



Editorial

HSJD, a prop teu

• Hospital Líquid

Des del concepte d'un hospital que surt de les seves parets físiques i participa amb altres ens en l'atenció a la salut, les noves tecnologies faciliten aquesta estratègia. Us expliquem el projecte Hospital Líquid de HSJD.

Coneixement professional

• Actualización sobre lactancia materna

Este artículo es una puesta al día de las ventajas que representa la lactancia materna.

• Grups d'ajuda mútua per la criança durant el primer any de vida

Aquesta article explica una experiència de desenvolupament de Grups d'Ajuda Mútua liderats per una infermera comunitària en l'àmbit de Pediatria que tracten de minimitzar l'estrès derivat de la criança del bebè.

• Protocolo sobre manejo de las bronquiectasias

• Caso clínico: cianosis

Actualitat

• Comencen les primeres Infermeres Internes Residents a HSJD

Què hi ha de nou en Vincles?

• L'equip pediàtric de l'Alt Penedès a les xarxes socials

Des del passat 1 de juny, l'Equip Pediàtric Alt Penedès s'ha incorporat a la blogosfera mitjançant un blog d'informació exclusivament pediàtrica.

• CAPIBE: una iniciativa per a la millora de l'atenció pediàtrica a la Barcelona Esquerra

Fruit de l'aliança entre tots els proveïdors d'atenció pediàtrica de Barcelona Esquerra, es planteja posar en marxa un seguit d'iniciatives de millora que s'ubicaran al nou edifici que Sant Joan de Déu ha construït al carrer Numància.

Formació continuada

• Cursos Àula de Pediatria HSJD

Ciència i humanitat

• Reseña libro: "Práctica centrada en el paciente" del Dr. Francesc Borrell

Aquest llibre repassa aquell elements de coneixement de la naturalesa humana que cal tenir presents en la pràctica clínica diària per ser un bon professional de la salut.

• Aprender de los errores

En aquest article repassem el tema dels incidents que es produeixen durant l'atenció sanitària i de la manera de minimitzar-los. Però també reflexionem de com hauria de ser la comunicació d'aquests incidents envers els ciutadans.

El racó d'en Santi

• 5 consells KidsHealth / Recurs de xarxa

• ¿Sabe lo que es un "zebra-case"?



En que aquest número 11 de la revista *Nous Vincles* hem inclòs una grup d'articles entre els quals us volem destacar alguns d'ells:

Pensem interessant fer conèixer el projecte d'Hospital Líquid de HSJD, que planteja incorporar les TIC com a eina per superar les parets físiques i facilitar la col·laboració amb tots els proveïdors d'atenció pediàtrica a Catalunya.

Ens interessa també molt destacar l'article sobre els grups d'ajuda mútua per a la criança durant el primer any de vida, treball efectuat des de la infermeria d'atenció primària. Us animem a fer-nos arribar a la nostra redacció experiències semblants que sigui adient poder difondre.

Us destaquem l'experiència de l'Equip Pediàtric de l'Alt Penedès, que ha posat en marxa un blog d'informació pediàtrica.

També volem subratllar l'article sobre el projecte de desenvolupament d'un dispositiu d'atenció pediàtrica a Barcelona Esquerra, que haurà de permetre integrar pediatres d'urgències, de primària i especialistes per poder millorar la qualitat de l'atenció que es presta en aquest territori, sense increment de recursos.

I en el Racó del Santi, els plantejem una pregunta: sabeu que és un "zebra-case"?

Us agrairíem que ens féssiu arribar les vostres opinions i, especialment, els vostres suggeriments de millora al correu jvega@hsjdbcn.org.

Josep Lluís Vega
Comitè de Redacció de *Nous Vincles*



L'Hospital Sant Joan de Déu, a prop teu

L'Hospital Sant Joan de Déu impulsa "l'Hospital Líquid" per facilitar l'intercanvi de coneixements entre professionals .



Les noves tecnologies ens permeten superar les barreres físiques de l'Hospital per atendre els pacients allà on siguin, a casa seva, però també per estendre els coneixements mèdics i fomentar-ne l'intercanvi entre els professionals de diferents àmbits i territoris.

Actualment, l'Hospital Sant Joan de Déu imparteix cursos per internet –**e-learning**– i ofereix la possibilitat a professionals de tot el món d'assistir a cursos presencials que es fan al centre sense necessitat de desplaçar-se al nostre centre, via webcasting.

A més, des de fa més d'un any té en marxa el programa "**5 minuts**", que permet als professionals d'infermeria del centre actualitzar coneixements, aprendre noves tècniques i reflexionar sobre la pròpia feina en unes sessions de curta durada, que poden seguir sense moure's del seu lloc de feina, mitjançant webcast. Durant cinc minuts el professional

referent en un tema concret exposa la informació clau i els professionals que segueixen la sessió tenen l'oportunitat de fer-li preguntes. Aquestes sessions també les poden veure en diferit altres professionals al [web de l'Hospital](#).

Aquests projectes s'inclouen dins d'una iniciativa molt ambiciosa que, sota el nom d'**Hospital Líquid**, ha impulsat el nostre centre gràcies a un ajut del Plan Avança del Ministeri d'Indústria, Turisme i Comerç, i comprèn també projectes dirigits als pacients, a altres hospitals i a la societat en general.

Pel que fa als projectes dirigits a pacients, l'Hospital Sant Joan de Déu està treballant en la creació d'un **portal** on els pacients i les seves famílies puguin tenir accés, sense haver de sortir de casa, als resultats de determinades proves i informes. Aquest portal també preveu incorporar serveis de **teleassistència** com **consulta online**, **teleconsulta**, **telemonitorització** i **telerehabilitació**.

Entre les iniciatives que ja s'han portat en marxa, hi ha el **portal interactiu Guia metabòlica** en el qual les famílies de nens afectats d'errors congènits del metabolisme poden trobar informació acurada sobre la malaltia i compartir experiències i informació amb d'altres famílies.

En el camp de la **telemonitorització**, l'Hospital Sant Joan de Déu ha treballat en la creació d'una plataforma digital que permet als infants i adolescents diabètics enviar telemàticament a l'Hospital els resultats dels controls de glucèmia que es fan a casa i a la vegada fer consultes als professionals de la unitat. I pel que fa a **telerehabilitació**, l'Hospital està desenvolupant un videojoc que ajudi als infants amb problemes respiratoris a fer la rehabilitació a casa d'una manera lúdica i a la vegada permet als professionals obtenir informació sobre l'evolució dels seus pacients.

Per facilitar la comunicació amb les famílies i la societat en general, a més, Sant Joan de Déu està present a les **xar-**



QUÉ ESTAMOS HACIENDO PARA LOS PACIENTES...



NUEVO CONCEPTO DE 'SALUD'



PARA LOS PROFESIONALES...



QUÉ NOS APORTA

A los pacientes

Acceso universal 24/7
Calidad de vida

A los profesionales

Mejor preparación
Mejores resultados de salud

A la institución

Mayor eficiencia

HOSPITAL LÍQUIDO

INNOVACIÓN AL SERVICIO DEL PACIENTE Y LA FAMILIA

Sant Joan de Déu
HOSPITAL MATERNOINFANTIL - UNIVERSITAT DE BARCELONA

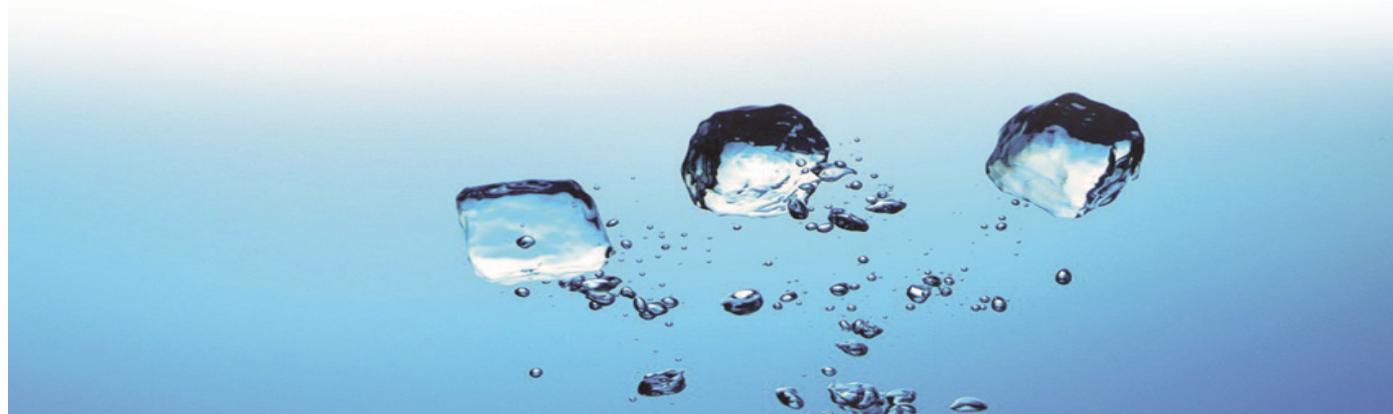
xes socials i disposa d'una plataforma digital, Faros, que ofereix informació contrastada a les famílies sobre hàbits saludables per a infants i mares. L'Hospital també col·labora amb altres empreses en el desenvolupament d'**aplicacions mòbils** en l'àmbit de la salut.

Projectes centrats en els hospitals

L'Hospital Sant Joan de Déu presta serveis compartits amb altres hospitals mitjançant **telemedicina**. Especialistes de diferents especialitats mantenen periòdicament sessions clíniques mitjançant telemedicina amb professionals d'altres centres de l'Estat per tal de comentar casos de pacients que són susceptibles de derivar a Sant Joan de Déu i reduir, el màxim possible, el nombre de desplaçaments d'aquests pacients.

El centre també té en marxa un projecte pioner a Espanya que té com a objectiu evitar la ceguesa en nadons prematurs que presenten un alt risc de patir una retinopatia greu. Un tècnic de l'Hospital es desplaça periòdicament a centres hospitalaris de Catalunya amb una **Retcam** -una càmera digital de contacte pensada per a oftalmologia pediàtrica- per prendre imatges del fons d'ull dels nadons prematurs. Les imatges són enviades immediatament a l'Hospital Sant Joan de Déu, on un oftalmòleg expert en aquesta patologia les examina i fa un diagnòstic. Si detecta una retinopatia d'alt risc, el nadó és traslladat a l'Hospital per ser sotmès a una intervenció mitjançant làser.

Servei de Comunicació
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona



Lactancia materna: la mejor opción

Lo mejor para el recién nacido.
Anticuerpos. Proporciona inmunidad frente infecciones bacterianas y víricas.
Calidad. Contenido adecuado de nutrientes, indispensable en los primeros meses.
T tiempo compartido con el recién nacido.
Ayuda al correcto desarrollo de los dientes.
No necesita preparación. Consumo inmediato.
Comunicación y contacto cariñoso entre la madre y el recién nacido.
Inicio inmediato, larga duración, no caducidad.
Ahorro de dinero.
Menos incidencia de cáncer de mama y de ovario.
Ayuda a recuperar el peso tras el parto.
Te cuidarás más.
Experiencia compartida con otras madres.
Reduces las alergias.
Nutricionalmente superior a cualquier alternativa.
Aprendizaje continuo.



Las tasas de lactancia materna en Europa son las más bajas del mundo. En España, la tasa de inicio de lactancia materna es del 80%, pero el 21,9% no supera el primer mes y sólo uno de cada cinco niños amamantados sigue recibiendo leche materna a los seis meses de edad.

Los organismos internacionales recomiendan :

- **Según OMS/UNICEF:** la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad y la lactancia materna no exclusiva (con la complementación de otros alimentos), desde los 6 meses hasta los 2 años de edad o más.
- **Según la colaboración COCHRANE:** los niños que son exclusivamente alimentados al pecho durante los primeros 6 meses de vida tienen menos morbilidad infecciosa, sin que se haya demostrado ningún déficit de crecimiento ni en países en desarrollo ni en los desarrollados.
- **Según la Academia Americana de Pediatría:** el objetivo es aumentar hasta al menos el 75% la proporción de madres que amamantan a sus hijos en el periodo neonatal precoz y hasta al menos el 50 % la porción que continúa amamantando a sus niños a los 5 ó 6 meses de edad.

Ventajas de la lactancia materna

Ventajas para el niño

- **Protección frente infecciones:** durante los primeros 6 meses de vida tiene un efecto protector contra enfermedades respiratorias, gastrointestinales, otitis media y enterocolitis necrotizante , entre otras ([Anexo 1: Protección frente infecciones de la lactancia materna](#)).

- **Favorece el desarrollo inmunológico:** en la leche materna hay factores, como anticuerpos y linfocitos T y B, citoquinas y factores de crecimiento que son transferidos al recién nacido a través de la leche. Esto potencia la estimulación activa del sistema inmune del niño, y podría explicar por qué la lactancia materna protege frente a enfermedades no sólo infecciosas sino también inmunológicas, como la enfermedad celíaca y la alergia; así como también frente a enfermedades autoinmunes y tumores.
- **Protección frente a alergias:** introducir la leche de vaca antes de los 4 meses incrementa el riesgo de asma y atopía.
- **Optimiza el crecimiento:** la leche materna no sólo es específica de especie sino también de individuo, es decir, está adaptada a las necesidades de cada lactante, en cada momento de su desarrollo. Por ello, favorece un crecimiento óptimo. Tiene además un grupo de sustancias biológicamente activas que influyen en el metabolismo de los recién nacidos y favorecen el crecimiento y la diferenciación de los órganos. Así, la prolactina de la leche materna puede ser importante para la maduración pulmonar y digestiva.
- **Optimiza el desarrollo cognitivo:** diferentes estudios demuestran que, los niños lactados al pecho tienen un coeficiente intelectual de 3 a 5 puntos mayor que los alimentados con fórmula. Cuanto más tiempo lacte un niño, mayor es el beneficio en cuanto al coeficiente intelectual. La lactancia natural también se asocia a habilidades cognitivas y al rendimiento académico de los niños. El desarrollo psicomotor y social de los niños alimentados con leche materna difiere claramente de los alimentados con fórmula y da lugar a ventajas significativas en las capacidades psicomotoras y sociales en el segundo y tercer año de vida.

- **Protege de la muerte súbita del lactante:** diversos estudios epidemiológicos demuestran que la lactancia materna tiene un efecto protector frente la muerte súbita.
- **Mejora la respuesta fisiológica durante las comidas:** estudios en prematuros y en cardiopatas han demostrado que los valores de saturación de O₂ durante la lactancia al pecho eran mayores y menos variables que durante la alimentación con biberón, indicando que hay menos estrés cardiorrespiratorio con la lactancia materna.
- **Confiere beneficios a largo plazo:** la lactancia materna tiene un papel protector de la aparición de diferentes enfermedades, como cáncer de mama, enfermedad de Hodgkin, enfermedad celíaca, caries y maloclusión dental, diabetes mellitus tipo 1, enfermedad intestinal inflamatoria crónica, artritis reumatoide juvenil, esclerosis múltiple, obesidad.
- **Ayuda a establecer una íntima relación entre madre e hijo:** no sólo al inicio, sino que se prolonga en el tiempo; estudios realizados muestran que el amamantamiento mejora la relación materno-filial y cuanto más tiempo dure la lactancia materna, mejor es la percepción del adolescente sobre el cuidado materno recibido durante la infancia.

Ventajas para la madre

- **Ayuda a la recuperación postparto:** ayuda al útero a recuperar su tamaño normal y así reduce el sangrado y el riesgo de hemorragia. Favorece el retraso del inicio de las menstruaciones, con lo que se produce un ahorro de hierro que compensa las pérdidas del parto.
- **Favorece la recuperación del peso tras la gestación:** las mujeres que lactan pierden peso más rápidamente y tienen una disminución significativamente mayor del perímetro de la cadera.
- **Ayuda a espaciar los embarazos:** durante la lactancia, las menstruaciones antes de los 6 meses son la mayoría anovulatorias y la fertilidad permanece baja. Como método anticonceptivo tiene el 98% de eficacia siempre que se cumplan las siguientes condiciones: niño menos de 6 meses, madre permanece amenorreica y lactancia materna exclusiva a demanda (día y noche)
- **Reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario.**
- **Mejora la salud emocional:** al mes de posparto, las mujeres que lactan tienen menos ansiedad. La oxitocina tiene un efecto antiestrés.
- **Disminuye los requerimientos de insulina en las mujeres diabéticas.**
- **Disminuye la incidencia de osteoporosis.**

Ventajas socioeconómicas

- **Ahorro familiar y social:** se ahorra el coste de la fórmula adaptada. Además, el niño lactado al pecho se pone enfermo con menos frecuencia y eso supone un ahorro de costes sanitarios y se evita el absentismo laboral de los padres para cuidarle.

- **Mejora la eficacia de las vacunas:** Los niños lactados al pecho muestran una mejor respuesta a las vacunas orales y parenterales que los niños alimentados con fórmula.

Ventajas medioambientales

- La lactancia materna es una de las pocas actividades humanas que no repercute negativamente en el medio ambiente. Además, no se consumen recursos naturales (para fabricar biberones, tetinas...) y no genera residuos (botes de fórmula...).

Ventajas para el hospital

- Cuando la mayoría de madres lactan, el ambiente del hospital es más cálido y tranquilo, los niños lloran menos.
- Existen menos infecciones neonatales.
- Hay que dedicar menos tiempo en la preparación de biberones.
- Menos costes
- Mejor imagen y prestigio.



Declaración conjunta OMS-UNICEF: “diez pasos para una feliz lactancia materna”

La promoción de la lactancia materna es una de las prioridades de la OMS y de la UNICEF. de forma conjunta el día 9 de Marzo de 1992 lanzaron la “Iniciativa Amigo de los Niños”, una campaña global para fomentar acciones que favorezcan la lactancia materna. Esta iniciativa reconoce el papel que deben desempeñar los hospitales en el apoyo de la lactancia materna y los servicios sanitarios que adopten políticas para apoyar la lactancia materna reciben la prestigiosa acreditación “Amigos de los Niños “. ([Anexo 2. Hospitales “Amigos de los Niños”](#)). Una de las acciones importantes de esta declaración consiste en la creación de “Grupos de apoyo a la lactancia materna” ([Anexo 3. Grupos de apoyo a la lactancia materna](#)).



Como pueden ayudar los profesionales sanitarios en la promoción de la lactancia materna

En la promoción de la lactancia materna debemos participar todos aquellos profesionales sanitarios que tengan contacto y proporcionen educación sanitaria a las madres ingresadas en nuestro hospital, pediatras, obstetras, enfermeras, auxiliares de enfermería.

Durante el ingreso debemos resolver todas las dudas e inquietudes que se pueda encontrar la nueva madre para fomentar la lactancia materna, transmitirle que la técnica no conlleva problemas, si no dificultades en su gran mayoría superables.

Pediatras

- Evitar la administración de suplementos innecesarios, así como chupetes.
- Fomentar la unión madre-hijo, procurando que el recién nacido permanezca las 24 horas del día junto a su madre, realizándole todos los cuidados y procedimientos, en la medida de lo posible, en la habitación.
- Difusión de vídeos, charlas, pósters, folletos, revistas... con el objetivo de promocionar la lactancia materna.
- Colaborar en la creación y actualización del protocolo.
- Colaborar en creación de cursos formativos para el personal del servicio.
- Examinar la técnica de la lactancia materna como una valoración diaria más en el pase de visita que permita resolver las dificultades que surgen.
- Conocer la interacción entre fármacos y lactancia materna.
- Saber actuar correctamente en aquellas situaciones en las que se compromete la lactancia materna por motivos de salud del bebé (enfermos, prematuros, ingresados en neonatos ...)
- Informar adecuadamente sobre las técnicas de conservación y extracción de la leche y las ventajas de ésta para sus hijos.
- Proporcionar información de la existencia de los grupos de apoyo de lactancia materna.

- Informar a las familias que los recién nacidos, una vez dados de alta, deben ser revisados por el pediatra de referencia del CAP en los próximos 2-5 días.

Enfermeras y auxiliares

- Fomentar y promocionar la lactancia materna, explicando las ventajas que ésta tiene para la madre y el recién nacido.
- Comprobar el inicio precoz de la lactancia materna en sala de partos.
- Preguntar a la madre conocimientos y experiencias previas de la lactancia materna, para poder identificar posibles dificultades anteriores.
- En el caso de que la madre tenga el recién nacido ingresado en neonatos, y siempre que la salud de ésta lo permita, se proporcionará en las primeras horas postparto un sacaleches y se dará toda la información necesaria para su uso y conservación (técnica de extracción y conservación de la leche).
- Exploración de las mamas, con el objetivo de obtener una detección precoz de las posteriores dificultades.
- Explicar técnica de la lactancia materna.
- Aclarar dudas y ofrecer disponibilidad.
- Además de la primera toma en planta, supervisar como mínimo una toma durante el ingreso para realizar las correcciones que sean necesarias.
- Realizar todos los cuidados y procedimientos del recién nacido en la habitación.
- Proporcionar información escrita (tríptico informativo sobre la lactancia) y teléfono del grupo de apoyo más cercano a su domicilio.
- Interacción entre los fármacos y la lactancia materna.
- Informar a las familias de la importancia del registro civil, imprescindible para que los recién nacidos sean visitados posteriormente en el CAP.

Ginecólogos

- Promocionar y fomentar la lactancia en las visitas obstétricas desde consultas externas.
- Aclarar dudas y ofrecer información necesaria.
- Recomendar la asistencia a clases preparto.
- Conocimiento de la técnica de lactancia.
- Interacción entre los fármacos y la lactancia materna.
- Detección precoz de los posibles signos de alarma que puedan presentar las mamas.
- Capacidad de resolución de posibles problemas en las mamas.
- Fomentar y colaborar en el inicio precoz de la lactancia materna (sala de partos).



Bibliografía

- Dr. Juan Mellado Jiménez: Lactancia materna y anticoncepción. En: Lactancia Materna. Josefa Aguado Maldonado (Ed.). Universidad de Sevilla. 2001.
- Ruth A. Lawrence: La Lactancia Materna: Una guía para la profesión médica. Cuarta edición. Mosby 1996.
- Mastroianni, L.; Coutifaris, C. Fisiología reproductiva. En: Manual sobre reproducción humana Vol. 1. F.I.G.O. 1990.
- Bajo Arenas, J.M.; Martínez Pérez, O. Métodos de anticoncepción en el postparto. En: manual de asistencia al parto y puerperio normal. De. E. Fabre González. 1995.
- World Health Organization. Contemporary Patterns of Breastfeeding: Report on the WHO collaborative study on breastfeeding. 1981. Geneva. World Health Organization.
- McCan, M.F. et al. Breastfeeding, fertility and family planning. 1981. Pop Reports M-8:289-348.
- Fathalla, M.; Rosenfield, A.; Indriso, C. Planificación familiar. En: Manual sobre reproducción humana. Vol. II. F.I.G.O. 1990.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Manual de planificación familiar para médicos. De. IPPF. Londres. 1989.
- Labbok, M.H., et al. Multicenter study of the lactational Amenorrhea Method (LAM): Y. Efficacy, Duration, and Implications for Clinical Application. Contraception. 1997. 55. 327-336.
- Declaración de Consenso de Bellagio. La lactancia como método de Planificación Familiar. Lancet 1988; 2: 1204-1205.
- Populations Reports. Series J. 24 Nov.-Dic. 1981.
- Bajo, J.M.; Vilar, E. et al. Métodos de anticoncepción en el postparto. En: Contracepción. Regulación de la fertilidad. De. Interamericana-McGraw-Hill. 1991.
- Fathalla, M. et al. Salud Reproductiva. Aspectos globales. En: Manual sobre reproducción humana. Vol. III. F.I.G.O. 1990.

Margarita García de Vicuña
Infermera Adjunta Área de la Dona
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona



Suport a la criança del nen sà en el seu primer any de vida mitjançant un grup d'ajuda mútua de pediatria en un Centre d'Atenció Primària de Barcelona

Introducció

L'experiència vital que comporta pels pares tenir un fill està relacionada amb l'increment de situacions d'estrès i ansietat. Pels pares la responsabilitat de criar al nou nat és una de les fites més difícils que han de superar sobretot durant el primer any de vida del primer fill. [1].

En les darreres dècades s'ha observat que la manera tradicional de criar als infants està canviant. Els canvis socioculturals i demogràfics, el distanciament en la manera de cuidar intergeneracional (pares i avis) i la pèrdua de la transmissió dels coneixements relacionats amb la criança, han contribuït activament a crear la necessitat de rebre assessorament en aquest àmbit. [2]. Tampoc no es pot obviar que el fàcil accés a la informació a través de múltiples canals, com Internet o diversos programes televisius, també contribueix a que els pares tinguin dificultat per a discernir entre tanta informació. Aquesta situació s'ha vist reflectida en els centres de salut, on s'han incrementat les consultes referides a cures bàsiques. [3].

La infermera comunitària en l'àmbit de Pediatria pot realitzar intervencions específiques amb l'objectiu de minimitzar l'estrès derivat de la criança del bebè. No obstant la situació social actual requereix que el professional garanteixi que els pares puguin adquirir l'autonomia suficient per poder tenir cura del seu nadó. Aquesta qüestió planteja que l'infermera ha d'actuar com eix transmissor de valors i actituds que abans tenien altres figures socials [4]. Per aconseguir aquest objectiu existeixen mètodes que permeten als pares comunicar-se amb l'infermera de manera bidireccional i solventar de manera eficient els problemes derivats de la criança.

Caplan defineix el recolzament social com a *guia i "feed-back" proporcionat per altres persones que permeti al subjecte gestionar emocionalment un event estressant* [5].

Des d'aquesta perspectiva, un mètode vàlid per a proporcionar recolzament social eficaç són els Grups d'Autoajuda

Mútua (GAM), es tracta de "grups petits i voluntaris estructurats per a l'ajuda mútua i la consecució d'un propòsit específic" [2].

L'objectiu és proporcionar ajuda als participants en un problema de la vida diària que causa estrès i ansietat. Els GAM estan constituïts per persones que comparteixen un mateix problema o que coneixen la situació per haver-la viscut prèviament en la seva biografia. Mitjançant la interacció dels participants es poden aconseguir canvis en les persones que hi acudeixen [6].

Els antecedents dels GAM en l'àmbit sanitari, es remunten a l'any 1935 a Ohio (EEUU), on es va constituir un GAM en un col·lectiu de pacients addictes a l'alcohol. Actualment s'estima que hi ha prop d'un milió de GAM a EEUU. A Europa els primers GAM daten de finals dels anys setanta, al Regne Unit i a la República Federal Alemanya. Finalment a Espanya apareixen els primers registres a finals dels anys 80 [2]. A Catalunya sorgeixen els primers GAM a 1987 i des d'aleshores s'ha detectat un creixement continu a Barcelona, destacant els GAM com a via de suport a malalties cròniques, addicions i situacions especials. [7].

Els GAM, en la infermeria pediàtrica dins la Salut Comunitària i de Família, poden proporcionar acompanyament efectiu als pares en el terreny emocional, respecte a la cura i criança del bebè. L'objectiu principal és la prevenció de situacions de risc en l'entorn familiar del nou-nat [8]. En aquest article es descriuen els beneficis obtinguts a l'aplicar la metodologia dels GAM en un grup de pares i mares amb fills menors d'un any en un Centre d'Atenció Primària de Barcelona.



Desenvolupament

La idea de crear un GAM de pediatria al nostre centre sorgeix de la necessitat que manifestaven els pares de tenir un espai on compartir els dubtes, angoixes i inseguretats que els comportava el tenir cura del seu nadó. El fet de compartir una mateixa situació afavoreix l'intercanvi de coneixements entre ells. La presència de l'infermera de Pediatria de la consulta que ja coneixen, dona molta confiança als pares, ja que hi ha la seguretat que la informació aportada és correcta.

A la consulta de Pediatria el temps destinat a cada família quedava escàs en l'abordatge emocional. Aspectes relacionats amb la relació pares-fills, l'adaptació a una nova situació familiar o els dubtes i inseguretats sorgits en el dia a dia quedaven poc aprofundits o al marge. S'ha de tenir en compte que aquests aspectes de caire emocional són tan o més importants que l'atenció bàsica que precisa un infant. A l'inici en el nostre CAP es feia un grup de suport a l'alletament matern. Es va detectar que molts pares, que per diverses problemàtiques no podien donar el pit o havien d'optar per fer una lactància mixta, es sentien exclusos del grup i per tant no venien. També vàrem detectar que quan fèiem intervencions grupals de temes concrets (còlics del nadó, accidents infantils, alimentació, etc), després de la sessió sorgien preguntes que no tenien res a veure amb el tema tractat. El dubte o l'angoixa d'aquell moment era diferent del tema proposat per nosaltres. Arrel d'això, vàrem decidir canviar l'enfocament de l'atenció comunitària i redirigir-la cap a la formació d'un grup obert, sense límits d'aforament ni assistència, de freqüència setmanal, i amb una duració de dues hores. Es va dissenyar així, per tal de respectar que els pares/mares poguessin acudir amb total llibertat al nombre de sessions que fossin necessàries, o bé, que poguessin acudir-hi altres membres de la família implicats en l'atenció dels fills. Posteriorment vàrem fer extensible el grup a embarassades en el seu darrer mes de gestació, perquè poguessin conèixer de primera ma l'experiència del part i post-part immediat explicada directament per altres mares.

La divulgació del GAM de Pediatria s'inicia a la consulta d'infermeria del nostre CAP, en la primera visita del nadó. El centre disposa d'altres mitjans d'informació passiva com per exemple: cartells informatius, missatges multimèdia i pàgina web. També pren un paper rellevant la llevadora informant a les futures mares

durant el darrer trimestre de gestació. És d'especial importància poder informar a les famílies des de la seva primera visita ja que es quan es troben en la etapa més vulnerable, amb més incidència en el cas de pares primerencs. El grup es reuneix en una sala on es realitza l'atenció comunitària al nostre CAP. Els participants venen amb el seu nadó i es col·loquen en cercle per afavorir la comunicació entre ells. Durant la sessió, els nadons són el primer, de tal manera que qualsevol cura que precisin s'atendrà al moment, intentant no trencar la dinàmica. S'inicia la sessió amb la presentació de la infermera de Pediatria i de la resta de participants i els seus nadons. Se'ls suggereix que verbalitzin una experiència, angoixa, situació o sensació que hagin experimentat durant la darrera setmana relacionada amb la criança del seu nadó. D'aquesta manera, s'aconsegueix la participació de tothom podent visualitzar de primera mà quins problemes o dubtes es desenvoluparan durant la sessió. (taula 1)

Taula 1: diagnòstics d'infermeria i objectius, relacionats amb els temes sorgits amb més freqüència, en les sessions GAM de pediatria

Temes	Unitats	Diagnòstics NANDA	NOC
ALIMENTACIÓ I HIDRATACIÓ	Lactància Materna, Lactància Artificial, Lactància mixta, Introducció A. Complementària, Dosi, Freqüència de les ingestes, Còlics	Disposició per millorar els Coneixements (00161)	Conducta de Foment de salut (1602) Coneixement: cures del lactant (1819) Coneixement: lactància materna (1800)
ELIMINACIÓ	Restrenyiment	Disposició per millorar els Coneixements (00161)	Conducta de Foment de salut (1602) Coneixement: lactància materna (1800)
REPÓS I DESCANS	Hores de son recomanades, Hàbit de dormir-se al pit/ en braços, Canvi de bressol/ habitació	Disposició per millorar els Coneixements (00161)	Conducta de Foment de salut (1602) Coneixement: lactància materna (1800)
HIGIENE I PELL	Bany, Hidratació, Productes d'higiene recomanats	Disposició per millorar els Coneixements (00161)	Conducta de Foment de salut (1602) Coneixement: lactància materna (1800)
SEGURETAT	Riscos a la llar, Transports segurs, Rutines diàries,	Disposició per millorar els Coneixements (00161)	Ambient segur de la llar (1910) Cura dels fills: seguretat física del lactant i del preescolar (2900)
RELACIÓ PARES-FILL	Massatge infantil, Comunicació, Estimulació segons edat.	Disposició per millorar el rol parental (00164)	Execució del rol de pares (2211)
ADAPTACIÓ AL ROL PARENTAL	Canvi ritme de vida, Reorganització de tasques quotidianes, Incorporació al món laboral, Optimització del temps lliure, Relació de parella (r. sexuals), Relació amb la família	Disposició per millorar el rol parental (00164)	Alteració de l'estil de vida del cuidador principal (2203) Afrontament dels problemes de la família (2600)
ACTIVITATS LÚDIQUES	Natació, Viatges, Transport Públic, Activitats per nadons en la ciutat	Disposició per millorar el rol parental (00164)	Funcionament de la família (2602) Clima social de la família (2601)
ESCOLARITZACIÓ	Llars d'infants Públiques, Llars d'infants Privades, Centres amb espais familiars,	Disposició per millorar els Coneixements (00161)	Desenvolupament infantil: 1m/12m (0120/0100/0101 0102/0103)
VACUNACIÓ SISTEMÀTICA	Malalties, Tipus de vacuna i periodicitat, Vacunes opcionals	Disposició per millorar el rol parental (00164)	Coneixement: Procés de la malaltia (1803) Conductes de vacunació (1900)
L' ARRIVADA DE GERMANS	Gelos, reorganització de rols familiars, canvi de rutines	Disposició per millorar el rol parental (00164)	Afrontament dels problemes de la família (2600)
ACTUALITZACIÓ D'INFORMACIÓ	Cerca activa d' informació referent a aspectes de salut, noves metodologies	Disposició per millorar l'afrontament familiar (00164)	Conducta de recerca de la salut (1603) Conducta de foment de la salut (1602)

La dinàmica consisteix en prioritzar les respostes aportades per altres pares que han viscut abans la mateixa situació i expliquen com la varen resoldre. La infermera de Pediatria farà de moderadora amb el mínim d'intervencions, ja que la força del grup la tenen els pares. Participa quan s'ha de fer alguna puntualització d'algun tema que no hagi quedat ben tractat o per aportar alguna informació addicional important. Per aconseguir la participació activa de tothom fa ús de frases del tipus "algú més s'ha trobat en aquesta situació? Com ho vàreu resoldre? Algú més se sent així?", afavorint el diàleg lliure i espontani. (taula 2).

Taula 2: perfil infermera GAM pediatria

Habilitats Professionals	Habilitats Personals
Formació específica en Pediatria Comunitària.	Capacitat d'escolta.
Formació específica en dinàmica grupal.	Espontaneïtat i creativitat en les sessions grupals.
Habilitats per la recerca d'informació i reciclatge formatiu amb els mitjans divulgatius actuals.	Flexibilitat, equilibri i maduresa emocional.
Capacitat pel disseny i avaluació d'objectius.	Facilitat de comunicació, capacitat d'acollida.
Capacitat d'anàlisi i síntesis d'informació.	Empatia.
Imparcialitat.	Lideratge.
Capacitat per mediar conflictes.	Disposar de tacte en el tracte amb els demás, oferint suport quan calgui.
Previsió i capacitat d'improvització en les sessions grupals.	Capacitat resolutiva.

La participació ha de ser ordenada i sempre respectant les opinions de tothom. També se'ls fa comprometre en la confidencialitat de les aportacions que fan al grup per generar un clima de confiança, ja que de vegades sorgeixen situacions de gran càrrega emocional. Hem observat que el lligam afectiu sorgit entre els integrants del GAM és tant fort, que en deixar de venir al CAP, es segueixen trobant en altres espais i horaris com al parc, aula de biblioteca municipal o a casa d'algun pare. La incorporació de la mare al món laboral és un dels principals motius pels quals han de deixar d'acudir al grup. Tenim coneixement que hi ha grups que ja porten quatre anys de relació.

És important que la infermera que dirigeix el grup conegui aspectes de dinàmica grupal. El diàleg esdevé de forma natural amb la intervenció espontània de tots aquells que creuen tenir resposta a dubtes, inseguretats i necessitats expressades per d'altres. Malgrat això, cal seguir unes pautes per aconseguir un desenvolupament satisfactori de les sessions. Hem observat que el intercanvi de coneixements entre iguals és més efectiu que el dut a terme del professional a l'usuari.

Discussió

La tècnica grupal dels GAM es pot contraposar als grups de suport orientats a la promoció d'actituds o a la transmissió de coneixements. En els grups d'ajuda tradicionals,

l'infermera té com objectiu transmetre informació necessària pel cuidatge. En aquests grups el procés comunicatiu és essencialment unidireccional: de la infermera al grup. Els temes tractats estan marcats amb antelació. Alguns exemples són: tallers que promouen la lactància materna, els tallers de massatge infantil o les aules de pares on s'aborden temes de forma monogràfica. [9].

L'eina de treball del GAM de pares i mares és el diàleg entre els assistents, aconseguint el suport emocional i les respostes positives a pors i inseguretats. El rol del professional en un GAM ha de ser d'assessorament, formació, coordinació i

suport als líders, no de lideratge. El professional ha de mantenir-se sempre a una distància prudencial del debat entre els pares. La seva presència i intervencions assegurin que no es tractin sempre els mateixos temes, que les informacions aportades no siguin errònies o confuses i que en el grup no sorgeixin protagonistes excessius. És important recalcar que són els pares els que decideixen els temes a tractar segons les experiències pròpies, comparant-les amb les d'altres pares en les mateixes circumstàncies.

Existeix abundant literatura que cita el benefici dels grups d'autoajuda en el context de la patologia pediàtrica. S'orienten majoritàriament a processos en

els quals els pares viuen malalties greus o bé requereixen l'afrontament de realitats no esperades. La persona que ajuda de forma efectiva experimenta un increment de la seva competència interpersonal com a resultat d'exercir un impacte en la vida d'un altre persona ("ajuda com teràpia") [10].

El GAM de Pediatria pot incloure's dins dels objectius de l'infermeria pediàtrica en Atenció Primària de Salut. El treball que es realitza en el GAM inclou les activitats preventives i de promoció de la salut de les guies clíniques [4]. La percepció dels pares al compartir vivències, permet una major eficiència en la gestió del temps assistencial sent altament cost-efectiva ja que un mateix professional incideix sobre varies famílies a la vegada. A més a més, s'aconsegueix un major seguiment entre aquells pares considerats de risc. Com a conclusió podríem afirmar que el GAM aporta una atenció més complerta a la salut comunitària pediàtrica.

El perfil del professional del nostre GAM requereix formació específica en Pediatria, coneixement de l'àmbit de l'Atenció Primària i bases científiques de la teràpia grupal. Aquestes qüestions s'aprofundeixen amb amplitud en els continguts formatius de les especialitats d'Infermeria de Família i Comunitària i en la de Pediatria [11]. Un altre aspecte a tenir en compte és la flexibilitat del professional ja que, donada la naturalesa del grup es desconeix amb exactitud el nombre d'assistents.

Bibliografia

1. Barbara A. Hanna, Gay Edgecombe, Carol A. Jackson, Susan Newman. The importance of first-time parent groups for new parents. *Nursing and Health Sciences*. 2002; 209-214-4. MINDE,K.(1980), Self-help groups in a premature nursery. *Evaluation Journal Pediatrics* 96: 933-940. Laura Gutman. *Crianza*. 1ª ed. RBA LIBROS: Barcelona; 2008.
2. Roca Soriano Francina . Los “desconocidos” grupos de ayuda mutua. Universidad Complutense Madrid, editores. *Quadernos de Trabajo Social* 11 Madrid 1998.p.251-263.
3. Cristina Bernis Carro. Determinantes biológicos, psicológicos y sociales de la maternidad en el siglo XXI: Mitos y realidades. 1ª ed. Universidad Autónoma de Madrid; 2009 Portal d'internet de l'associació Espanyola de Pediatria. Accés Web: <http://www.aeped.es/> i <http://enfamilia.aeped.es/>
4. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. *Infància amb Salut*. Direcció General de Salut Pública, editors. Edició Desembre 2008. p.177-199.
5. Gerald Caplan. Support systems and community mental health: Lectures on concept development. *Behavioral Publications*; 1974.
6. OMS (1978) Declaration of Alma-Ata en: Primary health-care. World health organization, Ginebra (1978). OMS (1987) Conferencia Internacional sobre promoción de la salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Revista de sanidad e higiene pública* (61), p.129-133.
7. Associacions de Salut i Grups d'Ajuda Mútua, [GAM] de Barcelona. Torre Jussana-Serveis Associatius. <http://www.bcn.es/tjussana/gam/default.html> Parc de Salut Barcelona, Mar. http://www.parcdesalutmar.cat/es_index.html (pàgina principal). http://www.parcdesalutmar.cat/usuarios/es_grupsajuda.html (enllaç corresponent a grups autoajuda).
8. Yolanda Domenech López. Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 6 (Octubre 1998); p. 179-195. Enrique Gracia Fuster. ¿Por que funcionan los grupos de autoayuda? *Información Psicológica*, 58, 4-11, (1996). Enrique Gracia Fuster. El apoyo social en la intervención comunitaria. 1ªed. 4ª imp. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Colección Paidós trabajo social, 1;1998.
9. María Antonia García-López y Olga Ros-Bas. Factores socioculturales y perinatales relacionados con la lactancia materna exclusiva. Centro de Salud Manzarrón, Gerencia Atención Primaria Cartagena, Murcia, España. *Enfermería Clínica*.2010;20(2):109-113. María del Pilar Borrero-Pachón, Ana Esther Olombrada-Valverde y María Inés Martínez de Alegría. Papel de la enfermería en el desarrollo de la lactancia materna en un recién nacido pretérmino. Unidad de cuidados Intensivos neonatales, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España. *Enfermería Clínica*.2010;20(2):119-125
10. Francesc Torralba Roselló. Esencia del cuidar. *Siete tesis*. Sal Terrae 93 (2005) 885,894
11. Boletín Oficial del Estado, Sección III. Pag: 57217-57250; Martes 29 Junio 2010. Accés Web: <http://www.boe.es/>



Mercè Mas Garcia, infermera pediatria
Núria Garcia Segalà, infermera pediatria
Luis Gonzalez de Paz, infermer de comunitària

CAP LES CORTS, SAP Esquerra de Barcelona



Bronquiectasias

Introducción

Las bronquiectasias (BQ) son dilataciones anormales y generalmente irreversibles de los bronquios, con engrosamiento de la pared de los mismos y alteración del epitelio ciliar¹.

Clásicamente se ha diferenciado entre BQ debidas a fibrosis quística (FQ), causa hereditaria más frecuente de BQ en población blanca, y BQ no FQ. Las BQ debidas a FQ sólo representan un pequeño porcentaje del total de BQ².

Su incidencia es desconocida pero se estima que en países desarrollados existe una afectación de 0,5-3,7/100000 niños. La prevalencia aumenta con la edad^{1,3,4,5}.

Fisiopatología

Tras una causa que comporte una alteración del aclaramiento mucociliar, una obstrucción bronquial y/o una inmunodeficiencia, se produce acúmulo de secreciones mucosas en la luz bronquial que favorece la colonización e infección bacteriana, que a su vez ocasiona inflamación de la pared y mayor disfunción ciliar, que da lugar al daño estructural. Esto supone un círculo vicioso que conlleva un mayor acúmulo de secreciones, obstrucción bronquial y sobreinfección bacteriana, con perpetuación del daño bronquial. Los vasos bronquiales también pueden inflamarse, dilatarse y formar nuevas anastomosis^{6,7} (**algoritmo 1**).

Algoritmo 1



Según los cambios anatómicos de la pared bronquial, se dividen las bronquiectasias en 3 tipos: **cilíndricas**, aquellas cuyas paredes bronquiales están engrosadas y dilatadas uniformemente, comunican con el árbol bronquial más distal y son potencialmente reversibles con tratamiento médico adecuado; **varicosas**, en los que los bronquios presentan mayor grado de dilatación y su pared muestra constricciones irregulares; y **saculares o quísticas**, con máxima dilatación de los bronquios, formando sacos redondos que no comunican con el parénquima. Siempre son irreversibles⁸.

Etiología

Las BQ son el resultado final de múltiples patologías que afectan al pulmón. Las etiologías de las BQ se muestran en la **tabla 1**.

Tabla 1. Etiología de las bronquiectasias en infancia^{1,2,6,7}

Localizadas	
• Postinfección: Bacterias, micobacterias, virus, hongos	
• Obstrucción bronquial:	
• Intrínseca (cuerpo extraño, tumor, alteración anatómica, granuloma)	
• Extrínseca (adenopatía, tumor, compresión vascular)	
• Malformación pulmonar (secuestro pulmonar, bronquio traqueal...)	
Difusas	
• Postinfección: Bacterias, micobacterias, virus, hongos	
• Inmunodeficiencias. Primarias (déficit de anticuerpos, combinadas) y secundarias (quimioterapia, VIH, neoplasias hematológicas)	
• Alteración mucociliar (FQ, discinesia ciliar primaria (DCP), síndrome de Young)	
• Neumonitis inflamatoria (aspiración, reflujo gastroesofágico (RGE), inhalación de tóxicos)	
• Aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA)	
• Bronquiolititis obliterante (BO)/Síndrome Swyer-James/Panbronquiolititis difusa (Japón)	
• Defectos congénitos del cartílago (síndrome de Williams Campbell, Síndrome de Mounier-Kühn)	
• Asociada a otras enfermedades: sistémicas (conectivopatías, enfermedad inflamatoria intestinal crónica), respiratorias (asma), síndrome de las uñas amarillas	
• Etiología desconocida	

La causa más frecuente de BQ en la infancia continua siendo la infecciosa, principalmente la neumonía bacteriana⁶.

Aunque existen casos de BQ congénitas, casi la totalidad de las BQ diagnosticadas en niños son adquiridas, habiendo entre un 25 y un 53% de causa desconocida^{3,6}.

Clínica

El espectro clínico es muy variado. Los pacientes con BQ suelen presentar infecciones respiratorias de repetición y tos productiva crónica de predominio matutino (**tabla 2**).

Tabla 2. ¿Cuándo sospechar bronquiectasias?

- Neumonía localizada recurrente
- Tos productiva crónica matutina
- Síntomas respiratorios crónicos y cultivo de esputo positivo para *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomona aeruginosa*, micobacterias no tuberculosas o *Burkholderia cepacia complex*
- Neumonía grave, especialmente si no se han resuelto completamente los síntomas, signos físicos y/o radiográficos
- Signos físicos respiratorios (crepitantes, roncus, sibilancias y localizados) o radiográficos persistentes
- Hemoptisis inexplicada

Pueden asociar síntomas respiratorios inespecíficos, como disnea, dolor torácico, hiperreactividad bronquial, fallo de medro, intolerancia al ejercicio, síndrome constitucional. Las acropaquias en las BQ no FQ son excepcionales, así como la progresión a insuficiencia respiratoria crónica o cor pulmonale.

Debemos sospechar BQ en pacientes con tos productiva crónica de predominio matutino y neumonías recurrentes.

La exploración respiratoria puede ser normal o puede haber crepitantes, roncus y/o sibilantes^{1,6,7}.

El hallazgo de crepitantes pulmonares persistentes en la auscultación debe alertarnos sobre la posibilidad de bronquiectasias subyacentes⁶.

Consideramos que el paciente afecto de BQ presenta una **agudización o exacerbación respiratoria** cuando presenta uno o más de los siguientes signos o síntomas:

- Aumento de la frecuencia e intensidad de la tos y de la expectoración, con cambio en el aspecto del esputo que se mantiene en el tiempo (5-7 días).
- Síndrome febril con foco respiratorio.
- Otros síntomas clínicos: Malestar general, disnea, descenso de la tolerancia al ejercicio e incluso hemoptisis (más frecuente en adultos que en niños).
- Cambios en la auscultación (crepitantes, roncus, sibilantes, hipofonesis).
- Descenso de la función respiratoria.

Diagnóstico

1. Diagnóstico de BQ.

Ante la sospecha de BQ, con una historia clínica y una exploración física sugestivas, realizaremos una tomografía computarizada de alta resolución (TCAR).

Tras el diagnóstico de BQ mediante el TCAR se completará el estudio basal con un **cultivo de secreciones respiratorias** y una **prueba de función respiratoria** (PFR) (espirometría con test broncodilatador, TBD) si el paciente colabora.

TCAR: Es la prueba diagnóstica de elección⁶. Permite valorar la extensión y morfología y puede indicar la etiología.

Los signos directos de BQ en el TCAR son: dilatación bronquial con relación broncoarterial mayor de 1-1,5 (signo del anillo de sello), falta de afilamiento de los bronquios y bronquios periféricos dilatados (visualización a menos de 1 cm de la pleura). Y signos indirectos: engrosamiento de la pared bronquial, pérdida de volumen lobular, patrón en mosaico, signo del árbol en gemación y tapones de moco¹.

La **radiografía de tórax** presenta baja sensibilidad y especificidad para su diagnóstico, pudiendo ser normal en estadios iniciales (sensibilidad del 43 al 75%). Los signos de sospecha son: "signo del carril", líneas paralelas producidas por las paredes bronquiales engrosadas vistas en un corte longitudinal, y de un círculo de paredes gruesa si aparecen seccionadas⁷.

2. Diagnóstico etiológico.

Es muy importante la búsqueda sistemática de la etiología de las BQ, especialmente de las tributarias de tratamiento específico, ya que tiene implicaciones clínicas, de manejo y de pronóstico^{2,9}. Individualizaremos las exploraciones complementarias según la sospecha clínica (tabla 3)^{1,6}.

Tabla 3. Diagnóstico etiológico¹

Sospecha clínica	Pruebas diagnósticas a valorar
- Immunodeficiencia: Infecciones de repetición, severas, persistentes, fallo de medro. - FQ: Historia familiar, insuficiencia pancreática, colonización bronquial por <i>P. aeruginosa</i> o <i>S. aureus</i>. - ABPA: Asma grave de difícil control, IgE elevada y BQ centrales. - DCP: Problemas respiratorios en el período neonatal, otitis medias de repetición, rinosinusitis, dextrocardia, e infertilidad en adultos. - BO: Distrés con obstrucción del flujo aéreo y atrapamiento aéreo progresivo y persistente superior a 2 meses. - RGE/síndrome aspirativo: Pirosis, regurgitación, rumiación y/o opistótonos. - Enfermedad inflamatoria o vasculitis.	- Estudio de inmunidad. - Test del sudor. Valorar si procede estudio genético de CFTR. - IgE total, pruebas cutáneas y precipitinas para <i>Aspergillus</i>. - NO nasal, biopsia epitelio ciliar: batido ciliar y microscopía electrónica. - TCAR probablemente diagnóstico, espirometría y TBD si paciente colaborador. - Videofluoroscopia, Phmetría/manometría, broncoscopia, esofagograma. - Autoanticuerpos.

En caso de no haber llegado al diagnóstico etiológico, se realizará una prueba de **Mantoux (PPD)** y se procederá según la distribución de las BQ:

- Si hay una **afectación difusa** irán encaminadas al diagnóstico de una enfermedad sistémica. Se realizará un **test del sudor** y una **analítica sanguínea** con estudio inmunitario: hemograma, poblaciones linfoides e inmunoglobulinas (G, A, M y E), subclases IgG (en > 2 años), respuesta vacunal a tétanos y neumococo y CH50. Si no se ha hallado la causa y los anticuerpos antineumococo son negativos o no protectores, se recomienda vacunación antineumocócica 23-valente (en > 2 años) y repetir serologías a las 4-6 semanas. Si el CH50 sale alterado, repetir determinación de CH50 junto con C3 y C4^{6,10}.
- Si son **localizadas** y con la anamnesis y/o el TCAR no se determina la causa de la alteración local, se realizará una **broncoscopia**. Si no se llega al diagnóstico, quedará a decisión del clínico el completar el estudio con una **analítica sanguínea** con estudio inmunitario (ver punto previo), basándose en los datos de la historia

clínica y el aspecto de las BQ en el TCAR; en cualquier caso, se llevará un estrecho seguimiento evolutivo (vigilar que no haya progresión a afectación difusa).

- Broncoscopia (flexible y/o rígida):** indicada cuando la BQ afecta a un único lóbulo o segmento pulmonar y se sospecha obstrucción bronquial (puede ser diagnóstica y terapéutica). También para realizar un lavado broncoalveolar o realizar lavado de acúmulo de secreciones.

Tratamiento

El manejo de las BQ no FQ se ha basado en el de las BQ debidas a FQ, pero se debe tener en cuenta que la afectación de la función pulmonar y la supervivencia son muy distintas, siendo menos graves las BQ no FQ¹¹.

Los objetivos del tratamiento son: mejorar la clínica con disminución de las reagudizaciones y mejoría de la función pulmonar, optimizar la calidad de vida, crecimiento y desarrollo del niño, y detener la progresión.

Se basará en tres pilares: tratamiento de la etiología, drenaje de secreciones y tratamiento antibiótico.

Tratamiento de la etiología: se realizará siempre que se haya identificado la etiología y sea posible².

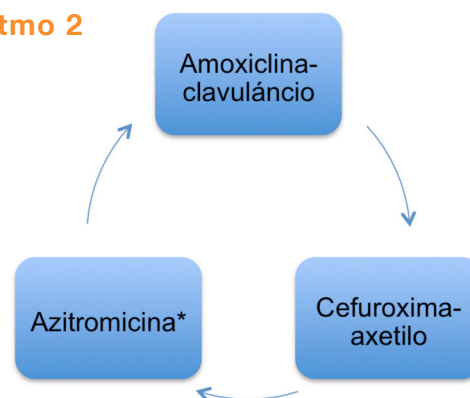
Drenaje de secreciones: se recomienda ejercicio físico aeróbico moderado y fisioterapia respiratoria diaria siempre que se presente tos productiva, y se aumentarán el número de sesiones en caso de exacerbación^{12,13}.

Tratamiento antibiótico: el patrón bacteriológico hallado en la colonización bacteriana de las BQ en niños difiere del del adulto. El patógeno aislado predominantemente es *H. influenzae*. Éste junto con *Moraxella catharrhalis*, *S. aureus* y *Streptococcus pneumoniae*, suponen el 90% de los patógenos aislados. El aislamiento persistente de *S. aureus* y/o *P. aeruginosa* no es común y obligaría a descartar la FQ y ABPA^{1,2,6,14}.

Los pacientes con BQ no FQ precisarán tratamiento antibiótico precoz en las exacerbaciones. Se utilizará antibioticoterapia empírica y se continuará según los microorganismos aislados en los cultivos de esputo.

Empíricamente se aconseja utilizar amoxicilina-clavulánico a dosis altas (80 mg/Kg/día) durante 10-14 días.

Algoritmo 2



* Si el paciente utiliza tratamiento con azitromicina de base, debe evitarse utilizarlo como tratamiento ciclado en las exacerbaciones.

Si el paciente precisa muchas tandas de antibióticos encadenados, se debe valorar ciclar el antibiótico para evitar la generación de resistencias. Propuesta: amoxicilina-clavulánico (80 mg/Kg/día, 10-14 días) - cefuroxima-axetilo (30 mg/Kg/día, 10-14 días) - azitromicina* (10 mg/Kg/día, 3 días) (**algoritmo 2**).

En caso de aislamiento de *P. aeruginosa*, el tratamiento de elección será ciprofloxacino a 30-40 mg/Kg/día (14-21 días).

Se considerará el ingreso hospitalario principalmente en agudizaciones graves, falta de mejoría con tratamiento ambulatorio y necesidad de tratamiento intravenoso, deterioro progresivo de la función pulmonar, pérdida de peso progresiva, hemoptisis moderadas-graves u otras complicaciones¹.

Otros tratamientos de soporte:

Tratamiento de la inflamación bronquial. No hay evidencia a favor del uso de antileucotrienos u otras drogas antiinflamatorias en las BQ. El tratamiento con macrólidos, por su efecto modulador en la respuesta inflamatoria, ha sido efectivo en la disminución del volumen de secreciones y mejoría de la función pulmonar¹⁵. El fármaco del que se dispone mayor experiencia es la azitromicina a 10 mg/kg/día, 3 veces a la semana, durante 3-6 meses. No se han realizado estudios que demuestren seguridad y eficacia en tratamientos de más de 12 meses. Se recomienda control de la función hepática. Se debe investigar MNT en secreciones respiratorias antes de iniciar este tratamiento y cada 12 meses, y aquellos en los que se aisle no deberían recibir monoterapia con macrólidos^{1,6,14,16}. Si el paciente utiliza tratamiento con azitromicina de base, debe evitarse utilizarlo como tratamiento ciclado en las exacerbaciones.

La **corticoterapia** no está recomendada de rutina. Sólo indicada en pacientes con hiperreactividad bronquial asociada que la precisen^{2,6}.

Broncodilatadores. Se usarán en pacientes con hiperreactividad bronquial con reversibilidad en TBD^{1,6}.

Mucolíticos. Hay escasa evidencia médica para recomendar su uso sistemático en las BQ no FQ. Se desaconseja el tratamiento con desoxirribonucleasa (rhDNA asa) nebulizada en BQ no FQ⁶.

Soluciones hipertónicas. Existen pocos datos sobre la eficacia del tratamiento nebulizado con suero salino hipertónico. En algún estudio realizado en adultos se ha mostrado eficaz la nebulización de manitol, mejorando el aclaramiento de secreciones y parámetros de calidad de vida^{13,14,17,18}, pero actualmente no se utiliza de rutina en niños.

Vacunas. Se recomienda vacunación habitual y vacunas antigripal anual, antineumocócica^{19,20} y antivaricela (si el paciente no ha pasado la enfermedad previamente).

La **cirugía** está indicada en BQ localizadas con mal control clínico a pesar de un tratamiento médico adecuado y en algunos casos de hemoptisis grave^{1,6,21}.

Seguimiento y pronóstico

Las BQ son una patología crónica, generalmente irreversible y progresiva. El pronóstico depende de la enfermedad subyacente, extensión de las BQ, de la repercusión en la función respiratoria y de las exacerbaciones. El diagnóstico y tratamiento precoces de las BQ y de su etiología, junto con un seguimiento adecuado y medidas preventivas, pueden retrasar su progresión, mejorar la supervivencia, y, en algunos casos, pueden llevar a la curación¹.

Los pacientes con BQ no FQ presentan generalmente un adecuado crecimiento a lo largo de los años, y la función pulmonar tiende a estabilizarse pero no se normaliza, lo que realza la importancia de realizar una detección y un tratamiento precoces²².

Estos pacientes deben seguir **controles clínicos** en CCEE de Neumología Pediátrica. Se realizará estudio de la función respiratoria (**espirometría**), como mínimo anualmente. Se realizará estudio de la **colonización-infección bronquial** mediante cultivo de secreciones respiratorias seriados y en las reagudizaciones, y se recomienda la investigación anual o siempre que haya un deterioro clínico no justificado, de MNT.

Se recomienda repetir el **TCAR** en caso de exacerbación con persistencia de síntomas, ante deterioro de la función pulmonar y/u otros criterios de progresión. Se realizará **radiografía de tórax** sólo ante la sospecha de complicaciones pulmonares agudas, no necesariamente ante cualquier episodio de exacerbación no complicada.

Bibliografía

1. Vendrell M. Et al. Diagnóstico y tratamiento de las bronquiectasias. Arch Bronconeumol. 2008; 44 (11): 629-640.
2. Bilton D. Update on non-cysticfibrosis bronchiectasis. Current opinion in Pulmonary Medicine, 2008. 14: 595-599.
3. Pasteur AC, Helliwell SM, Houfhton SJ, WEB SC. Foweraker JECoulden RA, et al. An investigation into causative factor in patients with bronchiectasis. Am J Respir Crit Care Med. 2000;162:1277-84.
4. Twiss J, Mecalf R, Edwards E, byrnes C. New Zealand national incidence of bornchiectasis "too high" for a developed country. Arch Dis Child 2005; 90:737-40.
5. Pasteur MC, Helliwell SM, Houghton SJ, Webb SC, Foweraker JE, Coulden RA y cols. An investigation into causative factors in patients with bronchiectasis. Am J Respir Crit Care Med 2000; 162 (4pt 1): 1277-84.
6. Pasteur MC, Bilton D. Hill AT. British Thoracic Society guideline for non-CF bronchiectasis. Thorax 2010; 65:i1-i58.
7. Oliva Hernandez C, suárez López RG, Galván Fernández C, Marrero Pérez C. Atelectasia. Bronquiectasias. Protocolos diagnóstico y terapéuticos de la AEP. Neumología.
8. Andrés A, Machado F. Secuelas de las infecciones respiratorias. Bronquiectasias. Bronquiolititis obliterans. En: Cobos. Pérez-yarza. Tratado de Neumología Infantil. Ergon (Madrid). 2003:499-513.
9. Li AM, Sonnappa S, Lex C, Wong E, Zacharasiewicz A, Bush A, Jaffe A. Non-CF bronchiectasis: does knowing the aetiology lead to changes in management? Eur Respir J 2005; 26: 8-14 DOI: 10.1183/09031936.05.00127704.

10. Oliveira J.B, Fleisher T.A. Laboratory evaluation of primary immunodeficiencies. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;125(2):S297-S305.
11. Bastardo CM, Sonnappa S, Stanojevic S, Navarro A, Mondejar Lopez P, Jaffe A y cols. Non-cystic fibrosis bronchiectasis in childhood: longitudinal growth and lung function. *Thorax* 2009; 64; 246-251.
12. McCool FD, Rosen MJ. Nonpharmacologic airway clearance therapies: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006;129 1 Suppl:250S-9S.
13. Bradley JM, Moran FM, Elborn JS. Evidence for physical therapies (airway clearance and physical training) in cystic fibrosis: an overview of five Cochrane systematic reviews. *Resp Med*. 2006; 100:191-201.
14. Byrnes C. Non cystic fibrosis bronchiectasis. *Paediatric Respiratory Reviews*. 2006. 7S. S255-257.
15. Kevin W. Garey, Anita Alwani, Larry H. Danziger and Israel Rubinstein. Tissue Reparative Effects of Macrolide Antibiotics in Chronic Inflammatory Sinopulmonary Diseases. *Chest* 2003;123; 261-265 DOI 10.1378/chest.123.1.261.
16. Davis G, Wilson R. Prophylactic antibiotic treatment of bronchiectasis with azithromycin. *Thorax*. 2004;59:540-1.
17. Crockett AJ, Cranston JM, Latimer KM, Alpers JH. Mucolytics for bronchiectasis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(1): CD001289.
18. Wills P, Greenstone M. Inhaled hyperosmolar agents for bronchiectasis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(2):CD002996. 46. O'Donnell A, Barker AF, Ilowite JS, Fick RB. Treatment of idiopathic bronchiectasis with aerosolized recombinant human DNase. *rhDNase study group. Chest*. 1998;113:1329-34.
19. Chang CC, Morris PS, Chang AB. Influenza vaccine for children and adults with bronchiectasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD006218. DOI: 10.1002/14651858.CD006218.pub2.
20. Chang CC, Singleton RJ, Morris PS, Chang AB. Pneumococcal vaccines for children and adults with bronchiectasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD006316. DOI: 10.1002/14651858.CD006316.pub3.
21. Balkanli K, Genç O, Dakak M, Gürkök S, Gözübüyük A, Caylak H, et al. Surgical management of bronchiectasis: analysis and short-term results in 238 patients. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2003; 24:699-702.
22. Bastardo CM, Sonnappa S, Stanojevic S, Navarro A, Lopez PM, Jaffe A, Bush A. Non-cystic fibrosis bronchiectasis in childhood: longitudinal growth and lung function. *Thorax*. 2009 Mar;64(3):246-51. Epub 2008 Dec 3.
23. Eastham KM, Fall AJ, Mitchell L, Spencer DA. The need to redefine non-cystic fibrosis bronchiectasis in childhood. *Thorax*. 2004; 59:324-7
24. Evans DJ, Bara AI, Greenstone M. Prolonged antibiotics for purulent bronchiectasis in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(2):CD001392.
25. Cantón R, Cobos N, De Gracia J, Baquero F, Honorato J, Gartner S, et al. Antimicrobial therapy for pulmonary pathogenic colonisation and infection by *Pseudomonas aeruginosa* in cystic fibrosis patients. *Clin Microbiol Infect*. 2005;11:690-703.
26. Vendrell M, De Gracia J. Antibioticoterapia inhalada. *Arch Bronconeumol*. 1997;33:41-8.
27. Ramsey BW, Pepe MS, Quan JM, Otto KL, Montgomery AB, Williams-Warren J, et al. Intermittent administration of inhaled tobramycin in patients with cystic fibrosis. *N Engl J Med*. 1999;340: 23-30.
28. Barker AF, Couch L, Fiel SB, Gotfried MH, Ilowite J, Meyer KC, et al. Tobramycin solution for inhalation reduces sputum *Pseudomonas aeruginosa* density in bronchiectasis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;162:481-5.
29. Orens JB, Estenne M, Arcasoy S, Conte JV, Corris P, Egan JJ, et al. International guidelines for the selection of lung transplant candidates: 2006 update – a consensus report from the Pulmonary Scientific Council of the International Society for Heart and Lung Transplantation. *J Heart Lung Transplant*. 2006;25:745-55.

R. Gil, M. Cols, S. Rovira, A. Escribá, JL. Séculi
Unidad de Neumología. Servicio de Pediatría
Hospital Sant Joan de Déu



Caso clínico: cianosis

Motivo de consulta

Lactante de 20 meses que acude a urgencias por coloración violácea peribucal y zonas acras de 12 horas de evolución (Imagen 1 y 2). No presenta fiebre ni tos ni dificultad respiratoria ni otros síntomas acompañantes.

Antecedentes patológicos

Sin interés.



Imagen 1



Imagen 2

Exploración física y constantes

Tª 36°C. FC 116; FR 22 x'. TA 104/66 mmHg. Sat Hb 93 %.

El aspecto de la paciente es bueno y no hay signos de dificultad respiratoria. La vía aérea es permeable y la auscultación cardiorespiratoria normal. Se aprecia cianosis peribucal y acra con buena perfusión periférica y tiempo de recaptación < 2 segundos. Resto de exploración física normal.

Conducta en urgencias y evolución

En urgencias, en primera instancia se administra oxigenoterapia, pero no se consigue normalizar sat Hb. Presenta una cianosis central, pero no parece tratarse de una enfermedad cardiovascular (no hay soplos, ni taquicardia, ni hepatomegalia) ni respiratoria.

Se reinterroga a la familia y explican la ingesta de un puré de verduras preparado 3 días antes. Ante este dato se extrae analítica sanguínea para determinación de metahemoglobina (MetaHb) y se aprecia ya en este momento un color "achocolatado" de la sangre típico de las metahemoglobinemias. El nivel de MetaHb es del 23 %, por lo que ante esta determinación y la clínica de la paciente se administra azul de metileno e.v. a 1 mg/kg normalizándose en poco tiempo el color de la paciente, tal y como se aprecia en la **imagen 3 y 4**.



Imagen 3



Imagen 4

Es dada de alta a las 24 horas, con una MetaHb de 1,2 %

Una semana más tarde acude de nuevo a urgencias con la misma sintomatología. En ese momento se determina MetaHb que es del 16,3% y se administra de nuevo azul de metileno.

Se reinterroga y ahora no admiten haber dado ningún puré de verduras pero sí que refieren la utilización de unos zapatos que habían teñido de color negro y que también se los había puesto la semana anterior cuando le ocurrieron los mismos síntomas. Por ello se orienta finalmente como **Metahemoglobinemia secundaria a anilinas (tinte del calzado)**.

Fue dada de alta en 24 horas y remitida a consultas externas de hematología que ha realizado una analítica para determinación de glucosa 6-P deshidrogenasa y estudio enzimático y de hemoglobinas que ha sido normal.

METAHEMOGLOBINEMIA

La metahemoglobinemia es una enfermedad que se origina cuando el grado de oxidación del hierro contenido en el grupo hemo supera los mecanismos compensadores de los hematíes, pasando al estado férrico, que es incapaz de transportar oxígeno y dióxido de carbono.

Esta enfermedad puede ser de causa congénita (deficiencias enzimáticas o presencia de hemoglobina M) o adquirida por contacto o ingesta de agentes oxidantes exógenos tóxicos como tintes de anilina, nitrobenzeno, o compuestos nitrogenados de diferentes procedencias. Por todo ello es necesario un alto índice de sospecha para realizar un diagnóstico y tratamiento correcto del cuadro.

Los casos clínicos descritos con más frecuencia en la literatura se deben a metahemoglobinemias adquiridas por compuestos nitrogenados, ya sea por nitratos contenidos en el agua de algunas zonas o por los nitritos que contienen algunas verduras utilizadas para los purés que posteriormente no son almacenados de forma correcta. El caso presentado en esta ocasión (metaHb por anilinas), aunque mucho menos habitual también está descrito y es preciso conocerlo para interrogar también sobre esta posibilidad ya que en nuestro caso en la primera consulta no se preguntó y por ello no se descubrió y motivó un segundo episodio.

El principal signo clínico es la cianosis rápida y progresiva, con aparente buen aspecto y sin clínica respiratoria ni cardiovascular. En ocasiones presenta repercusión hemodinámica con taquicardia, polipnea o incluso pueden presentar acidosis metabólica, arritmias cardíacas, y sintomatología neurológica. La gravedad del cuadro clínico está relacionada con el nivel de metaHb sanguíneo, apareciendo la cianosis como primer síntoma con cifras superiores a 1,5 g/dl, lo que en una persona sana corresponde aproximadamente al 10-15%. Niveles de metaHb superiores al 70% pueden ser fatales incluso en

pacientes previamente sanos.

El tratamiento de las metahemoglobinemias adquiridas se basa en estabilizar al paciente, administrar oxígeno, retirar el tóxico si es posible y descontaminación intestinal en caso de que sea preciso. La administración del antídoto (azul de metileno a 1-2 mg/kg/e.v.) se reserva para los casos que presenten sintomatología o niveles de metaHb superior al 20%. Pueden repetirse varias dosis si es preciso, aunque dosis altas pueden producir hemólisis.

Yolanda Fernández; Judith Ángel
Servei de Pediatria
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona



Comencen les primeres Infermeres Internes Residents en l'especialitat "Infermeria Pediàtrica"



El Infermer/a especialista en Pediatria es va diferenciar a Espanya l'any 1964 davant del convenciment que els problemes de salut i la necessitat de les cures que es presenten durant la infància i adolescència són molt diferents dels que requereixen els adults. Es per aquest motiu pel que, anys després, mitjançant el "Real Decreto 450/2005 del 22 d'abril", que s'inscriu en el marc de la LLEI 44/2003 del 21 de Novembre (Ley de Ordenación de las Profesion Sanitarias), que en el Títol II aborda una nova regulació de les diferents especialitats en Ciències de la Salut, es dona relleu a l'**Infermera Especialista en Pediatria**.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS), mitjançant la proposta de Salut per a Tothom en el segle XXI, a la Regió Europea marca un objectiu concret: "començar la vida amb bona salut". Recomana estratègies per a la seva consecució dirigides al nen, l'adolescent, la família i l'àmbit educatiu. Es marquen unes fites per l'any 2020, finalitats que s'han tingut en compte a l'hora de la elaboració del programa formatiu de aquests especialistes.

L'Infermer/a Especialista en Pediatria ha de saber donar resposta adequada a les necessitats, personalitzar les cures i coordinar els diferents nivells assistencials.

L'Infermer/a Especialista en Pediatria és el professional capacitat per proporcionar cures infermeres especialitzades de manera autònoma, durant la infància i adolescència, en tots els nivells d'assistència, incloent la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i l'assistència al nadó, nen, adolescent sà i malalt i la seva rehabilitació, dins d'un equip multi professional i amb la col·laboració d'infermeres d'altres àmbits.

Metodologia docent

Aquests Infermers Residents es formen per mitjà del autoaprenentatge supervisat per un tutor, han de cercar i se-

leccionar informació mitjançant la lectura d'articles, participar en fòrums d'opinió, utilitzar recursos on-line, participar en cursos i seminaris directament relacionats amb les competències pròpies, assistir a sessions de simulacions, actualitzacions i discussió de casos del centre a on estiguin desenvolupant la seva rotació.

L'Infermer/a Resident de Pediatria ha d'assumir el compromís amb el seu aprenentatge, per aconseguir el màxim en la seva capacitat professional i adquirir els coneixements, habilitats i actituds previstes en el programa docent.

Quan l'Infermer/a Resident acabi la seva especialització ha d'haver assolit unes competències que son:

- Competències en comunicació
- Competències en gestió clínica
- Competències docents
- Competències en recerca
- Competències d'intervenció avançada en l'àmbit pediàtric.
- Els Infermers/ infermeres residents han que portar un Diari/Quadern a on anotaran totes les activitats que realitzen, tindran una reunió amb el tutor assignat com a mínim cada tres mesos.

També existeix la figura de l'Infermer/a referent que és la que als llocs de la rotació l'acompanyarà en els seus primers dies i serà la referent durant tota la rotació.

Per la **professió infermera** és imprescindible la especialització en tots els àmbits, amb la finalitat de poder donar a la societat un nivell d'atenció sanitària de qualitat, és per això pel que ens felicitem al poder dir que ja tenim especialitats Infermeres i que poc a poc es podran crear noves especialitats.

En el nostre hospital des del mes de Maig de 2012 tenim 6 Infermeres Residents de Pediatria, estan començant la Rotació per Atenció Primària, Escoles Especials, Consulta Infermera, i a partir del mes de Setembre començaran la rotació per les plantes d'hospitalització.

A part d'aquestes infermeres que estan fent la especialitat via residència, moltes de les infermeres de plantilla del hospital estan pendents de l'examen de competències per poder accedir al títol d'especialista, amb la qual cosa en poc temps comptarem amb un número important d'Infermeres Especialistes de Pediatria.

Maria PADRÓ HERNANDEZ

Presidenta de la Subcomissió de Docència d'Infermeria
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona



L'equip pediàtric Alt Penedès a les xarxes socials

Des del passat 1 de juny, l'Equip Pediàtric Alt Penedès s'ha incorporat a la blogosfera mitjançant un blog d'informació exclusivament pediàtrica.

L'objectiu del blog és difondre informació pediàtrica contrastada per la evidència científica i interaccionar amb els pares per ajudar a millorar els recursos propis de les famílies i facilitar una actuació més autònoma.

La informació present al blog en cap cas no reemplaça sinó que complementa la relació metge pacient i en cas de dubte s'ha de consultar amb el pediatra o infermera de la família.

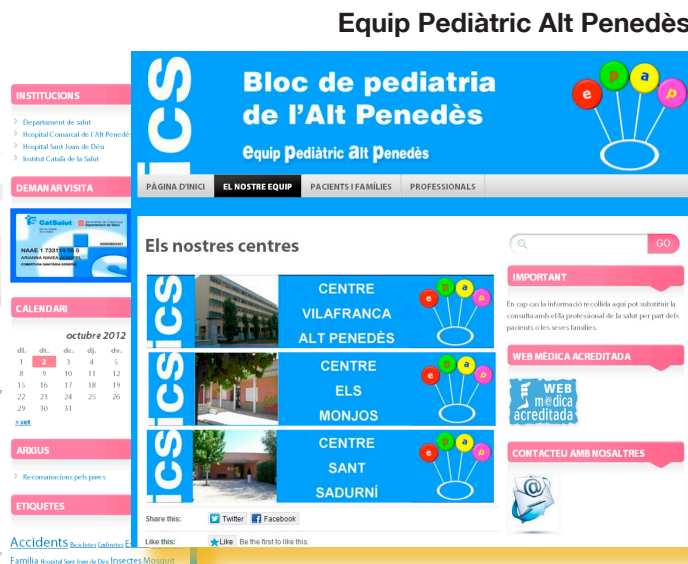
El seu contingut estarà relacionat amb l'actualitat pediàtrica, projectes de l'equip, actes, etc. També es pot utilitzar per sol·licitar vistes, per tant, facilitarà la interacció mitjançant les xarxes socials.

La informació és contrastada i intenta ser concisa i aclaridora. Avalada per l'acreditació WMA "Programa de Qualitat i Certificació Web Mèdica Acreditada" del Col·legi de Metges de Barcelona, que certifica el contingut mèdic seguint els codis ètics i deontològics del consell de Col·legis mèdics de Catalunya i, per tant, ajuda a les famílies a obtenir una informació segons criteris científics en relació a la salut dels seus nens.

L'adreça del bloc és:

<http://icspediatriaaltpenedes.wordpress.com/>,

també tenim un compte a twitter on anirem anunciant les entrades que anem afegint al blog, ho podeu trobar a @pedialtpenedes.



Equip Pediàtric Alt Penedès



CAPIBE Sant Joan de Déu: una iniciativa per a la millora de l'atenció pediàtrica de Barcelona Esquerra

Una part de l'àrea d'influència de l'HSJD està ubicada a la ciutat de Barcelona, concretament als districtes d'Exemple Esquerra, Sants-Montjuïc, Sarrià-Sant Gervasi i Les Corts, que formen part de l'anomenada Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra estructurada en 19 Àrees Bàsiques de Salut. A aquest territori habiten al voltant de 65.000 menors de 14 anys i a prop de 90.000 menors de 18 anys, és per tant una població pediàtrica molt numerosa que requereix disposar d'una organització de la seva atenció adequada i adaptada a la seva realitat. Els principals proveïdors públics dels quals depèn aquesta atenció pediàtrica són el ICS, CAPSE, EAP Poble Sec, EAP Sarrià i HSJD.





Durant els últims anys, diversos exercicis d'anàlisi havien evidenciat que en aquest territori existien una sèrie d'elements de millora en els diferents nivells assistencials. Els més destacables serien els següents:

- **Pediatría d'Atenció Primària:**
 - » Diferents ABS inclouen un número petit de pediatres, fet que complica la gestió del recurs humà i la formació continuada.
 - » Problemes vinculats a difícil accessibilitat a l'atenció d'algunes especialitats per distància geogràfica i temps d'espera.
- **Pediatría especialitzada:**
 - » Dificultats per acordar i implementar criteris adequats de derivació amb atenció primària i amb especialistes d'adults.
- **Pediatría d'urgències:**
 - » Gran dispersió de l'atenció pediàtrica urgent entre diferents dispositius de Barcelona, que dificulta les dinàmiques de col·laboració amb atenció primària i especialitzada.

Fruit d'aquest anàlisi, a partir de la col·laboració entre tots els proveïdors del territori que va rebre el impuls del CatSalut, es va plantejar posar en marxa un dispositiu d'atenció pediàtrica integral al carrer Numància nº 7, on la Orde de Sant Joan de Déu va construir en els últims anys uns equips de salut, l'anomenat Centre d'Atenció Pediàtrica Integral de Barcelona Esquerra (CAPIBE Sant Joan de Déu). Les característiques més importants d'aquest dispositiu serien:

- Desenvolupament d'una Unitat d'Urgències Pediàtriques per a l'atenció de les urgències de baixa i moderada complexitat i l'estabilització i derivació de les d'alta complexitat.
- Concentració dels equips pediàtrics de primària de les àrees bàsiques 3E, 3G, 4A i 4B (gestionades pel ICS) i la 4C (gestionada per CAPSE), és a dir, uns 15 equips en total.
- Desplaçament d'especialistes de HSJD d'especialitats amb elevada prevalença com immunoal·lèrgia, cardiologia, ortopèdia, ORL, Oftalmologia, cirurgia pediàtrica, neurologia, gastroenterologia o endocrinologia.

Pensem que en l'actual marc de restricció econòmica general i específic de l'entorn salut, només iniciatives que siguin fruit de la col·laboració entre proveïdors i que reorganitzin recursos ja existents a partir d'una anàlisi tècnica de la realitat present, ens poden permetre aconseguir una millora de la qualitat de l'atenció que prestem als nostres ciutadans.

Hospital Sant Joan de Déu



Formació continuada

Cursos de l'Àula de Pediatria

Aquesta és la proposta d'alguns cursos de l'Àula de Pediatria de l'Hospital Sant Joan de Déu pel proper trimestre:

- Abús sexual en la infància: detecció i intervenció en l'àmbit sanitari.
10 d'octubre de 2012
- Curs d'infectologia i patologia importada en pediatria.
18 d'octubre de 2012
- Curs de dermatologia pediàtrica per a pediatres.
18 d'octubre de 2012
- Curs d'actualització en al·lèrgia i immunologia clínica 2012.
25 d'octubre de 2012
- IV Curs de posta al dia en les cures respiratòries pediàtriques
30 d'octubre de 2012
- VII Curs de lactància materna. Nadó a terme.
10 d'octubre de 2012



Si voleu més informació:

Ana Sáez

Direcció Docència / Àula de Pediatria / Hospital Sant Joan de Déu
Telèfon 932532130 / FAX 932804179 / direcciodocencia@hsjdbcn.org
HSJD Oferta docent a TWITTER: <http://twitter.com/HSJDBCNAula>



Comentari al llibre: “Practica clínica centrada en el pacient” del Dr. Francesc Borrell i Carrió

Francesc Borrell i Carrió



Práctica clínica
centrada en el paciente

Molts de nosaltres, durant el període de formació, hem trobat a faltar aspectes relacionats amb la comunicació i l'entrevista clínica i hem après a caminar aquest camí, ensopegant sovint, però amb la convicció que la manera de comunicar és una eina potent i eficaç. La intuïció i el reforç del model, per part d'alguns dels nostres mestres, ens ha fet avançar per aquest camí, en un temps en que domina el coneixement tecnològic per sobre de l'humanístic. En la nostra formació, no hem après específicament ciències com la psicologia, la filosofia, la sociologia o la història, però a mesura que hem desenvolupat la nostra carrera professional hem tingut la necessitat de recórrer a alguna de les anteriors ciències per entendre el comportament i el patiment humà. Entre els companys, en múltiples ocasions, he escoltat, i no sense manca de raó, que amb el que hem d'aprendre per ser un bon pediatre o un bon infermer de pediatria no podem dedicar el temps a llegir d'altres coses.

Després d'haver-me preguntat, en múltiples ocasions, si he de dedicar el meu limitat temps a millorar la formació en aspectes humanístics com l'entrevista i la comunicació amb les famílies, ara, en la meua pràctica i experiència no tinc cap dubte el tresor que suposa haver dedicat un temps previ a conèixer millor a les famílies, guanyar-me la seva confiança i explorar les seves creences; aprenent a respectar les seves idees, cultivant dia a dia la seva autonomia i dedicant un temps a la reflexió de la meua manera de fer i analitzar els aspectes a millorar.

Per exemple, efectuar una valoració, en un breu espai de temps, amb la consulta plena de nens, quan el nen està malalt i aconseguir que les meves recomanacions siguin precises i concises, sense que generin mals entesos. Quantes vegades en la nostra pràctica hem sentit comentaris per part de les famílies de l'estil “llavors el nen no tenia res clar el va visitar en dos minuts i em va dir que no tenia res, el vaig portar a l'hospital i em van dir que encara sort que l'havia portat perquè tenia molta febre i això podia haver derivat en una meningitis” i m'he preguntat com es poden evitar aquestes situacions o almenys minimitzar-les i afrontar-les perquè no siguin un desgast emocional afegit.

El llibre “Practica clínica centrada en el pacient” del Dr. Francesc Borrell i Carrió m'ha facilitat entendre, millorar i organitzar mentalment les meves prioritats en relació a la consulta diària en els aspectes pràctics. El Dr F. Borrell desenvolupa magistralment en el seu llibre, què suposa el pacient com a persona, aprofundeix sobre la seva personalitat, temperament i caràcter; les habilitats socials, l'aproximació empàtica al pacient, el coneixement de la família, els models d'entrevista clínica, el model biopsicosocial, la pràctica reflexiva i una part d'aplicació pràctica basada en un programa d'autoaprenentatge.

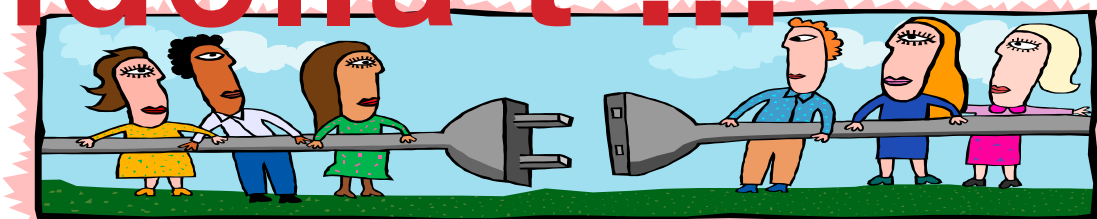
No és específicament un llibre de pediatria, però el seu contingut és totalment aplicable a la consulta de pediatria. Penso que per als professionals de la pediatria, tant pediatres com infermeres, la lectura d'aquest llibre ens pot ajudar a gaudir encara més de la pràctica diària; reconeixent l'oportunitat que se'ns ofereix, tal com diu el clàssic, de curar de vegades, alleujar el patiment sovint i consolar sempre. .

Vicente Morales Hidalgo

Pediatra



Endolla't !!!



Endolla't a Nous Vincles !!!

Aprender de los errores



En los países desarrollados, la seguridad del paciente, que puede definirse como “la ausencia, prevención o minimización de los daños producidos durante el proceso de atención sanitaria”, constituye una prioridad en la organización de sus sistemas sanitarios. Resulta una obviedad afirmar que a pesar de todas las medidas encaminadas a incrementar la calidad y seguridad de los pacientes, la práctica clínica es y será una actividad ligada de manera inexorable a la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre y a la asunción de determinados riesgos. Es importante tener en cuenta que la precisión diagnóstica y terapéutica de los profesionales sanitarios presenta una importante variabilidad, que es debida a la propia enfermedad, al nivel de conocimiento y disponibilidad de tecnología para tratarla, al niño concreto que la padece y al profesional que lo trata.

Algunas de las estrategias de seguridad pretenden conseguir la detección y minimización de los efectos adversos cuando se presenten y permitir analizar sus causas y difundir los conocimientos adquiridos. Es imprescindible para ello, conseguir sistemas de notificación de errores y sucesos adversos que sean rigurosos y eficaces. También son lógicamente muy importantes las iniciativas dirigidas a aumentar la sensibilización frente a este problema y las dirigidas a la mejora de la práctica clínica.

Los sistemas de registro y notificación pueden contemplar dos categorías básicas de episodios, los accidentes o eventos adversos y los incidentes (“near misses” o “close calls” en terminología anglosajona). Un evento adverso es una lesión a un paciente como consecuencia de la intervención sanitaria, independientemente de sus condiciones subyacentes; y un incidente es una acción o un conjunto de acciones por comisión u omisión que podría haber producido daño al paciente, pero que no lo han hecho, habitualmente al ser detectadas antes de producirlo. Puede concluirse que un incidente es idéntico a un evento adverso salvo en el resultado, es decir, en la presencia de lesiones en el paciente producto de la atención sanitaria. Los sistemas de registro y notificación no deben pretender ser una estimación de la frecuencia de los eventos adversos y de los incidentes en el sector sanitario, sino una forma de obtener una información valiosa sobre la cascada de acontecimientos que llevan a la producción de estos acontecimientos, para poder aprender de esos errores.

La Joint Commission propone como factores contribuyentes que deberían formar parte de los sistemas de registro los siguientes:

- **Factores humanos:** ratio profesional/ paciente, turnos, fatiga y capacitación.
- **Factores del proceso:** análisis de los fallos en los diferentes pasos.
- **Equipamiento:** mantenimiento reactivo y proactivo. Obsolescencia.
- **Factores ambientales:** Ruido, iluminación, espacio y mobiliario.
- **Gestión de la información:** comunicación intra y extraequipo.
- **Liderazgo:** cultura de la organización con respecto a la seguridad.
- **Supervisión adecuada.**

El análisis de los factores contribuyentes o condiciones latentes constituyen una parte esencial de los sistemas de notificación de manera que su registro permite identificar las causas menos inmediatas y consecuentemente alcanzar su corrección.



Los sistemas de identificación de situaciones de riesgo deberían nutrirse de la información voluntaria y anónima por escrito de situaciones que han lesionado o podrían haber lesionado a un paciente y la filosofía de actuación no debería basarse en “¿quién es el responsable?” si no en el análisis cuidadoso de “¿qué ha ocurrido?”, “¿por qué ha ocurrido?” y, sobre todo, “¿qué puede hacerse para evitarlo?”

Lo realmente importante delante de un error, pues, es saber cómo y dónde sucedió y razonar por qué sucedió, no quién lo cometió. Es indispensable la creación de un clima de confianza que envuelva la declaración de estos sucesos.

En el ámbito del ejercicio pediátrico debe analizarse cuidadosamente el hecho de comunicar los errores a las familias o a los propios pacientes en el caso de que sean considerados maduros para recibir la información, al menos, puede considerarse controvertida la conducta a seguir. En el caso de errores que tengan consecuencias graves existe obliga-



toriedad de su comunicación y desde el punto de vista moral parece incuestionable el hecho de comunicar la verdad a los responsables del niño, éstos tienen derecho a conocer la realidad de los hechos y deben asumirse las consecuencias que puedan derivarse, incluidas obviamente las posibles sanciones que pudieran generarse. Ocultar la verdad sería moralmente reprochable y en muchas ocasiones difícil de conseguir, ya que habitualmente diversas personas conocerían los hechos por lo que, con relativa facilidad, la realidad podría conocerse posteriormente, pudiendo tener consecuencias negativas desde el punto de vista legal.

La comunicación de incidentes sin consecuencias, afortunadamente los más frecuentes, precisamente por esa frecuencia, podría generar desconfianza de los padres hacia los profesionales sanitarios y enturbiar la relación al socavar la confianza mutua, fundamental y de incuestionable necesidad en la relación siempre compleja y a veces complicada que se establece en torno a un niño enfermo. Desde un punto de vista moral, decir siempre la verdad debería ser lo correcto, aunque por los motivos comentados podría ponerse en entredicho dicha conducta ya que generaría, en ocasiones, la imposibilidad de una correcta relación profesionales-padres.

Debe tenerse en cuenta que, como se ha comentado, una de las características que se consideran fundamentales para el buen funcionamiento de los sistemas de registro, es la garantía del anonimato en la declaración de los errores, por lo que pretender la comunicación de todos los errores acaecidos, entra en contradicción evidente con esa filosofía. Debería diseñarse la conducta a seguir valorando las cuestiones comentadas.

En ocasiones los padres pueden detectar errores o posibles desajustes en las conductas terapéuticas o diagnósticas llevadas a cabo; es importante señalar que en la actualidad y en un futuro inmediato debería contarse con los padres como colaboradores capaces de crear una barrera más contra los eventos adversos. Posiblemente, en esas circunstancias el trato prolongado con los profesionales sanitarios facilite el manejo de estas cuestiones, no obstante será fundamental siempre, al diseñar la conducta a seguir respecto a la comunicación de los errores, calibrar las características de la familia para afrontar de manera individualizada toda la problemática.

La sociedad debe comprender que los errores y sus posibles consecuencias negativas son una posibilidad en cualquier actuación médica, como sucede en otras actividades humanas, aunque es comprensible que esa capacidad de

comprensión se reduzca cuando se trate de errores que tienen consecuencias directas para ellos mismos o a su círculo más íntimo. Desde el punto de vista mediático es innegable la trascendencia que adquieren los supuestos errores médicos y el tratamiento muchas veces sesgado y en ocasiones incluso malintencionado que se hace de ellos, en aras de una difusión que no conduce en absoluto a comprender y admitir la infalibilidad del ejercicio sanitario, si no más bien a escandalizar mediante la hipertrofia de sus posibles deficiencias.

Dada la repercusión social, mediática, económica y legal de lo tratado es fundamental promover la reflexión, la discusión y la colaboración con foros y asociaciones de pacientes, medios de comunicación y el entorno de la judicatura y del aseguramiento. En relación a la formación sobre seguridad clínica y efectos adversos, debe destacarse la mejora de los conocimientos y propugnarse una modificación de actitudes y nuevas habilidades de comunicación. Son indispensables para el perfeccionamiento en esa línea de cambios profundos, en las facultades de medicina y en la formación continuada de todos los profesionales sanitarios. Es posible que con excesiva frecuencia se transmita en la enseñanza de la medicina una cierta cultura de certidumbre e infalibilidad que inculque en los nuevos médicos actitudes y comportamientos poco proclives a la aceptación del error y mucho menos a su comunicación posterior. Es preciso conseguir la madurez necesaria, tanto en los profesionales sanitarios dedicados al ejercicio pediátrico como en los padres de los pacientes, que permita una valoración justa, mediante la que se pueda diferenciar claramente la conducta inadmisibles, que obviamente no puede ni debe ser tolerada, de la que, aunque errónea, es comprensible y susceptible de ser mejorada.

Bibliografía

- Bartolomé A., Gómez Arnau JI, García del Valle S, González-Arévalo, Santa-Ursula JA e Hidalgo I. Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20(4):228-34.
- Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Rev Calidad Asistencial. 2005;20:216-22.
- Borrell F. Seguridad clínica en atención primaria. Los errores médicos. Aten Primaria. 2011. doi:10.1016/j.aprim.2011.07.013.
- Camí J., Aubia J., de Lorenzo R. La gestión de los errores médicos. Cuadernos de la 2002. Fundació Víctor Grífols i Lucas. nº 7.
- Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
- Michel P, Aranaz J, Limón R, Requena J. Siguiendo la pista de los efectos adversos: cómo detectarlos. Rev Calidad Asistencial. 2005;20:204-10.
- Sharek PJ, Classen D. Incidencia de episodios adversos y de errores médicos en pediatría. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 2006; 53:1067-1077.
- Woods D, Thomas E, Holl J, Altmann S, Brennan T. Adverse events and preventable adverse events in children. Pediatrics 2005; 115:155-60.

Fco. José Cambra
Unitat de Cures Intensives Pediàtriques.
Hospital Sant Joan de Déu





Consells KidsHealth.

Consells per a pares

7 maneras de criar a un niño globalizado

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/padres/global_esp.html#cat20286

Cómo enseñar tolerancia a sus hijos

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/padres/tolerance-esp.html#cat20286

¿Problemas financieros? Cómo hablar con los niños cuando hay escasez de dinero

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/padres/financial_woes_esp.html#cat20286

Juguetes inteligentes para cada edad

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/padres/tolerance-esp.html#cat20286

Consells per a nens

Problemas para leer: dislexia

http://kidshealth.org/kid/en_espanol/cuerpo/dyslexia_esp.html#cat20268

Consells per a adolescents

5 maneras para mostrar respetuosamente tu desacuerdo

http://kidshealth.org/teen/en_espanol/escuela/tips_disagree_esp.html#cat20287



Educational Partner

www.kidshealth.org

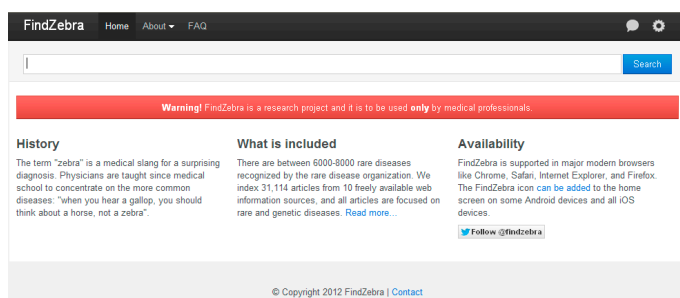


Dr. Santi García-Tornel

El portal KidsHealth ofereix una font inesgotable de recursos educatius de gran utilitat a la consulta diària. Aquest mes m'he permès de seleccionar els següents:



¿Sabe lo que es un “zebra case”?



El uso del buscador Google como herramienta diagnóstica ha sido objeto de polémica desde la publicación del artículo “Googling for a diagnosis—use of Google as a diagnostic aid: internet based study” en la revista BMJ en 2006 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1676146/>). En él los autores llegan a la conclusión de que, para los casos difíciles de diagnóstico médico, es útil utilizar la búsqueda en Google como una herramienta para encontrar el diagnóstico. Los casos médicos difíciles suelen ser enfermedades raras y con una prevalencia muy baja. También el pediatría Google ha sido de utilidad para el diagnósticos difíciles: “**Doctor Google’ ending the diagnostic odyssey in lysosomal storage disorders: parents using internet search engines as an efficient diagnostic strategy in rare diseases.**” Aparecido en la revista Arch Dis Child en 2010 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20418338>). Con el fin de evitar en lo posible las “zebra case” el proyecto **FindZebra** (<http://rarediseases.imm.dtu.dk/FindZebra/default/index>) tiene una base de datos enorme.

Admiro a muchas personas por su tesón y buen hacer. Inasequibles al desaliento, se marcan un objetivo y lo logran. Dice el refrán que el que la sigue la consigue. Hay un blog, “**Pediatría basada en pruebas**”, destinado a la aplicación de los postulados de la Medicina Basada en la Evidencia o en Pruebas a la especialidad de Pediatría. Los contenidos de este blog están especialmente dirigidos a profesionales sanitarios interesados en la salud infanto-juvenil. Su creador es José Cristóbal Buñuel Álvarez, especialista en pediatría y áreas específicas desde 1990. Actualmente ejerce su especialidad en el ámbito de atención primaria, en el Àrea Bàsica de Salut Girona-4 (Institut Català de la Salut, Girona, España) y, actualmente, Javier González de Dios, especialista en pediatría y áreas específicas, que trabaja en el Departamento de Pediatría del Hospital General Universitario de Alicante (España) es coeditor del mismo. Un esfuerzo titánico que les ha llevado a crear una revista on line **Evidencias en Pediatría** que dirigen junto a la Dra. Paz González. Esa revista es otro ejemplo del trabajo bien hecho. La redacción de sus artículos lleva un trabajo increíble de metodología y reflexión. También están iniciando un metabuscador pediátrico en español. No creo romper la confidencialidad si digo que ya está bautizado; se llamará PediaClic.

Pero vuelvo a la pregunta inicial: ¿Sabe lo que es un “zebra case”?

Santiago García-Tornel Florensa

Profesor Asociado de la UB
Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu





CAPIBE Sant Joan de Déu: una iniciativa per a la millora de l'atenció pediàtrica de Barcelona Esquerra

Telèfon/MAIL de consulta entre professionals

Es tracta d'un circuit per tal de posar en comunicació el/la **pediatr@ o infermer@ d'APS** amb un homòleg especialista de l'HSJD per al bescanvi d'opinió clínica a l'entorn d'un cas clínic concret de maneig complex.

Es pot activar quan des de l'APS es precisa fer una consulta d'un cas clínic complex, per comentar, i consensuar si s'escau, un procediment diagnòstic i/o terapèutic.

Per tal d'establir la comunicació cal trucar o, millor, enviar un mail a l'adreça.



Telèfon de consulta professional?

605 695 348

Correu electrònic:
aps@hsjdbcn.org



En cas de trucar per telèfon es recolliran les dades de cada cas, si el contacte es fa per via electrònica cal explicitar les següents dades,

- **Pediatr@/Infermer@ d'APS demandant:** nom i cognoms del metge demandant. ABS. Telèfon directe del pediatr@/infermer@ demandant i e-mail contacte
- **Dades del cas:** Nom i cognoms. CIP. Telèfon de contacte. Edat. Dades sanitàries: antecedents rellevants, visites prèvies a HSJD, quadre clínic actual. Pregunta assistencial.
- **Especialitat de l'HSJD proposada per a contactar.**

Ens comprometem a respondre en un termini màxim de 48 hores !



Els membres del Comitè de Redacció desitgem que el contingut d'aquest NOUS VINCLES et pugui ser d'utilitat. Així mateix et demanem que ens ajudis a millorar els propers números. Fes-nos arribar els teus suggeriments a

nousvincles@hsjdbcn.org

La teva participació serà ben vinguda i la tindrem en compte.

Podeu trobar aquest exemplar de NOUS VINCLES en format d'alta resolució a la web de l'Hospital Sant Joan de Déu

<http://www.hsjdbcn.org/portal/web/vincles>



HOSPITAL MATERNOINFANTIL - UNIVERSITAT DE BARCELONA

Hospital Sant Joan de Déu
Passeig Sant Joan de Déu, 2
08950 Esplugues de Llobregat
Tel. 93 253 21 00

<http://www.hsjdbcn.org>

Germans de  Sant Joan de Déu



Comitè de redacció

Francisco José Cambra. Metge pediatre. UCI Pediàtrica de l'HSJD. Responsable projecte Cuida'm. **Araceli Cuerva.** Infermera. Cap de l'àrea d'Hospital de Dia de l'HSJD. **Manel Enrúbia.** Metge pediatre. Referent de Pediatria de Barcelona Esquerra de l'ICS. **Jordi Joan Fàbrega.** Webmàster / Tècnic comunicació de l'HSJD. **Yolanda Fernández.** Metgessa pediatra. Servei pediatria i urgències de l'HSJD. **Albert Moltó.** Periodista. Cap de comunicació de l'HSJD. **Francisco Vicente Morales.** Metge pediatre. Direcció Equip de Pediatria Alt Penedès. **Jaume Pérez Payarols.** Metge pediatre. Director d'Innovació, recerca i docència de l'HSJD. **Cèlia Pujol.** Infermera. Direcció Equip de Pediatria Alt Penedès. **Marisa Serra.** Metgessa. Adjunta a la Direcció de Qualitat i Planificació Àrea d'Atenció al Client de l'HSJD. **Josep Lluís Vega.** Metge cirurgia. Adjunt a la Direcció Mèdica de l'HSJD. **Col·laborador:** **Santi García-Tornel.** Metge pediatre. Cap Clínic de Pediatria de l'HSJD.

La informació relativa a aspectes diagnòstics i terapèutics que es publica a NOUS VINCLES, reflecteix el procés d'atenció habitual dels professionals de l'Hospital Sant Joan de Déu i de les entitats col·laboradores. En el moment de ser aplicada a un cas clínic concret, no es pot considerar com un substitut del judici professional qualificat de qualsevol proveïdor de salut, que haurà de contemplar també la història clínica, exploració i condicions de salut específics del pacient.