónicas.

Resultados: Aproximadamente 15% de los niños recibieron una prescripción de medicación con un error de dosificación potencial: 8% eran sobredosis potenciales y 7%, subdosificaciones potenciales. Entre los niños con pesos inferiores a 35 kg sólo 67% de las dosis se prescribieron de acuerdo con los rangos de dosificación recomendados y más de 1% recibieron una prescripción con una dosis más de dos veces superior a la máxima recomendada. Las sobredosificaciones potenciales más probables correspondieron a los analgésicos (15%), mientras que con los antiépilépticos se observó mayor probabilidad de subdosificación (20%). Las tasas de errores potenciales no fueron más bajas en el centro que utilizó el sistema de prescripción electrónica.

Conclusiones: Los errores potenciales de dosificación son frecuentes en la práctica pediátrica ambulatoria. Se requieren estudios sobre el impacto clínico de estos errores potenciales y estrategias efectivas para prevenir estos errores.

Comentario

Los errores de medicación son los más frecuentes en la práctica cotidiana, principalmente en pacientes internados. En los niños,¹ y en especial en recién nacidos,² el proceso de la medicación es complejo, por lo cual los errores, y sus potenciales eventos adversos, tienen repercusiones más graves.

Este es el primer estudio que se ocupa del impacto potencial de los errores de medicación en el ámbito ambulatorio, donde se hace más difícil establecer los eventos adversos. A pesar de que las medicaciones que los pediatras manejamos en el área ambulatoria en forma habitual incluyen menos de 30 medicamentos, existe la posibilidad de cometer errores en su dosificación.

Los autores encontraron que en el 15% de las prescripciones existían errores y que en 1 de cada 5 niños menores de 4 años que hubieran recibido cualquier tipo de medicación hubo errores y en 1 de cada 6 niños que recibieron antiinflamato-

rios no esteroides la dosificación fue incorrecta.

Aunque se discute si los sistemas electrónicos para la prescripción pueden disminuir o aumentar los errores de medicación, en este caso no se encontraron diferencias y esto puede deberse a que estos sistemas todavía no incluyen la compleja dosificación utilizada en pediatría.

Dra. Paula Otero

Servicio de Clínica, Departamento de Pediatría
Comité de Seguridad del Paciente
Hospital Italiano de Buenos Aires

1. Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F, Goldmann DA. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *JAMA*. 2001; 285(16):2114-20.
2. Simpson JH, Lynch R, Grant J, Alroomi L. Reducing medication errors in the neonatal intensive care unit. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004; 89(6):F480-2.

J INFECT DIS 2006; 193(11):1544-51

Impacto de la infección con metapneumovirus humano y otros virus respiratorios en lactantes y niños pequeños con alto riesgo de desarrollar enfermedad pulmonar grave

The impact of infection with human metapneumovirus and other respiratory viruses in young infants and children at high risk for severe pulmonary disease

Klein MI, Coviello S, Bauer G, Benítez A, Serra ME, Schiatti MP, Delgado MF, Melendi GA, Novalli L, Pena HG, Karron RA, Kleeberger SR, Polack FP.

Resumen

Realizamos un estudio prospectivo, observacional, para definir las manifestaciones clínicas de las infecciones respiratorias causadas por metapneumovirus humano (MPVh) y otros virus en 194 lactantes prematuros y niños pequeños con enfermedad pulmonar crónica o cardiopatías congénitas en Buenos Aires. Los niños presentaron 567 episodios de enfermedad respiratoria y se controlaron hasta los 2 años de edad o hasta la finalización del estudio. El MPVh fue la causa de 12 infecciones (2%) en todo el año: 30% de ellas fueron moderadas. El virus Parainfluenza tipo 3 humano provocó 24 infecciones (4%) y 5 (25%) de 20 infecciones pulmonares culminaron con hospitalización. El virus sincicial respiratorio (VSR) fue la causa de 33 episodios—17% de las infecciones y 32% de las hospitalizaciones durante la estación de infecciones respiratorias. Ninguno de los 10 niños infectados con virus influenza

presentó enfermedad grave. El presente estudio, realizado en niños en riesgo, sugiere que el MPVH y el virus influenza son agentes infrecuentes de enfermedad grave y resalta la necesidad de implementar intervenciones preventivas contra el VSR en los países en vías de desarrollo.

Comentario

Qué se sabe de este tema: Las infecciones respiratorias agudas (IRA) tienen un desarrollo más agresivo en lactantes con factores de riesgo (displasia broncopulmonar, cardiopatías congénitas). Desde que se identificó el metapneumovirus humano (MPVH)¹ se lo ha mencionado como frecuente responsable de infección respiratoria aguda en niños, con un patrón clínico similar al virus sincicial respiratorio (VSR),² aunque hay poca información sobre su comportamiento en poblaciones de riesgo.

Qué agrega este trabajo:

Este trabajo pone en evidencia que la prevalencia de MPVH, al menos en poblaciones de riesgo, ha sido sobrevalorada, alcanzado sólo al 2% de los episodios de IRA y 1% de las internaciones por esa causa.

De igual forma, reafirma el papel que tiene el VSR, tanto en prevalencia como en magnitud de la enfermedad en esta población, especialmente en invierno, cuando causa hasta 17% de los episodios y 16% de las internaciones.

Finalmente, es de destacar el hallazgo del virus Parainfluenza como importante responsable de enfermedad en la población estudiada.

Dr. Fernando Ferrero
Docencia e Investigación

Hospital de Niños Pedro de Elizalde, Buenos Aires

1. van den Hoogen BG, de Jong JC, Groen J, Kuiken T, de Groot R, Fouchier RA, Osterhaus AD. A newly discovered human pneumovirus isolated from young children with respiratory tract disease. *Nat Med* 2001; 7(6):719-24.
2. Williams JV, Harris PA, Tollefson SJ, Halburnt-Rush LL, Pingsterhaus JM, Edwards KM, Wright PF, Crowe JE Jr. Human metapneumovirus and lower respiratory tract disease in otherwise healthy infants and children. *N Engl J Med*. 2004; 350(5):443-50.

PEDIATR PULMONOL. 2005; 40:205-210

Hallazgos endoscópicos en niños con apnea obstructiva del sueño: Efectos de la edad y de la hipotonía

Endoscopic findings in children with obstructive sleep apnea: Effects of age and hypotonia

Goldberg S, MD, Shatz A, MD, Picard E, MD, Wexler I, MD, Schwartz S, MD, Swed E, Zilber L, and Kerem E, MD.

Resumen

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (AOS) es un trastorno frecuente en niños y a menudo se asocia con morbilidad significativa. Sus causas se relacionan con anomalías fijas de la vía aérea superior como hipertrofia adenoamigdalina o con anomalías dinámicas, como laringomalacia o colapso de la pared faríngea. El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de anomalías dinámicas de la vía aérea superior, de acuerdo con los hallazgos endoscópicos, en niños normotónicos e hipotónicos con AOS documentada con estudios polisomnográficos. Se revisaron los registros de 39 niños consecutivos con AOS en quienes se realizó broncoscopia (22 con tono normal y 17 con hipotonía). La prevalencia de defectos dinámicos en niños con tono normal disminuyó con la edad. Los 7 pacientes menores de 1 año presentaban anomalías dinámicas (aisladas o dinámicas/fijas combinadas), en comparación con sólo 66% (6/9) de los niños entre 1 y 2 años y 17% (1/6) de aquellos mayores de 2 años. Por el contrario, las anomalías dinámicas fueron muy frecuentes en los niños hipotónicos, independientemente de su edad. Debido a que los niños con defectos dinámicos tienen menos probabilidades de responder a los tratamientos quirúrgicos, sería adecuado identificar a estos pacientes antes de cualquier intervención. Como la frecuencia de defectos dinámicos en lactantes (menores de 1 año) y niños hipotónicos es mayor, podría ser adecuado incluir la endoscopia como parte de las evaluaciones diagnósticas de la AOS en estos subgrupos.

Comentario

La apnea del sueño es un trastorno caracterizado por episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior asociados con trastornos del sueño, ronquido, alteraciones conductuales, hipoxemia intermitente e hipercapnia. En algunos casos puede comprometer la vida. Obedece a múltiples causas anatómicas, funcionales o de ambos tipos. La adenoamigdalectomía es una de las modalidades terapéuticas más frecuentemente empleadas para aliviar la obstrucción de la vía aérea. Este procedimiento puede ser curativo hasta en 80% de los pacientes. El estudio fue diseñado para determinar si existe correlación entre las alteraciones funcionales de la vía aérea superior, el tono muscular y la edad, en niños con apnea del sueño confirmada por polisomnografía. Se observó que en los niños con tono muscular normal, las anomalías funcionales son más frecuentes en los menores de 2 años (100% en menores de 1 año). En los mayores, la prevalencia de alteraciones funcionales aumenta en los hipotónicos (83 contra 17%). La frecuencia de trastornos fijos se incrementa con la edad en ambos grupos. El examen fibroendoscópico mostró el valor de

este método para evaluar las alteraciones anatómicas o funcionales de la vía aérea superior y seleccionar cuidadosamente a aquellos que pueden beneficiarse de un procedimiento quirúrgico. Es de interés tener en cuenta que un 20% de los estudios endoscópicos fueron normales.

Dr. Hugo Botto
Dr. Carlos Tiscornia
Servicio de Endoscopia Respiratoria
Hospital de Pediatría "Prof. Dr. J. P. Garrahan"

ANESTHESIOLOGY 2005; 103: 855-9

Las consultas clínicas prequirúrgicas reducen suspensiones y retrasos en el quirófano

Preoperative clinic visit reduce operating room cancellations and delays

Ferschl MB, Tung A, Sweitzer BJ, Huo D, Glick DB.

Resumen

Introducción: Los centros de medicina preoperatoria dirigidos por anestesiastas se utilizan para preparar a los pacientes para la administración de la anestesia y el acto quirúrgico. Los estudios han demostrado que estos centros reducen las pruebas y consultas preoperatorias, pero pocos han analizado su influencia en el día de la intervención. Los autores evaluaron si una visita a un centro de medicina preoperatoria y anestésica (CMPA) reducía las cancelaciones de intervenciones en el día de la operación y los retrasos en el quirófano.

Métodos: Los autores realizaron una revisión retrospectiva de las historias clínicas de todos los casos quirúrgicos durante un período de seis meses en los Hospitales de la Universidad de Chicago. Se establecieron referencias cruzadas entre las cancelaciones y retrasos en el inicio del acto quirúrgico durante el período estudiado y la base de datos de los pacientes de quirófanos generales y de unidades de internación quirúrgica que otorgaban el alta en el mismo día que concurren al CMPA. El impacto de la visita al centro sobre las cancelaciones y los retrasos en ambos tipos de quirófanos se analizaron por separado.

Resultados: Se incluyeron en total 6.524 casos

elegibles. En la unidad de internación quirúrgica de 1 día, se produjeron cancelaciones en 98 de 1.164 (8,4%) pacientes evaluados en el CMPA, contra 366 de 2.252 (16,2%) en el grupo no evaluado en el CMPA ($P < 0,001$). En los quirófanos generales, se produjeron cancelaciones en 87 de 1.631 (5,3%) evaluados en el CMPA, contra 192 de 1.477 (13%) pacientes que no concurren al centro ($P < 0,001$). Para ambas áreas quirúrgicas, los pacientes del CMPA presentaron un tiempo de ingreso al quirófano significativamente menor que los no evaluados en el CMPA.

Conclusiones: Una evaluación en el CMPA puede influir significativamente en las cancelaciones y retrasos en el día de la cirugía.

Las consultas clínicas prequirúrgicas reducen suspensiones y retrasos en el quirófano.

Comentario

La suspensión de una cirugía programada perjudica emocionalmente al paciente y a su familia y produce importantes pérdidas de recursos hospitalarios.

Un anestesiólogo, un clínico entrenado o ambos deben realizar la consulta clínica prequirúrgica (CCPQ). El objetivo es preparar adecuadamente al paciente y elaborar un plan anestésico. Debe incluir una anamnesis detallada especialmente en comorbilidades y antecedentes anestésicos individuales y familiares, examen físico, exámenes complementarios e interconsultas.

Este trabajo se propone demostrar que la CCPQ disminuye el número de suspensiones y retrasos en quirófano.

La decisión de enviar al paciente a la CCPQ es del cirujano, que en general deriva a los pacientes de mayor edad, con mayor comorbilidad y complejidad operatoria. A pesar de ello, en el estudio se demostró claramente que, entre los pacientes evaluados en CCPQ, el número de suspensiones fue significativamente menor.

Todos los pacientes con cirugía programada, deberían acceder a una CCPQ. Si esto no fuera posible se deberá enviar a los de mayor complejidad y morbilidad perioperatoria.

La optimización del uso de los quirófanos beneficia a los pacientes, al equipo tratante y a la institución. Se deberá analizar el problema según la organización de cada institución y buscar las soluciones acordes.

Dra. Ana M. Fernández Ruiz
Consultorio Prequirúrgico
Hospital de Pediatría "Prof. Dr. J. P. Garrahan"