

- “Estudio comparativo entre el consejo médico y la terapia grupal cognitivo conductual en el tratamiento de la obesidad infantojuvenil”. *An Esp Pediatr* 1997; **47**:135-143.
- 6 Dalmáu J: “Fisiopatología y tratamiento de la obesidad”. *An Esp Pediatr* 1996; supl **76**:29-33.
- 7 Epstein LH; Valoski A; Wing RR; McCurley J: “Ten-year follow-up of behavioral, family-based treatment for obese children”. *JAMA* 1990; **264**:2519-2523.

- 8 Stunkard AJ; Berkowitz RI: “Treatment of obesity in children”. *JAMA* 1990; **264**:2550-2551.
- 9 Braet C; Van Winckel M; Van Leeuwen K: “Follow-up results of different treatment programs for obese children”. *Acta Pediatr* 1997; **86**:397-402.
- 10 Must A: “Morbidity and mortality associated with elevated body weight in children and adolescents”. *Am J Clin Nutr* 1996; **63** (suppl):445S-447S.

P.J. Ruiz Lázaro

An Esp Pediatr 1998;48:328.

Sr. Director:

He leído con interés el debate surgido en esta sección de la revista entre miembros del Departamento de Pediatría del Hospital Universitario de Alicante y el Dr. Sarría en relación a la hospitalización inapropiada^(1,2). Se afirma que son infrecuentes los estudios en Pediatría y que el Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol (PAEP), con todas sus limitaciones debe ser bienvenido. En este contexto, debo recordar que el Departamento de Pediatría del Hospital Clínico de Zaragoza fue uno de los pioneros en el uso del PAEP en España. En 1994, se realizó un estudio para valorar la aplicabilidad del PAEP en nuestro medio, que fue presentado en la XXV Reunión Anual de la Asociación Española de Pediatría⁽³⁾. La estrategia consistió en: 1) traducción del cuestionario propuesto por Kreger para investigar la estancia inapropiada⁽⁴⁾ y estudio de la validez de construcción mediante revisión por expertos; 2) aplicación del PAEP-estancias a una muestra de 145 historias clínicas de niños entre 6 meses y 14 años ingresados en el departamento de Pediatría entre enero y mayo de 1994; y 3) estudio de concordancia entre observadores mediante el coeficiente kappa. Los expertos fueron médicos del propio hospital. Todos opinaron que el PAEP podría ser útil para medir el uso adecuado de los servicios pediátricos hospitalarios. Propusieron como criterios de estancia apropiada a añadir a los ya incluidos en el cuestionario de Kreger: a) realización de cirugía menor (no quirófono), b) factores familiares (maltrato, desatención, imposibilidad de control terapéutico domiciliario), c) realización de pruebas complementarias problemática por vía ambulatoria, d) contrato terapéutico (anorexia nerviosa), y d) falta de resultados de pruebas imprescindibles

Estancia inapropiada según el *Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol*. Estudio en un servicio de pediatría español

para diagnóstico y tratamiento ulterior. Excluirían como criterio la realización el mismo día de punción lumbar o de endoscopia. Considerando una estancia apropiada el cumplir alguno de los criterios del PAEP, se encontró una estancia inapropiada del 20 %. Los motivos fueron los siguientes: 1) realización de pruebas complementarias posibles ambulatoriamente (9%), 2) retraso en la recepción de resultados de pruebas (5%), 3) admisión prematura ante intervenciones quirúrgicas o pruebas diagnósticas (3%), 3) alargamiento de la estancia por posición conservadora del médico (2%) y 4) motivos sociales (1%). El coeficiente kappa de fiabilidad interobservador fue excelente (0,89). Estos resultados son mayores que los observados por Kreger (13,3%)⁽⁴⁾, aunque similares a los de Kemper (21,4%)⁽⁵⁾. Analizando las causas de estancia inapropiada se puede concluir que la decisión de mantener ingresado a un niño no depende siempre en nuestro medio de criterios estrictamente clínicos. Hoy en día, la optimización de los recursos es imprescindible, y métodos como el PAEP aportan en esta empresa información distinta de los indicadores habituales (estancia media, % de ocupación, etc.).

Bibliografía

- González de Dios J, Mateos Hernández MA, González Casado I: Hospitalización inapropiada: un marcador de calidad asistencial. *An Esp Pediatr* 1997; **46**:521-524.
- Sarría A: Réplica. *An Esp Pediatr* 1997; **46**:524-525.
- Ruiz Lázaro PJ, Ortega Soria R, Moliner Lahoz J: Investigación del uso inapropiado de la hospitalización en Pediatría. Comunicación oral. Barcelona: XXV Reunión Anual de la Asociación Española de Pediatría, 1994.
- Kreger BE, Restuccia JD: Assessing the Need to Hospitalize Children: Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol. *Pediatrics* 1989; **84**:242-247.
- Kemper KJ.: Medically inappropriate hospital use in a pediatric po-

Pediatra. Insalud. Logroño.

Correspondencia: P.J. Ruiz Lázaro,

C/ Duques de Nájera, 61, 1ªA. 26005 Logroño

J. González de Dios

An Esp Pediatr 1998;48:329.

Respecto a la Carta al Director de Dr. P.J. Ruiz Lázaro titulada "Estancia inapropiada según el Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol. Estudio en un servicio de pediatría español" que hace referencia a una Carta al Director previa firmada por nosotros, no considero preciso escribir más comentarios al respecto.

Creo que el trabajo del Dr. P.J. Ruiz Lázaro apoya el hecho, argumentado por nosotros, de que este tipo de estudios será bienvenido. El no haber incluido en la bibliografía este trabajo se debe a que fue una comunicación publicada en el Libro de Actas del Congreso de Pediatría del año 1994 y, por lo tanto,

Departamento de Pediatría. Hospital Universitario San Juan.
Facultad de Medicina. Alicante.

Réplica

no fácilmente recuperable en la búsqueda informatizada en una base de datos sobre bibliografía nacional e internacional. Lamento, en cualquier modo, esta omisión, pues soy muy respetuoso con la bibliografía de nuestro país.

Mi felicitación al Dr. P.J. Ruiz por su trabajo, pues creo que es labor de todos los pediatras adentrarnos en campos de la gestión hospitalaria. Las peculiaridades de nuestra especialidad la convierten en un terreno propicio para que seamos perjudicados por los clásicos indicadores de calidad hospitalaria, especialmente si dichos datos son gestionados por profesionales sin sensibilidad pediátrica.

Quisiera que estos comentarios llegaran al Dr. P.J. Ruiz, pero no considero que deban adoptar la forma de una Carta al Director. El espacio de las revistas biomédicas es limitado, y conviene seleccionar los artículos.

M. Medrano San Ildefonso, M. Ferrer
Lozano, I. Pastor Mourón

An Esp Pediatr 1998;48:329-330.

Sr. Director:

Recientemente, se ha introducido el término «Nodulosis acelerada» para denominar una complicación del tratamiento con metotrexato en pacientes adultos con artritis reumatoide, consistente en la aparición de un gran número de nódulos en breve período de tiempo en relación con el tratamiento con dosis bajas de metotrexato⁽¹⁻³⁾.

El metotrexato es un fármaco seguro y eficaz⁽⁴⁾ y es en la actualidad ampliamente utilizado en el tratamiento de las distintas formas de artritis crónica juvenil (ACJ). Sin embargo, son muy pocos los casos de nodulosis por metotrexato referidos en la literatura, en niños con ACJ⁽⁵⁾.

Departamento Reumatología Infantil. Hospital Infantil «Miguel Servet».
Zaragoza.

Correspondencia: Marta Medrano San Ildefonso
C/ Condes de Aragón 20, 4º D. 50009 Zaragoza.

Nodulosis acelerada por metotrexato en artritis crónica juvenil poliarticular

Presentamos el caso de una niña diagnosticada de ACJ poliarticular seropositiva que desarrolló nódulos de forma rápida durante el tratamiento con metotrexato.

Observación clínica

Niña de 14 años de edad, diagnosticada en otro centro de ACJ poliarticular seropositiva, en tratamiento con naproxeno, acude a la consulta por persistencia de la clínica y progresiva limitación para las actividades de la vida diaria. A la exploración se observan signos inflamatorios e impotencia funcional en muñecas, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y codos, de forma bilateral y simétrica; sobre olecranon derecho se palpa un nódulo subcutáneo blando, no doloroso y no adherido a planos profundos. En la analítica destacan: una VSG de 40 mm y la presencia de factor reumatoide positivo (640 UI). Radiológicamente, únicamente se objetiva un aumento de partes blandas y osteopenia periarticular sin erosiones. Iniciamos