

vinçcles

PEDIATRIA TERRITORIAL



ÍNDEX

P4 EDITORIAL

P6 SERVEIS A PROP TEU

- Nou tractament pels infants que neixen amb taques de vi de Porto amb un innovador làser i anestèsia local des dels primers dies de vida
- L'estudi Kids Corona mostra una baixa taxa de contagi als casals d'estiu

P10 CONEIXEMENT

- Nena de 3 anys amb dolor en hipogastri, síndrome miccional i febre
- Pubertad precoz: un reto diagnóstico desde la atención primaria
- Prescripció infermera, avui: un recorregut que cal recordar

P27 ATENCIÓ COMUNITÀRIA

- Comissió de lactància materna i grups de suport a la lactància materna de l'Alt Penedès: Com funciona una comissió de lactància materna durant tants anys?

P29 NOU VINCLES

P30 FORMACIÓ

- Curs de protocolització en pediatria d'atenció primària

P32 CIÈNCIA I HUMANISME

- El paper de la bioètica en pediatria

P36 BLOGOSFERA

P38 POSANT EN VALOR

- Entrevista al Dr. Carlos Mainou



EDITORIAL

Dr. Marcelo Andrade Vigo - Pediatra

UNIDAD DE PEDIATRÍA AMBULATORIA. HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU DE BARCELONA

RESPONSABLE CLÍNICO DEL PROGRAMA *VINCLES AMB PRIMÀRIA*

Estamos transitando una época sin precedentes que nos ha llevado a cambiar abruptamente nuestras vidas. Muy probablemente, más allá de las repercusiones negativas, esta crisis como todas, nos brinde una oportunidad para mejorar.

Durante esta pandemia, como parte de las medidas de protección adoptadas, hemos desplazado la **atención presencial** hacia la consulta telemática. Hemos aprendido que ciertas situaciones, que históricamente resolvimos de forma presencial, pueden ser resueltas utilizando la **telemedicina** con la misma efectividad, muchas veces en menos tiempo y con menos molestias para los pacientes y sus familias.

Probablemente, a partir de esta experiencia se inicie un **proceso de transformación** de la atención en **Pediatría General Ambulatoria**. En su evolución, la pediatría ha salido de los hospitales y de los centros de asistencia primaria acercándose progresivamente al entorno habitual de los niños, niñas, adolescentes y sus familias. La telemedicina nos da la posibilidad de acercar aún más la pediatría al ámbito en el que se desenvuelven habitualmente nuestros pacientes: la casa, la escuela y la sociedad en su conjunto.

Si bien las consultas presenciales son fundamentales para la práctica de la buena pediatría, ha llegado el momento de plantearnos en qué situaciones son realmente necesarias y de qué manera debíamos incorporar la telemedicina a nuestro ejercicio profesional para brindar una atención pediátrica más eficiente, completa e integral ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾.

La telemedicina se refiere específicamente a las distintas modalidades de atención médica realizadas a distancia. Los médicos actualmente la utilizamos estableciendo comunicaciones médico-paciente o médico-médico. La telesalud es un concepto más amplio que incluye a la telemedicina y a otras actividades que utilizan tecnologías comunicacionales para la

realización de actividades formativas, de investigación y organizacionales ligadas a la salud. ⁽⁵⁾

En nuestro medio, el programa de consultas entre profesionales se enmarca en **Vincles amb Primària**, una modalidad pionera en telemedicina que permite la comunicación asincrónica - entre los médicos de atención primaria de nuestro territorio y los especialistas de nuestro hospital - que paulatinamente se ha ido incorporando a la práctica diaria en los Centros de Atención Primaria.

Son múltiples las opciones que puede brindar la telemedicina para mejorar la calidad de atención. Quizás deberíamos considerar la realización de consultas conjuntas con especialistas, docentes y otros prestadores, o la realización de consultas de "triage" virtuales para determinar la necesidad o no de una consulta presencial. ^{(1) (2) (3) (4)}

La atención de las consultas espontáneas consume considerablemente los recursos pediátricos disponibles en la atención primaria. Muchas de estas consultas, siguiendo protocolos específicos, podrían ser resueltas de forma virtual por el personal médico y/o de enfermería. ⁽⁴⁾

La telemedicina también nos permite realizar **consultas de seguimiento** de patologías, solicitud de estudios diagnósticos, actualización de indicaciones y la divulgación de pautas de promoción de la salud y preventivas. Debido a lo expuesto y al facilitar el rol coordinador del médico de cabecera también nos da la posibilidad de brindar una mejor atención primaria a niños y adolescentes que padecen trastornos o enfermedades crónicas.

El **telementoring** es una novedosa estrategia de formación a distancia basada en la creación de una comunidad de aprendizaje con la finalidad de diseminar conocimientos, mejorar la capacitación y la integración de los profesionales de los distintos niveles de atención de un área determinada.

A diferencia de la telemedicina tradicional, que se centra principalmente en la atención de un paciente determinado, el **telementoring** actúa como un mecanismo multiplicador.

Por medio de videoconferencias se brindan sesiones clínicas, virtuales, interactivas y periódicas basadas en la presentación y discusión de casos clínicos reales. En cada sesión se presentan y discuten un número estipulado de pacientes con síntomas y/o dolencias similares. En las sesiones participan profesionales de atención primaria y profesionales del hospital terciario. A partir de la capacitación adquirida, los pediatras del primer nivel de atención podrán asistir a pacientes que en circunstancias previas hubiesen derivado.

Cada grupo de aprendizaje está integrado por profesionales de atención primaria interesados en capacitarse en el manejo de aspectos relacionados con alguna subespecialidad o temática determinada y por uno o más expertos del hospital de tercer nivel. Por ejemplo, podrían desarrollarse grupos de **telementoring** en Neurología, Gastroenterología, Endocrinología, Cardiología, Pediatría General Ambulatoria, etc. Una vez capacitados, los médicos de atención primaria podrían actuar como referentes de consulta en sus centros de trabajo.

Para la presentación de los casos se siguen normas preestablecidas. La misma suele estar a cargo de los profesionales del primer nivel de atención. Los pacientes son escogidos de la práctica médica habitual. Una vez presentado cada caso se discute de forma interactiva. Las opiniones de los participantes generan un aprendizaje multidireccional. Los médicos de atención primaria reciben información de los expertos - o mentores - y de otros colegas de atención primaria. A su vez los mentores reciben información de los profesionales de atención primaria lo que les brinda la posibilidad de adquirir información desde un punto de vista diferente.

El **telementoring** permite mejorar la calidad de atención y estandarizar las mejores prácticas. Capacita a los profesionales de atención primaria a brindar una atención más especializada que los

empodera y jerarquiza. Los pacientes reciben una atención de alta calidad cerca de su hogar y por el profesional de cabecera al que conocen, se evitan las esperas para conseguir una consulta presencial con el especialista, también los inconvenientes del traslado y la sobrecarga hospitalaria ⁽⁷⁾.

Por último, la tecnología también nos permite realizar actividades de investigación conjuntas con la participación de centros académicos y de atención primaria.

Espero que esta crisis nos dé la motivación para diseñar y llevar a cabo estrategias asistenciales y académicas novedosas que permitan fortalecer a este gran equipo que integramos los profesionales de los centros de atención primaria, los hospitales de segundo nivel y nuestro querido Hospital Sant Joan de Déu.

BIBLIOGRAFIA

- 1.COMMITTEE ON PEDIATRIC WORKFORCE: The Use of Telemedicine to Address Access and Physician Workforce Shortages. Pediatrics 2015; 136 (1), 202-209.
- 2.Christina A. Olson et al: The Current Pediatric Telehealth Landscape. Pediatrics 2018; 141 (3), e 2017-2334.
- 3.Duffy S, Lee TH. In-person health care as option B. N Engl J Med 2018; 378: 104-6.
- 4.Judd E. Hollander , Brendan G. Carr: Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. N Engl J Med March 11, 2020; DOI 10.1056/NEJMp2003539.
- 5.American Academy of Pediatrics: Bright Futures. 4th Edition.
- 6.Reed V. Tuckson, M.D., Margo Edmunds, Ph.D., and Michael L. Hodgkins, M.D., M.P.H. Telehealth. N Engl J Med 2017; 377: 1585-1592.
- 7.ECHO Project, American Academy of Pediatrics.

SERVEIS A PROP TEU

Nou tractament pels infants que neixen amb taques de vi de Porto amb un innovador làser i anestèsia local des dels primers dies de vida

L'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona és el primer centre d'Espanya que ha incorporat un **Làser Vbeam Prima** de colorant polsat de darrera generació per al tractament de lactants i infants amb malformacions vasculars o taques de vi de Porto a la pell. Aquest làser incorpora millores substancials respecte als que existien fins ara perquè permet **aclarir les taques d'una manera més ràpida**, en menys sessions i en molts casos, **sense haver d'aplicar al nen, anestèsia general**. El nou làser disposa, a més, d'una segona longitud d'ona que permet abordar amb èxit fins i tot les lesions més profundes.

Tres de cada 1.000 infants neixen amb malformacions vasculars o **taques a la pell** -principalment a la cara- que amb el temps es van enfosquint fins a adquirir el to del vi de Porto (motiu pel qual la patologia és coneguda popularment amb aquest nom). Aquestes malformacions vasculars es produeixen durant el desenvolupament embrionari a causa de una **mutació del gen GNAQ** en les cèl·lules de les parets dels capil·lars que causa la formació de més vasos i més dilatats.

L'equip del Servei de Dermatologia de l'Hospital que atén aquests infants i que lidera la doctora Eulàlia Baselga considera que **el tractament d'aquestes taques s'ha d'abordar el més aviat possible** i, si es possible, iniciar-lo poques setmanes després del naixement per evitar l'estigma, complexes i patiment que causa al nen quan creix. El responsable de la Unitat de Làser Dermatològic, Daniel Brualla, explica que fins ara era necessari sotmetre l'infant a una mitjana de 15 sessions de làser per aconseguir **aclarir la taca en un 75% o gairebé eliminar-la**. Amb el nou aparell, el nombre de sessions necessàries és del voltant de 10 i la durada de cada sessió es veu reduïda d'uns 20 a 10 minuts. L'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona és **centre de referència** a l'Estat **per al tractament de les malformacions vasculars i hemangiomes**, i és membre col·laborador de la Xarxa Europea de Referència (ERN) de lesions vasculars.

Compta amb un equip per al diagnòstic, seguiment i tractament dels infants amb aquesta patologia integrat per dermatòlegs, cirurgians, radiòlegs, intervencionistes, tècnics de radiodiagnòstic, oncòlegs, traumatòlegs, oftalmòlegs, genetistes i anatomopatòlegs especialitzats.

L'any 2019 els professionals del Servei de Dermatologia de Sant Joan de Déu van atendre al voltant de **150 nens** de tot l'Estat als quals van practicar un total 225 sessions de làser amb anestèsia i 423 sessions sense anestèsia.



L'estudi Kids Corona mostra una baixa taxa de contagi als casals d'estiu

La plataforma **Kids Corona** que l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona va posar en marxa el passat mes d'abril segueix donant respostes per conèixer millor quina és la incidència, afectació i capacitat de **transmissió de la COVID-19** en infants i embarassades. Després de fer públics el passat mes de juny els resultats preliminars sobre la capacitat dels nens per contagiar-se i la simptomatologia entre la població pediàtrica, ara ja pot donar dades sobre quina és la seva capacitat de transmissió de la malaltia.

Per respondre a aquesta qüestió, l'Hospital Sant Joan de Déu va dur a terme durant cinc setmanes un **estudi de recerca en 22 casals d'estiu** de l'àrea de Barcelona recollint de forma sistemàtica mostres de **1.905 participants** que van desenvolupar les seves activitats en un entorn de convivència similar al d'una escola. A banda, també es van estudiar altres grups de convivència d'altres casals en els quals un dels infants o el monitor eren diagnosticats de COVID-19.

Es tracta d'un dels estudis més grans que s'han fet a nivell internacional per respondre a la pregunta: **Com transmeten els nens el Coronavirus SARS-CoV-2 a altres nens o adults?**

La iniciativa es va finançar gràcies a importants donacions privades, va representar el desplegament d'un equip de més de 60 persones i va implicar a diversos experts nacionals i internacionals en el seu disseny i seguiment, com el **BIOCOMSC** de la UPC, l'Institut de Salut Global de Barcelona (ISGlobal) o el Centre de Regulació Genòmica. A més, es va desenvolupar en coordinació amb el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya seguint la seva línia d'actuació relativa a la COVID-19 i els infants.

NOMBRE BASIC DE REPRODUCCIÓ EMPÍRIC LOCAL DEL 0,3

Durant les cinc setmanes, el treball de recerca va identificar un total de **39 casos índex** (30

infants i 9 monitors). Els 30 casos pediàtrics van tenir contacte amb 253 nens i nenes durant els casals (pertanyents als seus grups estables de convivència), 12 dels quals (4,7%) van ser contagiats (positius secundaris), el que representa un nombre bàsic de reproducció local (R0) del 0,3. Aquesta taxa era gairebé sis vegades més baixa que la que presentava, en el moment de fer-se l'estudi, la població general (1,7 a 2) a les àrees on estaven ubicats els casals, mesurada pel nombre bàsic de reproducció (R0).

La **major part** dels casos índex pediàtrics (22) detectats **no van transmetre cap infecció** als casals. Cinc casos índex el van transmetre a un contacte, dos a dos contactes i un a tres contactes.

Les activitats es van desenvolupar en un entorn similar al d'una escola, implementant **mesures bàsiques de contenció de risc**: rentat de mans freqüent, grups bombolla reduïts, mascareta i activitats principalment a l'aire lliure.

Pel que fa a les edats dels infants analitzats, val a dir que, en aquest estudi, els més petits (menors de 12 anys) van mostrar la mateixa capacitat de transmissió de la malaltia que els més grans (de 13 a 17 anys).

EFICÀCIA DELS GRUP BOMBOLLA

Els responsables de l'estudi consideren que la distribució de nens i nenes en grups bombolla, tal i com es va fer en els casals d'estiu, es va mostrar eficaç per contenir la transmissió de la infecció, per facilitar la traçabilitat dels contactes i per permetre la quarantena selectiva, i afegeixen que això no exclou que un sistema amb grups més grans no pugui funcionar correctament. Igualment, destaquen que el fet de rentar-se les mans de forma protocolitzada cinc o més cops al dia es va associar a una disminució en la transmissió de la malaltia.

Finalment, l'estudi va mostrar que hi ha una alta correlació entre la incidència de la infecció en la població general i el nombre de casos índex detectats als casals de la mateixa zona, el que demostra que els participants en casals d'estiu **no van ser grans transmissors de la malaltia** i que el cribratge proactiu en àrees d'alta incidència pot ser molt efectiu.

LES PROVES PCR EN SALIVA SÓN FIABLES I BEN ACCEPTADES

Pel que fa a les proves que es van fer als participants en aquests casals, es destaca que els **tests PCR en saliva són fiables** i més ben acceptats que les proves nasofaríngees.

Aquest fet és especialment rellevant per les persones a les que se'ls ha de repetir sovint la prova i especialment pels infants.

LIMITACIONS DE L'ESTUDI

Els investigadors posen de manifest que aquest treball de recerca va comptar amb algunes limitacions a l'hora d'extrapolar els seus resultats. Destaquen que el seguiment es va fer en un temps curt (cinc setmanes) i que la major part de les activitats dels casals es van fer a l'aire lliure i amb grups petits, de forma que els resultats no són directament extrapolables en altres condicions.

BIBLIOGRAFIA

Jordan et al. Transmission of SARS-CoV 2 infection among children in summer schools applying stringent control measures in Barcelona, Spain. Clin Infect Dis 2021: en premsa.



CONEIXEMENT

Susana Gutiérrez Jaime

NENA DE 3 ANYS AMB DOLOR EN HIPOGASTRI, SÍNDROME MICCIONAL I FEBRE

Presentem el cas d'una nena de 3 anys que assisteix a la consulta del pediatre d'atenció primària per un **dolor abdominal de tipus còlic en hipogastri** que va començar amb dos dies d'anterioritat a la visita mèdica, i amb molèsties a la micció i febre (38 ° C) amb 24 hores d'evolució. Les últimes deposicions, realitzades un dia abans, van ser normals. No presenta antecedents patològics destacables. Desenvolupament normal.

En l'exploració física presenta bon estat general, dolor a la palpació a hipogastri i no es palpen masses ni visceromegàlies, puny-percussió renal negativa. La resta de l'exploració és normal. Es realitza tira reactiva en orina que mostra: **pH 6, nitrts negatius, leucòcits ++, hematies +**.

S'orienta com infecció d'orina i es cursa sol·licitud urgent de sediment i urocultiu. Es pauta tractament empíric amb cefixima (dosi 8mg / kg / dia).

A les **48 hores** de l'inici del tractament (coincidint amb el cap de setmana), la pacient va tornar a consultar a un **centre d'urgències pediàtric**, per la persistència de la febre, del dolor abdominal i l'absència de deposició des del començament dels símptomes. Li van diagnosticar **restrenyiment** i va ser derivada a domicili amb el mateix tractament.

A les **72 hores** de tractament antibiòtic, es realitza **seguiment telefònic** des del CAP i la mare ens explica que ha continuat amb els mateixos símptomes i la febre diària. Davant l'absència de millora clínica, es deriva a la pacient al **Servei d'urgències de l'hospital** de zona per revalorar el diagnòstic i realitzar proves complementàries.

En arribar al **Servei d'urgències hospitalari**, presenta bon estat general, bona coloració, bona hidratació de pell i mucoses. **L'abdomen s'aprecia tou** i depressible amb dubtosos signes de defensa a la palpació en hemiabdomen inferior.

Peristaltisme conservat. No palpació de masses ni visceromegàlies. No signes d'irritació peritoneal. Maniobra del psoes positiva. La resta de l'exploració és normal.

Al Servei d'urgències s'orienta inicialment com **infecció urinària** que no respon a cefixima. Es canalitza via venosa i s'extreu analítica i hemocultiu. S'administra una **dosi de metamizol intravenós** per tractar el dolor. S'obté mostra d'orina per a sediment i urocultiu.

L'anàlisi de sang mostra: **Hb 11.9 g/dL, Hto 33,7%, plaquetes 409.000/mm3, leucòcits 13.600/mm3** (N 8.800, L 4.200, alguns limfòcits estimulats), **la gasometria venosa, el ionograma, la funció renal i hepàtica són normals**. La PCR té un valor de **191.2 mg / L**. La tira reactiva d'orina mostra: **leucòcits +, resta negatiu** i el sediment d'orina: **leucòcits 0-5 / camp**, no s'observen hematies ni microorganismes en l'orina.

Davant la clínica que presenta la nena i els resultats de l'analítica sanguínia que mostra signes d'infecció (leucocitosi amb neutrofilia i augment dels paràmetres d'inflamació), es decideix **ingrés hospitalari** amb tractament antibiòtic endovenós (gentamicina).

L'endemà, se sol·licita interconsulta a cirurgia i se li fa una **ecografia** en què destaca una **ocupació del sac de Douglas** per un contingut heterogeni amb àrees hipoecogèniques (possible col·lecció) de 48 x 41 x 59 mm. Aquest contingut desplaça l'úter anteriorment i no mostra flux vascular. S'observa augment d'ecogenicitat a la perifèria com a procés inflamatori.

Es decideix realitzar **TAC abdominal** complet amb administració de contrast endovenós en què s'observa: col·lecció irregular en forma de rellotge de sorra, situada a pelvis retrovesical de 47 x 43 x 60 mm.

S'identifica calcificació de 5 mm a la part superior dreta de la col·lecció, que sembla continguda en una estructura tubular. Procés inflamatori adjacent a la col·lecció. Les troballes suggereixen abscess pelvià secundari a apendicitis evolucionada.

S'intervé mitjançant **cirurgia laparoscòpica** i s'obté apèndix cecal amb una perforació de 0,7 cm de diàmetre, localitzada a la punta. Mucosa necròtic-hemorràgica i una llum de 0,2 cm amb contingut necròtic-purulent. L'informe anatomopatològic mostra el diagnòstic de: **apendicitis aguda perforada. Extensa periapendicitis**.

DIAGNÒSTIC FINAL:

Apendicitis aguda perforada i peritonitis.

Als **7 dies de l'ingrés**, després de **millora clínica** i analítica amb disminució dels paràmetres inflamatoris i cultius negatius, se li dona d'alta amb amoxicil·lina/ clavulànic oral. L'urocultiu realitzat al centre d'atenció primària, prèviament a l'ingrés hospitalari, va resultar negatiu. La ecografia abdominal als 20 dies de la intervenció va ser normal.

DISCUSSIÓ

La **apendicitis aguda (AA)** en menors de quatre anys presenta una **incidència elevada** de complicacions en comparació amb altres edats, pròpies d'un diagnòstic tardà, com la peritonitis. La dificultat diagnòstica es deu, en part, al fet que els símptomes específics d'apendicitis són difícils d'obtenir en aquesta població de pacients i també, probablement, a que la malaltia progressa més ràpidament en infants petits ⁽¹⁾. La **dificultat diagnòstica** en els pacients menors de 3 anys comporta una taxa d'apendicitis perforada que arriba al **90%** en aquest grup d'edat ⁽¹⁻²⁾. Una altra circumstància que influeix en el retard diagnòstic de l'AA en els nens petits és que els **símptomes** i les troballes clíniques sovint se

superposen amb **altres afeccions comuns** en els nens com la gastroenteritis aguda o la infecció urinària, com va succeir amb la nostra pacient. Així, en menors de 5 anys, la **diarrea** és un **síntoma** relativament **comú** en l'AA, el què fa difícil diferenciar l'apendicitis de la gastroenteritis aguda, encara que les deposicions són de poc volum, amb o sense moc.

La **síndrome miccional** (dolor abdominal durant la micció, no dolor uretral que és típic d'una infecció del tracte urinari), encara que no és molt freqüent, passa prou sovint com per confondre potencialment el diagnòstic ⁽¹⁻²⁾. L'absència de les característiques clíniques clàssiques d'apendicitis (com febre, anorèxia, migració del dolor al quadrant inferior dret i rebot) no l'ha d'excloure, especialment en nens petits ⁽³⁾.

COMENTARI

L'apendicitis aguda és la causa més freqüent d'abdomen agut quirúrgic en la infància. Es defineix com una inflamació de l'apèndix cecal, produït per una obstrucció de la seva llum per material fecal o, en la majoria dels casos, per una hiperplàsia dels fol·licles limfoides submucosos. L'obstrucció condiciona un augment de la pressió intraluminal per secrecions, un augment de la proliferació bacteriana i un compromís de la irrigació vascular que pot provocar isquèmia, necrosi i posterior perforació ⁽²⁻⁵⁾.

La perforació poques vegades succeeix en les primeres 12 hores des del començament dels símptomes però és comú després de les 72 hores.

La **perforació apendicular** condueix a la contaminació de la cavitat abdominal, produint una **peritonitis circumscrita**, o una peritonitis aguda difusa, quan l'organisme no és capaç de mantenir el procés inflamatori ben delimitat, com passa en l'infant.

L'anamnesi i l'exploració física són fonamentals per diagnosticar una **apendicitis aguda**. L'exploració abdominal acostuma a revelar la presència de dolor a la palpació de fossa ilíaca dreta, sobretot en el punt de **McBurney**. A les apendicitis retrocecal, pot haver-hi un signe del **psoes positiu** (dolor provocat per l'extensió del maluc dret). Es duu a terme amb el pacient en decúbit lateral esquerre amb els genolls estesos, mentre l'examinador li subjecta la cuixa dreta i li estén passivament el maluc. El signe de l'obturador (dolor a la flexió i rotació interna del maluc dret), es veu quan l'apèndix inflammat es troba a la pelvis i causa irritació del múscul obturador intern.

Quan hi ha participació del **peritoneu parietal**, apareixen els **signes d'irritació** peritoneal, com: dolor a la descompressió abdominal (**signe de Blumberg**), dolor a la fossa ilíaca dreta quan es percudeix la fossa ilíaca esquerra (**signe de Rovsing**) i la contracció muscular defensiva involuntària, a la palpació abdominal. L'absència dels signes clàssics d'apendicitis no han de fer que el metge exclogui el diagnòstic d'apendicitis. No obstant això, quan estan presents en nens de 3 a 12 anys, aquests signes són d'alta especificitat per l'apendicitis aguda (86 a 98 per cent, depenent de l'edat) ⁽¹⁾.

Quan **l'apendicitis aguda** es presenta de la forma típica, la **clau** pel seu diagnòstic és **l'exploració física** i cap altre examen és necessari. En els casos dubtosos, algunes exploracions complementàries poden ajudar al diagnòstic. Les proves de rutina de laboratori per a l'apendicitis aguda haurien d'incloure: xifra total de leucòcits i fórmula leucocitària, PCR i uroanàlisi.

L'analítica sanguínia és poc específica i és freqüent detectar un **recompte leucocitari** i / o uns reactants de fase aguda moderadament elevats. El **sediment d'orina** pot descartar la presència d'una infecció del tracte urinari, encara que de vegades podem trobar piúria (10-20 leucòcits / camp) i microhematúria inespecífiques, pel fet que l'apèndix inflammat es recolza en l'urèter o la bufeta en casos d'apendicitis pèlviques ^(1-2, 6).

Hi ha publicades **escales de decisió clínica** per al diagnòstic d'apendicitis (que combinen símptomes, troballes de l'exploració física y dades de laboratori) que serveixen per **estratificar els pacients** en categories de baix, moderat i alt risc, i segons la puntuació s'apliquen estratègies recomanades de maneig. Les més conegudes són: **l'Escala d'Alvarado i la Samuel's Pediatric Apendicitis Score (PAS)**.

Diversos estudis, comparant les dues escales, conclouen que són equiparables amb un punt de tall òptim de 7 en les dues escales ⁽²⁻⁵⁾.

Una escala més recent, l'**Apendicitis Inflammatory Response Score (AIRS)** inclou menys símptomes que la puntuació d'Alvarado i la PAS, però afegeix un **biomarcador inflamatori** (proteïna C reactiva [CRP]) i valora diferents **nivells del grau de rebot, leucocitosi, PCR i polimorfonuclears**. El AIRS s'ha comparat amb l'Escala d'Alvarado i s'ha validat com a escala clínica precisa de valoració del risc d'apendicitis aguda ⁽³⁾. **(Veure Taula 1).**

TABLA 1.

ESCALES DE VALORACIÓ DEL RISC D'APENDICITIS AGUDA

Alvarado Score		Pediatric Appendicitis Score (PAS)		Appendicitis inflammatory Response Score (AIR)	
Signe/síntoma	Punts	Signe/síntoma	Punts	Signe/síntoma	Punts
Migració del dolor	1	Migració del dolor	1	Vòmits	1
Anorèxia	1	Anorèxia	1	Dolor en FID	1
Nàusees/vòmits	1	Nàusees/vòmits	1	Dolor rebot, lleuger	1
Sensibilitat en FID	2	Sensibilitat en FID	2	Dolor rebot, mitjà	2
(tenderness)	1	(tenderness)		Dolor rebot, fort	3
Rebot	1	Rebot	2	Temperatura ≥38,5°C	1
Temperatura ≥37,3°C	2	Dolor en FID amb	2	Leucocitosis ≥10.000 a	1
Leucocitosis ≥10.000/ μL	1	tos/saltant/percussió		14.900/μL	
PMN ≥75%		Temperatura ≥38°C	1	Leucocitosis ≥15.000/μL	2
		Leucocitosis ≥10.000/ μL	1	PMN 70% a 84%	1
		PMN ≥75%	1	PMN ≥85%	2
				PCR 10 a 49 mg/L	1
				PCR ≥ 50 mg/L	2
Total possible score	10	Total possible score	12	Total possible score	12

CRP=Proteïna C reactiva; FID= Fosa ilíaca dreta; PMN= Polimorfonuclears

Segons la puntuació els pacients s'estratifiquen en **baix risc PAS** (≤ 3)/AIR Score (≤ 4), que poden ser donats d'alta havent informat els pares sobre **signes d'alarma** i fer **nova exploració** i revaloració després de 12-48 hores; **risc moderat PAS** (4-6)/AIR Score (5-8), que serien **subsidiaris d'avaluació** pel Servei d'Urgències i valoració d'ecografia; **alt risc PAS** (≥ 7)/AIR (≥ 9), que directament serien derivats per a valoració quirúrgica (3-5).

Les escales de decisió clínica **no poden substituir el cirurgià**, però són molt vàlides com a **eina de cribratge**, per identificar pacients de baix, moderat i alt risc, indicar la necessitat d'estudis d'imatge mitjançant ecografia i augmentar la precisió diagnòstica.

Pels infants que presenten **síntomes atípics o dubtosos** d'apendicitis les proves d'imatge poden ser útils per establir o excloure el diagnòstic, però prèviament han de ser valorats pel cirurgià ⁽⁷⁾.

Actualment, **l'ecografia**, en mans expertes, és la **primera prova** d'imatge recomanada per al diagnòstic d'apendicitis aguda en el pacient pediàtric i adult jove. Té l'avantatge que no sotmet el pacient a radiació, té una precisió diagnòstica comparable a la tomografia computaritzada, no requereix sedació ni contrast endovenós i és cost-efectiva. A la tomografia computaritzada abdominal l'exposició a la radiació és elevada i s'hauria de reservar pels pacients amb ecografia no conclouent i pacients amb apendicitis complicada ^(5,7).

El **diagnòstic precís** de l'apendicitis aguda en els infants d'**edat preescolar** és encara difícil. Moltes vegades el pacient realitza dues o tres visites al metge, fins que s'arriba al diagnòstic, i són diagnosticats d'altres processos.

La **conclusió** d'aquest cas és considerar-la sempre en el **diagnòstic diferencial** del dolor abdominal de l'infant petit (<4 anys), ja que es presenta freqüentment de forma atípica, acostuma a tenir més ràpida progressió i més complicacions. És fonamental realitzar una **bona anamnesi i exploració abdominal**.

Hem de parar **especial atenció** a aquests pacients quan ens consulten a l'atenció primària per dolor abdominal, sobretot si s'acompanya de febre, informant els pares i fent un seguiment estret de l'evolució en les 12-48 hores següents, revalorant l'infant i pensant en aquesta possibilitat diagnòstica si persisteixen els símptomes.

BIBLIOGRAFIA

1. David E Wesson, Mary L Brandt. Acute ppendicitis in children: Clinical manifestations and diagnosis. Up toDate. www.uptodate.com [última actualización 29 oct ,2019].
2. Muñoz- Santanach D, Luaces Cubells C. Dolor abdominal agudo. Pediatría Integral. 2019; XXIII (1): 15-22.
3. Matthew J. Snyder, Marjorie Guthrie and Stephen Cagle. Acute Apendicitis: Efficient diagnosis and Management. Am Fam Physician. 2018;98(1):25-33.
4. B. Juanes de Toledo, M. V. Martínez Rubio. Apendicitis aguda. ¿Siguen siendo válidas las escalas de predicción Clínica?. Gastroenterología pediátrica-Monográficos FAPap. 2018; 4 (1): 37-8.
5. Di Saverio et al. Diagnosis and treatment of acute apendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World Journal of Emergency Surgery (2020) 15:27.
6. Laura W. Hansen, Stephen E. Dolgin. Trends in the Diagnosis and Management of Pediatric Appendicitis. Pediatrics in Review. 2016; 37 (2):52-58.
7. George A Taylor, David E Wesson, Mary L Brandt. Acute apendicitis in children:diagnostic imaging. Up toDate. www.uptodate.com [última actualización 21 oct ,2020]



PUBERTAD PRECOZ: UN RETO DIAGNÓSTICO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Pilar Pérez – Pediatra ETP Alt Penedès

Montse Amat – Pediatra Servicio de Endocrinología Pediátrica HSJD

La **pubertad precoz** se define por la aparición de caracteres sexuales secundarios antes de los **8 años en niñas** y **9 años en niños**, siendo 10 veces más frecuente en niñas con una prevalencia de 20 casos por cada 10.000. El inicio precoz del desarrollo puberal puede deberse a la **activación del eje hipotálamo-hipofisario** (pubertad precoz central) o ser producido por aumento de los esteroides sexuales (pubertad precoz periférica). La causa más frecuente en **niñas** es la pubertad precoz central de origen **idiopático** y, en **niños**, la secundaria a **lesiones en el sistema nervioso central**.

SOSPECHA DIAGNÓSTICA

La sospecha diagnóstica se establece ante la **aparición del botón mamario** en niñas e **incremento del volumen testicular** (≥ 4 ml) en niños.

En el caso de los niños, dada su infrecuencia y mayor origen orgánico, será necesario en todos los casos descartar **patología endocraneal**. Debe tenerse en cuenta que en varones el **tirón puberal** se produce en fases más tardías de la pubertad, por tanto, el hallazgo aislado de un **volumen testicular ≥ 4 ml** antes de los 9 años de edad es **criterio de derivación a atención especializada**. Sin embargo, en las niñas debe realizarse el diagnóstico diferencial con la **telarquia precoz aislada**. Ante la aparición de telarquia uni o bilateral, es fundamental la **anamnesis** y la **exploración física** con el objetivo de valorar:

- La **evolución del crecimiento** hasta el momento, el pronóstico de talla y la talla media parental, así como antecedentes familiares de pubertad precoz.
- **Antecedentes personales** que supongan un mayor riesgo de pubertad precoz como enfermedades del **sistema nervioso central** o **irradiación craneal**, la **neurofibromatosis tipo**

1 y otros síndromes, y el antecedente de pequeño para la edad gestacional.

- **Edad de inicio de la telarquia**, tiempo de evolución y su progresión (estadio de Tanner).
- **Síntomas o signos** que puedan orientar hacia patología orgánica.

La prueba complementaria más importante es la **edad ósea**, aunque si la telarquia es de pocas semanas de evolución puede ser normal. Por tanto, en los casos en que la aparición ha sido reciente, es recomendable esperar **2 meses** antes de realizarla, ya que además el botón mamario podría desaparecer en este tiempo.

La telarquia precoz aislada se caracteriza por **velocidad de crecimiento** y edad ósea normales, y **ausencia de progresión**; únicamente requiere seguimiento.

En el caso de aceleración de la velocidad de crecimiento y/o edad ósea avanzada **> 1 año** y/o progresión de la telarquia, se establecerá la sospecha de pubertad precoz requiriendo valoración especializada.

En algunos casos dudosos puede ayudar al diagnóstico la **ecografía pélvica** en manos expertas, no siendo de entrada necesaria la realización de una **analítica basal**, ya que la función gonadal tiene un valor dudoso en estadios iniciales.

PUNTOS CLAVE

- En niños, el aumento del volumen testicular marca el inicio de la pubertad y, en < 9 años, es criterio de derivación a atención especializada.
- Ante la presencia de telarquia en niñas < 8 años, debe realizarse el diagnóstico diferencial entre telarquia precoz aislada y pubertad precoz.
- En la mayoría de casos la anamnesis, la exploración física, la edad ósea y la evolución permiten realizar una aproximación diagnóstica.



ADRENARQUIA PREMATURA

La **aparición de vello púbico y/o axilarquia y/o acné** antes de los 8 años en niñas y 9 años en niños es una entidad independiente de la pubertad, secundaria a la producción de andrógenos. La etiología puede ser idiopática o secundaria a patologías como la **hiperplasia suprarrenal congénita** no clásica o un **tumor virilizante**.

En este caso, además de la anamnesis y exploración física, será necesario realizar una edad ósea y analítica hormonal para el estudio de los **andrógenos** y **17OHP** **progesterona**. La normalidad de las pruebas complementarias orienta hacia el diagnóstico de pubarquia prematura aislada, una variante de la normalidad que no requiere más estudio.

En ocasiones, dentro de la valoración de una niña con telarquia precoz podemos encontrar el hallazgo de una **pubarquia precoz y viceversa**. En este caso, es importante establecer el orden de aparición de éstos signos y realizar el estudio correspondiente de forma independiente. La coincidencia de ambos signos no es diagnóstica de organicidad ni de pubertad precoz progresiva.

PUNTOS CLAVE

- La adrenarquia prematura es una entidad independiente de la pubertad que precisa realizar un diagnóstico diferencial y estudio específico.
- La pubertad adelantada es un proceso fisiológico que podría requerir valoración especializada en algunos casos concretos.

PUBERTAD ADELANTADA

La **pubertad adelantada** abarca un extremo de la normalidad, siendo su inicio entre los 8-9 años en niñas y los 9-10 años en niños. Es un **proceso fisiológico** que no requiere estudio ni, en principio, tratamiento. Hay algunos casos concretos como pubertad rápidamente progresiva, talla baja o antecedente de pequeño para la edad gestacional en los que podría plantearse **tratamiento frenador** y es recomendable la derivación a atención especializada. En el caso de los niños, puesto que es más infrecuente el inicio de la pubertad en estas edades y difícil establecer cuando comenzó exactamente, también es recomendable su derivación.

PRESCRIPCIÓ INFERMERA, AVUI: UN RECORREGUT QUE CAL RECORDAR

Núria Cuxart Ainaud - Infermera

Aquest article sorgeix de la intervenció feta en la taula rodona **Prescripció responsable a Atenció primària en el marc de les Jornades de protocol·lització (2019-2020)** de l'Hospital Sant Joan de Déu, a qui de nou agraïxo la invitació. I no només sorgeix de la pròpia intervenció, sinó de les preguntes que va generar i dels comentaris fora de jornada que va suscitar. Per tant, d'una banda, recull les **informacions més rellevants** que aquell dia es varen exposar i l'actualització corresponent. Però de l'altra, també recull estats d'ànim, expectatives i respostes a interrogants que aquella exposició va generar.

Un dia, espero a no tardar, s'escriurà la **història** de la prescripció infermera a Catalunya, de manera minuciosa i rigorosa, a partir de les aportacions de qui hem viscut aquest procés de molt a prop. Procés que de ben segur suposarà un abans i un després en l'atenció per a la salut al nostre país. Les infermeres ens queixem –i amb tota la raó– que res no justifica un camí tan llarg i complex, ple de frustracions, llargues esperes i compromisos incomplerts. Moltes vegades hem simbolitzat el **repte de la prescripció infermera** com un mur immensament alt, gruixut i resistent, que calia traspasar d'alguna manera, encara que fos a través d'un foradet molt petit. No per una qüestió corporativista, com malauradament s'ha volgut interpretar en moltes ocasions, sinó com un **acte de coherència**. En la pràctica quotidiana, la infermera ha estat fins ara, indicant i utilitzant medicaments sota criteris de **bona pràctica i judici** clínic que emanen de la seva titulació, sense prescripció mèdica i sense disposar de l'autoritat legal per fer-ho.

Això si, amb el vist i plau, tàctic o explícit, de les institucions i de l'administració sanitària. Era precis doncs, regular allò que s'està fent “de facto” i adaptar el marc legal a la realitat de la dinàmica assistencial actual. Una vegada traspassat el mur, el temps, el bon fer de les infermeres i els resultats que segur s'obtindran, acabaran posant les coses al seu lloc. El de les infermeres i els infermers és un col·lectiu persistent, però sobretot amb **gran**

resiliència. Sense oblidar els riscos i les grans dificultats que han travessat, atès que l'objectiu de la prescripció suposa un **benefici per la salut** i el benestar de les persones, famílies i comunitats, les infermeres sabran desenvolupar-la amb plena responsabilitat. Per acabar aquesta potser massa llarga introducció, aclarir que en aquest article, quan parlem de “prescripció infermera”, ens referim a la **prescripció farmacològica** que poden dur a terme les infermeres. La que no és farmacològica i que tant important és en l'exercici professional infermer (consells, educació, autocura, activitats de la vida diària) no té cap mena d'impediment legal per realitzar-se dins de l'exercici de les competències infermeres.

La darrera consideració referent a denominacions és que de la mateixa manera que ho fa el **Consell Internacional d'Infermeres (CII)**, en aquest document, quan es fa referència a la **"infermera"**, cal entendre que s'al·ludeix a **professionals d'ambdós sexes**. Per suposat també, quan s'utilitza el mot “metge” fa referència a metges i metgesses.

SITUACIÓ DE LA PRESCRIPCIÓ INFERMERA DURANT TANT TEMPS

Aquest és doncs un relat quasi cronològic de com ha anat tot plegat i on ens trobem en el moment de lliurar aquest article per a la seva publicació. A efectes de contextualització, sembla convenient fer una mirada des de l'origen d'aquest procés fins l'actualitat.

Tot i que s'hi anava treballant des de feia temps, el debat sobre la prescripció infermera va aparèixer a Catalunya el **2005**, quan l'aleshores la consellera del Departament de Salut, Marina Geli, va advertir de la **necessitat** d'acordar un **model**, uns arguments i un catàleg per a la prescripció infermera a Catalunya atesa la imminent **modificació** de la llei que regulava el medicament a Espanya.

De res varen servir els esforços fets des de Catalunya ni d'altres comunitats autònomes de l'Estat. El **2006** es va aprovar **Llei 29/2006**, de garanties i ús racional dels fàrmacs i productes sanitaris¹ (a partir d'ara Llei del medicament), que reconeixia al **metge** o a l'**odontòleg, únics professionals amb facultat per ordenar la prescripció de medicaments i “productes sanitaris”**. Com acostumem a expressar des del col·lectiu infermer, vàrem passar d'una situació **d'a-legalitat** a una **d'il·legalitat**. Allò que fèiem “de facto” no quedava emparat per cap norma legal.

Durant **2007**, des de molts fòrums infermers, es varen treballar diferents propostes i el mateix any el **Consell de la Professió Infermera** –òrgan adscrit al Departament de Salut (DdS) de la Generalitat de Catalunya- va aprovar el que s'ha anomenat la **“proposta catalana”**. És a dir, el model que defensava que primer calia el **reconeixement de la prescripció autònoma** de la infermera en tant que no es pot concebre l'assumpció d'una responsabilitat per **col·laborar en l'exercici** de les funcions d'un altre, si no es poden exercir les pròpies. Entretant, s'anava treballant amb la manera de **modificar la Llei del medicament** del 2006 recent aprovada, canvi que s'aconseguirà molt tímidament el **2009**²⁻³ sense masses canvis significatius.

El mateix 2009, des d'**Andalusia** s'aconsegueix aprovar un **decret propi** que defineix l'actuació de les infermeres en l'àmbit de la **prestació farmacèutica** en el Sistema públic andalús⁴, no exempt de recursos i d'obstacles de tota mena. No era ni molt menys el que es pretenia, però també és cert que, aquesta aprovació, va permetre a les infermeres andaluses avançar en demostrar-ne els beneficis. Una **regulació autonòmica** semblant a l'andalusa es va intentar també des de les **Illes Balears** amb l'aprovació del Decret del govern de les Illes Balears 52/2011, de 20 de maig (BOIB núm. 81, de 02.06.2011), però un canvi de govern i una pluja de recursos no es va permetre desplegar-lo. Tampoc des de Catalunya, ni aleshores ni durant el **2015**, que essent Boi Ruiz el nou conseller es va renovar el compromís d'elaborar un text normatiu pel desplegament de la prescripció infermera a Catalunya.

El 2015 la situació empitjora greument. Sota la gestió del ministre Alfonso Alonso s'aprova el **Real decret 954/2015**, pel qual es regula la indicació, ús i autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris d'ús humà per part dels infermers⁵ amb un text no acordat, ni en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ni amb la representació del col·lectiu infermer.

Aprovat el 23 d'octubre però publicat el 23 de desembre, en l'**article 3.2** d'aquest RD s'establia que “para que los enfermeros acreditados puedan llevar a cabo las actuaciones contempladas en este artículo respecto de los medicamentos sujetos a prescripción médica, será **necesario** que el correspondiente **profesional** prescriptor haya determinado previamente el **diagnóstico**, la prescripción y el protocolo o guía de práctica clínica y asistencial a seguir”. Altra vegada cal recordar que la prescripció que es demanava regularitzar des del col·lectiu infermer, perquè és la que es realitza “de facto”, correspon a la que la **infermera té coneixements** suficients per la seva formació bàsica, de forma **autònoma**, derivats de la seva pràctica i dins del seu àmbit competencial.

No es tracta **d'envair competències** d'altres professionals que tenen la seva pròpia activitat i responsabilitat de prescripció i receptació. Es tracta de **no lligar les mans** a un grup professional, el d'infermeres i infermers, que han de donar compliment a la tasca que tenen encomanada i que precisen dels instruments (productes o fàrmacs) per fer-la. Aquest mal fer va provocar una **resposta unànime** i contundent des del col·lectiu infermer i no serà fins la publicació del **Real Decreto 1302/2018**, de 22 de octubre, per el que se modifica el **Real Decreto 954/2015**, de 23 de octubre, per el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros⁶, ara vigent, que desplegant **nova normativa**, es comença a reconduir la situació.

Tot i això, fins que s'aconsegueixi modificar la Llei del medicament, la **prescripció infermera** no es podrà considerar plenament **consolidada**.

MEDICAMENTS SI SUBJECTES I NO SUBJECTES A PRESCRIPCIÓ MÈDICA EN LA PRESCRIPCIÓ DE LES INFERMERES

Un parèntesi per aclarir, la qüestió de la catalogació dels medicaments sí o no subjectes a prescripció mèdica i com afecta a la prescripció infermera. En primer lloc, recordar que l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris és qui, en l'autorització del medicament, **determina** les condicions de prescripció i classifica els medicaments en les **categories**:

a) Medicament subjecte a prescripció mèdica i b) Medicament no subjecte a prescripció mèdica⁷. En segon lloc, semblaria una obvietat que fossin només els metges qui prescrivissin medicaments catalogats de prescripció mèdica obligatòria. El problema rau en que, la **classificació** que fins ara fa l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris és en base a un **únic prescriptor** (metge o odontòleg) i per tant, no considera medicaments i productes sobre els que les **infermeres** en tenim una grandíssima **expertesa** (antisèptics i desinfectants, material de cures, bolquers, apòsits, bosses d'ostomia, alguns analgèsics, etc).

És per això que costa d'entendre tantes **dificultats** per tal que professionals **universitaris superiors** com són les infermeres, amb una formació reconeguda d'alt nivell a tot el món, fins i tot moltes d'elles ja doctorades, tinguessin **dificultats** per **prescriure medicaments no subjectes a prescripció mèdica** o, tot i que així estiguin catalogats, corresponguin al seu àmbit d'actuació i a la seva expertesa.

VIES LEGISLATIVES PER RESOLDRE LA SITUACIÓ

Com es feia referència abans del petit parèntesi dedicat a la catalogació dels medicaments per millor comprensió de la situació, el desafortunat **RD 954/2015** del ministre Alonso va rebre tota mena de manifestacions unànimes de rebuig.

De fet, va ser recusat per la quasi totalitat de les Comunitats Autònomes i nombroses organitzacions professionals. A rel d'aquest fet, a Catalunya es constitueix immediatament una **Comissió de Crisi**, a proposta del **Col·legi d'Infermeres i Infermers de Barcelona** i que es dinamitza des del **Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (CCIIC)** de manera que qualsevol decisió respecte la prescripció infermera a Catalunya sigui debatuda i compartida per representants de tot el territori català. En formen part, els **quatre col·legis professionals catalans, facultats i escoles d'Infermeria, societats científiques infermeres, organitzacions sanitàries i sindicals i associacions professionals**.

El conseller **Antoni Comín**, entoma personalment la **responsabilitat** d'aconseguir un **text normatiu català** mitjançant el treball conjunt amb el col·lectiu infermer i el suport del col·lectiu mèdic. Es fa referència a aquesta norma, perquè tot i lluny de ser tampoc la desitjada pel col·lectiu infermer, aportava **solucions** que val molt la pena considerar en un futur. Per exemple, a diferència de la proposta estatal, respectava els **protocols o guies de pràctica clínica i assistencial** vigents en el **Sistema de Salut Català** alhora que comprometia a representants mèdics i infermers a l'elaboració de requisits amb voluntat harmonitzadora de guies i protocols. Aquesta represa de la via legislativa catalana va quedar truncada pel **cessament del Govern de Catalunya** el 28 d'octubre de 2017 a l'entrar en vigor l'**article 155** de la Constitució espanyola.

Reprement la via legislativa espanyola, com ja s'ha comentat, no serà fins l'octubre de 2018 (un any més tard del intent de decret català) que amb la publicació **RD 1302/2018** que **modifica** el desafortunat **RD 954/2015**, permet el desplegament de nova normativa que comença a reconduir la situació. Si bé apunta cap a una **major seguretat jurídica** futura per a les infermeres, l'ara vigent RD 1302/2018, de nou resta lluny d'establir una regulació ajustada a la pràctica real de les infermeres i els infermers, com hagués estat de desitjar. Però també és cert que introdueix **canvis significatius** en relació al **954/2015**.

PERSISTÈNCIA EN L'OBLIGACIÓ D'ACREDITAR-SE

Hem arrossegat des de sempre l'obligatorietat d'acreditar-nos per prescriure allò que fem tots els dies del món. Tot i ser una mesura incomprensible, per prescriure, la **infermera** ha d'estar **acreditada**, tant pels medicaments subjectes com pels no subjectes a prescripció mèdica.

El **RD 1302/2018** persisteix amb l'**obligació** que les infermeres s'acreditin tant per la prescripció dels medicaments subjectes a prescripció mèdica com pels que no. Val a dir que s'alleugereix aquesta acreditació.

S'avença respecte el decret anterior ja que s'atribueix la **competència** per acreditar les **infermeres** i la regulació del procediment per a la sol·licitud, la tramitació i l'emissió de l'acreditació a les comunitats autònomes respectives. En el cas de **Catalunya**, essent consellera de salut **Alba Vergés**, aquesta qüestió queda resolta amb la **publicació del Decret 180/2019** *pel qual es regula el procediment d'acreditació de les infermeres i infermers per a l'exercici de la indicació, ús i autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris d'ús humà*⁸.

Aquest decret de la Generalitat de Catalunya de 2019 fa possible el desplegament de l'acreditació de les infermeres per prescriure a Catalunya.

Els **requisits** que han de complir les infermeres i els infermers per **accedir** a l'acreditació a efectes de la "prescripció infermera" de medicaments i productes sanitaris són, per suposat estar en **posseïó del títol de Graduat en Infermeria, de Diplomant en Infermeria o d'Ajudant Tècnic Sanitari**, o equivalent i complir un dels dos requisits següents:

a) Acreditar una **experiència professional mínima d'1 any** o (cal subratllar aquest "o") **superar un curs d'adaptació** adequat ofert per l'administració sanitària de manera gratuïta.

Important aquest "o" ja que tant si la infermera pot acreditar l'experiència d'un any, no ha de fer el curs d'adaptació. Idèntics requisits per a les **infermeres especialistes**, que han de tenir el títol d'infermer especialista i comptar amb l'experiència d'un any en un lloc de treball reconegut com a especialista.

A Catalunya però, aquest **reconeixement** del lloc de treball especialista en el que cal acreditar l'experiència, excepte en el cas de les llevadores que tenen reconeguda la categoria professional per directiva europea, comporta **moltes dificultats** perquè la resta de encara no estan reconegudes.



Els **tràmits** per obtenir aquesta acreditació –que ja està activada i es pot sol·licitar– són telemàtics, poden presentar-se amb **caràcter indefinit**, s'adreça a infermeres que treballen per compte propi o aliè, i inclou centres sanitaris i socials. Les resolucions del DdS es fan en el termini **màxim de 6 mesos** des de la presentació de la sol·licitud i el document d'acreditació que es proporciona incorpora un **codi personal** que indica si correspon a l'àmbit de les cures generals o de les cures especialitzades. L'acreditació atorgada s'inscriu d'ofici al **Registre de Professionals Sanitaris de Catalunya**.

A efectes d'agilitzar la tramitació, es va establir un **període excepcional** de 4 mesos, ja finalitzat, perquè els **centres SISCAT** comunicuessin al Departament de Salut les infermeres que acomplien les condicions d'accedir a l'acreditació.

PER PRESCRIURE, EL QUÈ?

Una vegada ja la infermera està acreditada pot prescriure tots els **medicaments no subjectes a prescripció mèdica** i els sí subjectes inclosos en les **“Guías para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os”** publicades per la Dirección General de Salud Pública del MSCBS.

Això és així perquè el **RD 1302/2018** que regeix la prescripció infermera també incorpora la referència als **“protocolos i guies de pràctica clínica i assistencial”** necessaris pels medicaments sí subjectes a prescripció mèdica, que ha d'elaborar centralitzadament per a tot l'estat en el termini màxim de 2 anys la **Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**, i que han d'estar validats per la Direcció General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS).

En el moment de tancar aquest article hi ha constància que aquests protocols s'estan treballant d'acord amb les diferents comunitats autònomes. De fet, recentment s'ha publicat el primer dedicat a la cura de

ferides⁹. De nou, surt sense tots els productes i fàrmacs que les infermeres expertes en ferides consideraven, però ha sortit. A partir d'ara caldrà estar atents a la publicació de les **resolucions** de la **Dirección General de Salud Pública del MSCBS** publicades com a **“Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de:”** més el nom a la situació que va dedicada cada guia.

NOMÉS PER A LES INFERMERES QUE NO PUGUIN ACREDITAR UN ANY D'EXPERIÈNCIA

Cal recordar que, per a les infermeres que no poden acreditar un any d'experiència, el **RD 1302/2018** estableix com a requisit un curs d'adaptació. És un **curs on-line**, gratuït, de 5 hores, per conèixer i utilitzar el model de recepta electrònica a Catalunya i casos pràctics (uns per generalistes, altres per especialistes). Està **dissenyat** de manera conjunta pel **DdS i CCIIC**, prèvia consulta amb la representació de les facultats i escoles d'infermeria i les societats científiques de les especialitats reconegudes (Llevadora, Infermeria de Salut Mental, Infermeria Geriàtrica, Infermeria del Treball, Infermeria Familiar i Comunitària i Infermeria Pediàtrica). Una vegada acreditat pel Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries (CCFCPS) i aprovat mitjançant resolució de la Direcció General de Professionals de la Salut es posarà a disposició via delegació en les organitzacions col·legials infermeres, les quals comunicaran les dades al DS de les infermeres que hagin superat la formació a efectes de tramitar la seva acreditació.

TREBALLS REALITZATS PER UN BON DESENVOLUPAMENT

Tot i que no és motiu d'aquest article cal destacar la ingent feina feta des del **Departament de Salut** i els **col·legis professionals** adaptar el sistema de recepta electrònica (SIRE) i de treball amb les entitats proveïdores perquè adaptin els programaris d'estació clínica a la nova situació, així com



d'implementar la utilització de **signatura electrònica**. Com també amb les societats científiques i facultats i escoles d'infermeria que han vetllat en tot moment pel seu contingut. I molt especialment, la Comissió de crisi, abans citada.

A MANERA DE COROLLARI

Fet aquest relat cronològic del recorregut cap a l'objectiu d'una prescripció infermera, a manera de corollari cal destacar: La qüestió que avui ens ocupa, és **reflex** de com se succeeixen **canvis i avenços** dins el nostre àmbit d'actuació, en un context que, amb totes les dificultats i tots els obstacles del món, d'una professió que avança. Que aconsegueix petits passos, si voleu, irreversibles, i que aquests petits passos ens permetran consolidar-nos com a tal. De nosaltres també depèn que aquest **avenç** jugui a favor del **desenvolupament** de la nostra **professió** i de totes i tots nosaltres mateixos com a professionals.

La prescripció infermera no és una **nova competència**, sinó el normal desenvolupament d'uns professionals que valoren, identifiquen un problema i, per tant, resolen. El que es pretén amb aquesta **regulació** és l'**empament legal** d'una pràctica habitual. La pràctica quotidiana de la infermera que indica

pràctica i judici clínic amb el vist i plau, tàcit o explícit de les institucions i l'administració sanitària.

Tampoc es tracta **d'envair competències** de ningú sinó poder **desenvolupar** les pròpies amb seguretat. Les infermeres podem **assumir responsabilitats** en l'àmbit de la prescripció farmacològica, però fins ara, el **marc legal vigent** no ho permetia. Calia modificar-lo. No es poden dur a terme pràctiques que resolguin i agilitzin les situacions assistencials, però que impliquin vulnerar la **legislació vigent** amb el conseqüent risc per a la responsabilitat personal i professional de les infermeres. I perquè ningú està obligat a fer-ho. Cada infermera i infermer que decideixi si assumeix aquesta responsabilitat.

No es pot obligar a la infermera com no es pot obligar a cap professional. Cal no oblidar que fins que s'aconsegueixi modificar la **Llei del medicament**, la prescripció infermera no es podrà considerar plenament consolidada. És a dir, fins que es reconegui la infermera i l'infermer com a prescriptors com ho son els podòlegs, els odontòlegs i els metges.

Si hem obtingut l'acreditació, ja podem **prescriure els medicaments no subjectes**¹⁰ i els sí subjectes que conté la guia publicada abans citada. I afegir: per molts protocols que facin, no caldrà una nova acreditació. L'acreditació es fa una sola vegada.

Tot i que ens semblin pocs (o molts) medicaments i pocs (o molts) productes, cal tenir en compte que és tot un **col·lectiu** que avença en el seu conjunt. Treballem per demostrar-ne els **beneficis**. Andalusia és un exemple en aquest sentit. Quan s'inicien camins com aquestes, l'actitud més adient és la prudència: judici clínic, bona praxis, postura ètica i sentit comú.

La **professió infermera** ha avançat molt en el camí cap a nous aspectes del coneixement que s'apropen a la demanda que ciutadans i ciutadanes fan respecte als serveis sanitaris, sociosanitaris i socials. Només cal la **confiança** i les condicions per fer-ho.

REFERÈNCIES

¹ Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, 178, de 27 de juliol de 2006. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-13554>

² Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, 315, de 31 de diciembre de 2009. Diponible a: <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/inv-ar/4ba40337-b3ad-4732-9f19-d0e2eb18d9f6>

³ Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, 177, de 25 de juliol de 2015. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8343#ddunica>

⁴ Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 151, 5 d'agost de 2009. Disponible a: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2009/151/4>

⁵ Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Boletín Oficial del Estado, 306, de 23 de diciembre de 2015. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-14028-consolidado.pdf>

⁶ Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Boletín Oficial del Estado, 256, 23 de octubre de 2018. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-14474>

⁷ Article 19. Condicions de prescripció i dispensació de medicaments. 8343 Reial decret legislatiu 1/2015, de 24 de juliol, pel qual s'aprova el text refós de la Llei de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris. Boletín Oficial del Estado, 177, de 25 de juliol de 2015.

⁸ DECRET 180/2019, de 27 d'agost, pel qual es regula el procediment d'acreditació de les infermeres i els infermers per a l'exercici de la indicació, ús i autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris d'ús humà. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 7949, de 29 d'agost de 2019. Disponible a: https://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa?action=fitxa&documentId=856614

⁹ Resolución de 20 de octubre de 2020, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la "Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de: Heridas. Boletín Oficial del Estado 286, de 29 d'octubre de 2020, páginas 93619 a 93628 (10 págs.). Disponible a: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-13190

¹⁰ Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona, Catàleg de productes sanitaris i medicaments no subjectes a prescripció mèdica. Disponible a: <https://www.coib.cat/ca-es/actualitat-professional/regulacio-professional/prescripcio-infermera/catalog-de-productes-sanitaris-medicaments-no-subjectes-prescripcio-medica.html>





ATENCIÓ COMUNITÀRIA

DESCOBRIM LA COMISSIÓ I ELS GRUPS DE SUPORT A LA LACTÀNCIA MATERNA DE L'ALT PENEDÈS: COM FUNCIONA DURANT TANTS ANYS?

La **Comissió de Lactància Materna de l'Alt Penedès** porta funcionant amb **3-4 reunions anuals** des de l'any 2008. Des de llavors ens hem anat adaptant a les situacions i novetats que ens hem trobat amb un **objectiu** clar i **comú**, promocionar la lactància materna acompanyant a les famílies. Des de l'inici, a la comissió hi han participat **mares dels grups** de suport i els membres han anat variant amb els anys, en nombre, i també en el tipus de professionals.

Actualment la comissió la componen: **mares** del grup de suport, **infermeres pediàtriques**, pediatres, **metges de família de l'Atenció Primària de Salut**, **llevadores**, **ginecòlegs**, **infermeres** i **TCAIs**. Professionals tant de l'àmbit de l'atenció primària com de l'hospitalària.

La comissió va néixer fruit d'una necessitat de **coordinar** el suport a la **lactància materna** sobretot d'aquelles mares i nadons amb dificultats en l'al·lactament. Posteriorment, s'ha ampliat aquesta coordinació a totes les **puerperes** i **nadons** nascuts a l'Hospital Comarcal Alt Penedès per assegurar una atenció precoç després de l'alta (inclosos els que no al·leten). Aquesta coordinació ha permès que totes les dones que marxen d'alta de l'Hospital Comarcal després del part, ja tenen programada una visita, abans del 6è dia de vida, amb la seva llevadora i el seu pediatre/infermera pediàtrica abans de sortir de l'hospital. I a més a més, si és un cas especial es fa una **coordinació telefònica** directa per citar-los en **24-48 hores** post-alta. Si això no pot ser (festius o caps de setmana), es programen a l'hospital. També està programada una trucada al mig per part de la seva llevadora.

Amb el temps, la comissió també s'ha convertit en un **òrgan de consulta** per a professionals i mares en temes relacionats amb la lactància materna. S'encarrega de buscar **bibliografia** amb **evidència científica**, publicar el resultat de les consultes i fer arribar aquesta informació als professionals que la necessitin. També d'elaborar els **documents**,

protocols i **procediments** relacionats amb la lactància materna que els serveis requereixin. Els mateixos grups de suport també fan arribar a la comissió temes relacionats amb la **lactància materna** que els arriben de les mares dels grups i que no poden resoldre des d'allà.

Les reunions de la comissió solen ser **trimestrals**, afegint alguna extraordinària per actes o esdeveniments especials com és la celebració de la **Setmana Mundial de la Lactància Materna**.

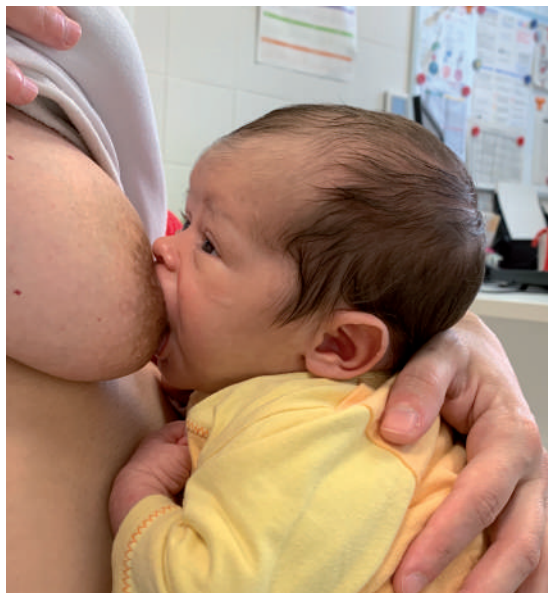
NOVES DIFICULTATS, NOUS REPTES

La situació actual ens ha suposat un **nou repte**. La possible afectació de la **pandèmia** de la **COVID-19** en l'inici i manteniment de la lactància materna i també en l'atenció materno-infantil, ens ha obligat a estar més **coordinats** que mai. De manera individual inicialment, ja que la situació no permetia res més, però reinventant-nos sobre la marxa per adaptar-nos a una situació que s'ha allargat en el temps.

Actualment, les reunions de la comissió són **telemàtiques**, i les estem mantenint amb la mateixa periodicitat. Ja estàvem acostumades a treballar els temes **online**, utilitzant correus electrònics, o reunions en petit comitè. Dins de la pròpia comissió hi ha diverses subcomissions que s'encarreguen de temes concrets com temes pediàtrics, l'acreditació IHAN de l'hospital, formació, revisions,...

GRUPS DE SUPORT A LA LACTÀNCIA MATERNA

Els grups de suport a la lactància materna estan formats per **mares** que han donat o estan **donant el pit** i, que de manera voluntària, ajuden i **acompanyen** a altres mares que presenten **dificultats** en la lactància materna o que simplement necessiten suport.



A la nostra comarca, els grups es reunien setmanalment en **4 poblacions**: Vilafranca del Penedès, Sant Sadurní d'Anoia, Gelida i Santa Margarida i els Monjos. Si era necessari, també es feia alguna **visita fora** dels grups, i sobretot moltes **consultes telefòniques**.

Aquesta tasca requereix d'una bona **coordinació i treball en xarxa** entre els professionals i els grups de suport, ja que on no arriben uns, arriben els altres.

Això s'ha demostrat ara, durant la pandèmia de la COVID-19. Aquesta nova situació va fer inicialment que els **grups presencials** desapareguessin, i les mares que ho necessitaven van quedar una mica desamparades ja que no es podien fer tampoc **visites a domicili**. El sistema sanitari estava col·lapsat i eren més necessaris que mai els grups.

La situació actual ha fet que ens haguem **reinventat**. Es van començar a fer sessions **telemàtiques setmanals**, en el mateix horari en que es feien les reunions presencials. Les sessions eren **obertes** perquè les mares que ho necessitessin es poguessin connectar. I s'ha continuat amb les consultes telefòniques més que mai.

El que estan fent actualment els grups és:

- **Reunions virtuals** de 17h a 18:30h, cada dimarts per part del grup **"Gamma"** de Sant Sadurní.
- Un grup de consultes via **WhatsApp**, per part del grup **"Pit Penedès"**. L'enllaç està penjat a la seva web i tothom que ho vulgui pot accedir-hi, consultar, quedar-se, marxar, respondre a alguna consulta i el que els hi vingui de gust.
- **Trobades virtuals periòdiques obertes** a més participants, on les mares poden explicar el que senten i el que els hi passa, i així no es senten tan soles. S'han realitzat dues durant l'últim trimestre 2020.

• Enguany per celebrar la **SMLM** es va fer una sessió de **Zoom** en obert per parlar i resoldre dubtes sobre lactància materna durant els primers dies/setmanes.

Cal reconèixer i destacar el treball de **voluntariat** que realitzen les mares dels grups de suport a la lactància materna, completament altruista i que també estan fent un esforç per adaptar-se a la nova situació.

Autores:

**GLÒRIA VILLENA
CORONADO**

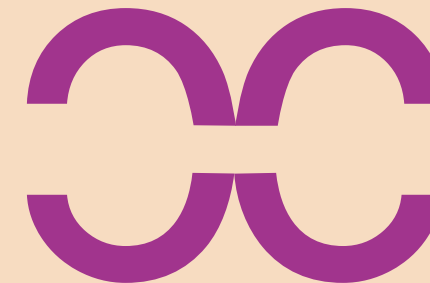
Llevadora. Consultora internacional de lactància materna IBCLC.

ANA MORILLO

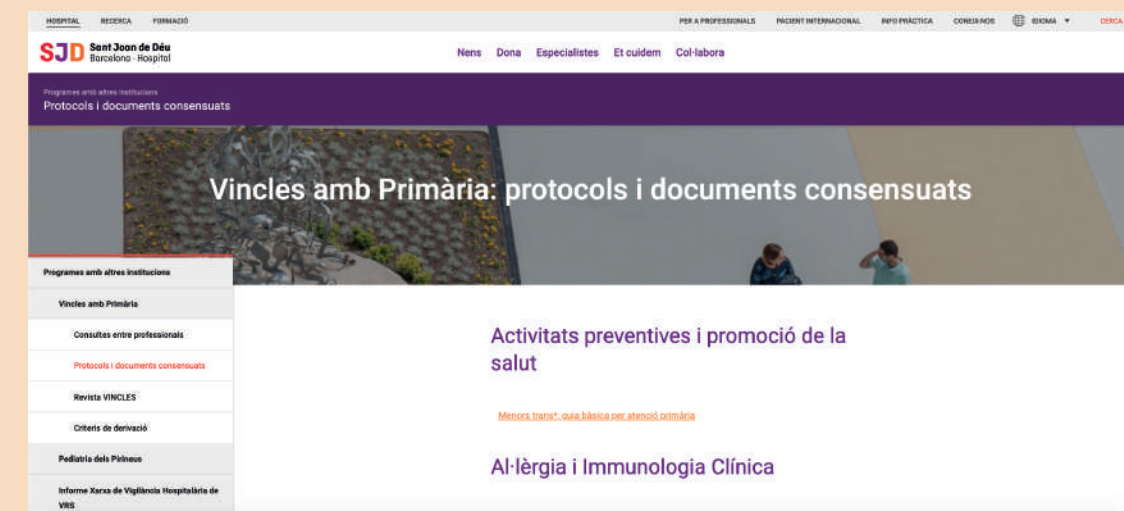
Infermera de l'Equip Territorial de Pediatria Alt Penedès.

Totes dues membres de la Comissió de lactància materna de l'Alt Penedès i fundadores i membres de diferents grups de suport de la comarca.

NOU VINCLES



QUÈ HI HA DE NOU A VINCLES?



A l'apartat **Vincles amb Primària – protocols i documents consensuats** – de la **pàgina web de l'Hospital** s'ha realitzat recentment una actualització de protocols.

Ja es troba disponible el **Protocol d'estudi i actuació de la pubertat precoç a l'atenció primària de salut**.

També hi trobareu el **Protocol de coordinació entre el Servei de Neonatologia de Sant Joan de Déu i els equips d'atenció primària de Costa Ponent per a l'atenció integral del nadó prematur o amb altres necessitats clíniques especials**.

Neonatologia

[Protocol de coordinació entre l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona i Atenció Primària de Costa de Ponent per a l'atenció del nadó prematur o amb altres necessitats clíniques especials \(revisat 2021\)](#)

Endocrinologia

[Abordatge del pacient crònic per APS: controls del pacient amb diabetis](#)

[Cures infermeres del pacient amb diabetis tipus 1](#)

[Controls del pacient amb diabetis tipus 1](#)

[Protocol d'estudi i actuació de la pubertat precoç en l'APS \(revisat Octubre 2020\)](#)

Aquest protocol ha estat consensuat entre l'**Hospital Sant Joan de Déu i Atenció Primària de Salut del Baix Llobregat, Garraf, Alt Penedès i Barcelona Esquerra** dins del marc del **Programa Vincles**.

A més, podreu trobar als vostres respectius centres un **Protocol de Coordinació Administrativa**, elaborat per **Atenció a la Ciutadania** de l'ICS, entre la **Unitat de Nounats del l'Hospital Sant Joan de Déu i l'Atenció Primària Costa de Ponent** amb les dades de contactes de la secretaria de Nounats de l'Hospital i de les secretaries dels SAP/unitats de pediatria de l'AP Costa de Ponent, i una relació de contactes dels equips d'atenció primària/equips de pediatria territorial de l'Atenció Primària Costa de Ponent.

FOR MA ció

CURS DE PROTOCOL·LITZACIÓ EN PEDIATRIA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Tot i les complicacions i els entrebancs d'aquests temps, ens sentim contents de poder-vos fer partícips del programa del **Curs de protocol·lització en pediatria d'atenció primària** del proper any, que correspon a la repesca del curs lectiu **2020-2021**.

En aquesta edició, donada la situació actual de la pandèmia de la COVID-19, aquest curs s'impartirà amb format de **webinar**. El calendari serà el següent:

Jornada 1: 24 de març de 2021

09:30 a 13:30h

Problemes endocrinològics freqüents a la consulta d'atenció primària.

- **Alicia Mainou**, pediatra d'atenció primària. EAP Vallplasa Les Planes-Vallvidrera.
- **María Pilar Pérez**, pediatra d'atenció primària. Equip de Pediatria Alt Penedès.
- **Marta Ramon**, endocrinòloga de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
- **Lourdes Ibáñez**, endocrinòloga de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Jornada 3: 16 de juny de 2021

09:30 a 13:30h

Dermatologia pediàtrica: malformacions vasculars i hemangiomes; lesions hipo i hiperpigmentades, nevus melanocítics, toxicodèrmies.

- **Cyntia Crespo**, pediatra d'atenció primària. ABS Monclar Sant Boi de Llobregat.
- **Eulàlia Baselga**, dermatòloga pediàtrica de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
- **Asunción Vicente**, dermatòloga pediàtrica de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
- **Sonia Asensio**, pediatra d'atenció primària. CAP Just Oliveres de L'Hospitalet, ICS.

Jornada 2: 26 de maig de 2021

09:30 a 13:30h

Trastorns de la conducta alimentària i tipus d'alimentacions alternatives.

- **Josep Antoni Serrano**, pediatra d'atenció primària. Equip territorial Pediatria Alt Penedès-Garraf.
- **Maria Manera**, nutricionista. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT).
- **Fernando Plaza**, pediatra d'atenció primària. EAP Sarrià Barcelona.
- **Laura Muñoz**, infermera Salut i Escola. ABS Vilanova.
- **Eduard Serrano**, psicòleg SJD. Coordinador de la Unitat de Trastorns de Conducta Alimentària de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Esperem que els **temes** i els **ponents** siguin del vostre grat i desitgem poder **retrobar-nos**, si més no, en aquesta **confluència científica** que tan enriquidora ens resulta.

Per aquells qui desitgeu **formalitzar** la **vostra inscripció** us podeu registrar en la següent direcció de correu electrònic: **formacion@sjdhospitalbarcelona.org**.

O a la pàgina de **formació** l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

EL PAPER DE LA BIOÈTICA EN PEDIATRIA

Montse Esquerda

Sant Joan de Déu Terres de Lleida i Institut Borja de Bioètica-URL

Francisco José Cambra

Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

A vegades, quan anem a parlar de **bioètica**, costa fins i tot poder situar l'àmbit o la referència de la que estem parlant. O equiparem bioètica a casos molt **complicats** i **extremes** amb decisions molt complexes.

Costa a vegades reconèixer que la bioètica forma part inherent del nostre **quefer diari**, però justament la **pandèmia** ens pot haver ajudat a veure que **“no hi ha fets sense valors”**. És a dir, en totes les decisions que prenem, fins i tot en les més tècniques hi ha valors al darrera.

Per això, la bioètica no és ben bé un **cos de coneixements** concret, sinó una **forma d'entendre i practicar la medicina** i l'atenció a les persones, basada en **principis** i en **valors**. De fet, aquesta forma d'entendre i practicar la medicina, representa un **nou model**, i com a nou model requereix **coneixement**, però també noves actituds, habilitats i recursos.

Pràcticament, tots nosaltres ens hem format molt bé en **l'abordatge biomèdic**, gran part de la nostra formació en el grau (llicenciatura, els de certa edat) i de la formació especialitzada va en relació a aquesta **dimensió**. Però ja fa dècades es va viure la **limitació** d'aquest model i es va incorporar un abordatge biopsicosocial. Malgrat que el **desenvolupament teòric** d'allò **biopsicosocial** és molt bo, trobem en la pràctica diària dificultats per implementar-lo. L'atenció als trastorns mentals ha estat la Ventafocs i estem encara lluny d'un **abordatge** més ampli en **salut mental** i, encara més, en l'abordatge dels factors socials.

Però aquest no és el model actual (o d'abans de la pandèmia), doncs hauríem evolucionat cap a un **model centrat** en les **persones**, en que més enllà dels **condicionants biològics, psicològics i socials**, es té en compte els valors i preferències de les persones i famílies que atenem.

Fulford2, va desenvolupar l'anomenat **model de Pràctica Basada en els Valors** (taula 1),

doncs en societats plurals i de codi múltiple cal reconèixer la diversitat de valors. A més, quan les opcions **terapèutiques** o **diagnòstiques** s'incrementen els valors de les persones ateses que juguen un **major paper** en la presa de decisions sanitàries.

Així doncs, saber reconèixer **els valors subjacents** a les decisions, no sols quan hi hagi conflictes de valors, ens ajudarà a realitzar una **atenció** amb major **qualitat**. Però el recorregut de la bioètica no s'acaba en els valors, sinó que aterra amb els **deures** dels **professionals** i aquests es conjuguen amb verbs. En el cas de la pediatria d'atenció primària es podrien resumir en alguns concrets, com podrien ser **protegir, promoure i acompanyar**.

Protegir seria el primer deure de tot professional que treballi amb infants, i inclou tant la **detecció** com la **protecció** dels nens i nenes dels maltractes, tenint l'alerta posada en aquelles situacions que puguin representar un dany físic, psíquic o negligència.

Queda encara molt recorregut per fer en aquest àmbit, un dels aspectes de **recerca i implementació** seria també la detecció i gestió dels **“Esdeveniments Estressants Infantils” (Advers Children Experience, ACE)**. L'any 1998 es va publicar **The ACE Study** que demostrava la relació entre comportaments de risc i malalties en la vida adulta amb l'exposició a abús emocional, físic o sexual i problemes domèstics durant la infància. Es va demostrar que haver tingut **ACEs** durant la infància suposava un **increment de risc** de patir **malalties mentals i físiques** com depressió, malaltia isquèmica cardíaca, càncer, EPOC, hepatitis i un escurçament de la vida.

Els **ACEs** són **altament prevalents**, però seria l'acumulació dels mateixos (quatre o més) el que sembla tenir un impacte clar en la salut. És un repte ètic la detecció i millora en la gestió de l'estrès tòxic infantil.

Més enllà del protegir hi ha el promoure els **“bons tractes”** a la infància. El desenvolupament dels infants que atenem no és un procés garantit per la pròpia herència genètica, sinó que depèn en un grau molt elevat de **l'interacció**, de **l'ambient** i de les **relacions** que l'embolcallen. Protegir als nens i nenes guarda relació en intentar **prevenir** i **detectar** aquell entorn que produeixi dany als infants, però també promoure un entorn que faciliti el seu desenvolupament potencial.

Per una banda, ens trobem amb una **gran millora social** de la consideració de l'infant, amb un risc clar de **sobreprotecció**, però per altra banda ens trobem una societat no pensada per a ells i que, entre altres, indueix al **sedentarisme**, pocs espais de jocs al carrer, moltes hores de pantalles, o un entorn tòxic per contaminació. Les pautes de criança són també **plurals**, coexistent diferents models i aproximacions a la **parentalitat**.

En aquest sentit, no pensem únicament en el cas de **maltractament franc**, el pediatre és el garant de la salut dels seus petits pacients i tenint en compte la seva vulnerabilitat ha d'avaluar acuradament aquelles situacions potencialment desfavorables per l'infant (negativa a les vacunacions, dietes descompensades, negativa a proves diagnòstiques com l'screening neonatal, petició de tractaments per a millorar el rendiment intel·lectual o físic, sol·licituds de tractaments clarament desproporcionats tant des de el punt de vista econòmic com per el sofriment que poden produir...) en què es podrien i haurien d'establir certs límits a l'autonomia parental.

En aquest context, hi ha un **petit llibret** que ens ajuda a intentar destriar què és lo millor per un infant concret: **“Las necesidades básicas de la infancia: Lo que cada niño o niña precisa para vivir, crecer y aprender”**. En ell dialoguen **Berry Brazelton**, pediatra altament reconegut, amb **Stanley Greenspan**, psiquiatra infantil, sobre les necessitats dels infants. Altament recomanable.

Aquest seria un **exercici ètic** constant, vetllar per la protecció així com **afavorir bones pràctiques**, no sols en les famílies sinó en els entorns i en la societat en general.

Promoure també implica fomentar que infants i adolescents participin en els processos de **presa de decisions** en salut, un tema clau en qualsevol infant, però imprescindible en nens o nenes amb malalties cròniques molt freqüents com asma o diabetis.

Quan preguntem a adolescents amb malaltia crònica, ho tenen clar i demanen: **Respecte i veracitat** (“em diuen la veritat, m'expliquen, em prenen seriosament quan pregunto o admeten els errors”); **control i confiança** (em demanen el parer, paren si no aguanten el mal, em demanen permís o m'avisen); i **cura i proximitat** (em coneixen, coneixen es meus interessos, passen temps amb mi o es fàcil parlar amb ells).

Sabem ja que la participació d'infants i adolescents en les consultes produeix una **major satisfacció** amb les cures mèdiques rebudes, una **major cooperació** per part d'ells en el tractament, promou la **sensació de control**, percebent la malaltia com menys estressant, disminuint el **desconfort** i facilitant **l'ajust positiu**. Així mateix, promoure la participació mostra un respecte per les capacitats de l'infant, promovent-les i afavorint el seu desenvolupament.

I per últim, aquest canvi de model implica també el deure d'aprendre a acompanyar, aquelles situacions d'elevada vulnerabilitat, com són **l'acompanyament a famílies** amb nens o nenes amb **discapacitat, dol infantil** o acompanyar la presa de **decisiones difícils** en infants amb **pronòstic vital limitat**. En aquest punt, els pediatres d'atenció primària tenen una posició privilegiada per poder veure de forma ampla a l'infant i la família, amb especial atenció als germans, molts cops oblidats ens els processos crònics greus.

TABLA 1. DEU PRINCIPIS DE LA PRACTICA BASADA EN VALORS
(MODIFICAT A PARTIR DE FULFORD B, THORNTON T, GRAHAM G.
OXFORD TEXTBOOK OF PHILOSOPHY AND PSYCHIATRY)

Pràctica Basada en Valors i Medicina Basada en la Evidencia
1.En totes les decisions clíniques hi ha "fets" i "valors"
2. Només s'acostuma a "veure" els valors quan són diversos o potencialment conflictius
3. A l'incrementar-se les opcions terapèutiques amb el desenvolupament científic, la diversitat humana de valors juga un major paper en la presa de decisions sanitàries.
Practica Basada en Valors i assistència
4. Els valors del pacient (famílies) ocupen un lloc central en la presa de decisions
5. Els conflictes de valors es resolen principalment en processos de deliberació, que han d'intentar respectar totes les perspectives.
Practica Basada en Valors i habilitats clíniques pràctiques
6. És important ser més conscients de la presència de valors en els pacients, explorant atentament el seu llenguatge, discurs i context.
7. Un increment del coneixement empíric i filosòfic pot ser d'ajuda en la detecció de valors.
8. La deliberació ètica, després d'explorar les diferències de valors, pot ajudar a determinar l'opció més prudent.
9. Les habilitats comunicatives són imprescindibles en la pràctica basada en valors.
10. La pràctica Basada en Valors, la presa de decisions forma part de la relació metge-pacient.

Perquè com comenta **Grollman**:

"Sols l'infant que ha estat comprès, escoltat i estimat, serà capaç de donar comprensió i amor, en el moment actual, i en qualsevol moment i situació de la seva vida".

BIBLIOGRAFIA

1. Engel GL. The need for a new medical mo-del: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129–36.

2. Fulford B, Thornton T, Graham G. Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry (International Perspectives in Philosophy & Psychiatry). Oxford Handbooks.

3. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American journal of preventive medicine, 14(4), 245-258.

4. Brazelton, T. B.; Greenspan, S. (2005). Las necesidades básicas de la infancia: lo que cada niño o niña precisa para vivir, crecer y aprender [Vol. 11]. Graó.

5. Britto, M. T., DeVellis, R. F., Hornung, R. W., DeFries, G. H., Atherton, H. D., & Slap, G. B. (2004). Health care preferences and priorities of adolescents with chronic illnesses. Pediatrics, 114(5), 1272-1280.

6. Coad, J. E., & Shaw, K. L. (2008). Is children's choice in health care rhetoric or reality? A scoping review. Journal of advanced nursing, 64(4), 318-327.

7. Grollman, E. A. (1981). Explaining death to children. In Coping with Crisis and Handicap (pp. 79-100). Springer, Boston, MA.



BLOGOSFERA 24

Efectivament hi ha vida pediàtrica més enllà de les webs i blocs de pediatria. En aquests temps convulsos i d'estranyes circumstàncies volem destacar algunes pàgines de professionals que, sense ser específicament dedicades al món dels infants, ens poden aportar valors de gran utilitat aplicables a la nostra tasca diària.

VIDEO-BLOC: PILDORES DE PSICOLOGÍA DE L'ALBERTO SOLER



L'Alberto Soler és un **psicòleg clínic** amb molts anys d'experiència, un molt bon divulgador científic amb important presència als mitjans de comunicació i autor del llibre **"Hijos y padres felices. Cómo disfrutar la crianza"** i el principal impulsor del **vídeo-bloc - Píldoras de psicología** - on, majoritàriament, tracta problemes relacionats amb la infància que manté permanentment actualitzat. No dubteu en consultar-lo si voleu trobar **solucions** a la major part dels problemes de **l'esfera psico-emocional** dels petits, i no tant petits, de la casa. Un recurs força útil.

CONTE 'POCIMITAS: CUENTOS, CARIÑOS Y TIRITAS'



Aquest és el bloc de **l'Ángeles Ruíz**, farmacèutica i amb un màster en comunicació digital, que ella mateixa defineix com un **racó** a on parlar de **salut i benestar**. Una de les seves fites és aportar d'una manera entenedora **informació veraç** als pacients, donant per entès que un malalt informat entén millor la seva malaltia, el que fa que s'impliqui més i vulgui cuidar-se, a més de tenir més **adherència** en el **tractament** i assolir un millor estat de salut. Es tracta també d'una **excel·lent dibuixant** ha dissenyat campanyes de salut pública per la comunitat de les Illes Balears i ha fet **contes infantils** per a explicar als infants temes quotidians en relació amb salut. **'Pocimitas'** ha de ser, també, una referència quotidiana.

BLOC DE JULIO BASULTO: DIETISTA-NUTRICIONISTA



D'aquests en destaca un, el **Julio Basulto** que compta amb una gran repercussió en els mitjans de comunicació i és **autor** de diversos llibres, a més de **divulgador científic** de qualitat i **professor universitari** conseqüent amb tot allò que promulga. Basulto, a través del seu **bloc Julio Basulto. Dietista-Nutricionista** ens regala el seu constant activisme en favor d'uns millors hàbits d'alimentació per a tots i, sovint, especialment enfocats als infants i joves.

BLOC D'EDUARDO TORNOS

¿Cuál es la mejor hora para publicar en Twitter en 2020?



L'Eduardo Tornos és un expert en màrqueting digital que dóna suport a grans corporacions, però que, alhora, té una especial **sensibilitat** per temes lligats amb el món de la **sanitat** i amb els **usuaris individuals**, per petits que siguin. En aquest àmbit, ha fet multitud de xerrades i tallers per ajudar als professionals sanitaris a posar-se les piles en l'univers de la **divulgació científica**, des de les bases més elementals, fins a obtenir els millors posicionaments en una recerca de Google.

I no ens enganyem, aquesta és una de les seves grans passions. En el seu **bloc Eduardo Tornos**, de disseny impecable, hi podem trobar totes aquestes eines que ens poden ser d'ajut.

BLOC DE JAVIER RASCÓN: JARABE DE LETRAS



Qui ens hauria de dir que en la nostra blogosfera acabaríem per posar-hi a un **internista**? Doncs sí, així és! Per la gran qualitat de les seves **reflexions**, per l'acurat estil amb el que les expressa i per la capacitat que té en copsar els temes candents, en **Javier Rascón**, s'ha guanyat per mèrit propi el ser el **primer professional de la medicina interna** que s'ha fet un lloc en el nostre espai.

Com ell mateix diu, el fet d'haver vist coses molt maques i molt dures des de la seva perspectiva de metge l'han portat a explorar els **límits**: la **vida** i la **mort**, allò que és **bo** i el que és **dolent**... definint-se com un defensor de **l'humanisme digital**. El podeu trobar a **Jarabe de letras**, encara que participa, i molt activament, en altres blocs i podcasts.

TWITTER CORONA-DADES



No voldríem acabar l'edició sense fer un esment especial a un compte de **Twitter**, el d'un economista anònim. En aquest s'hi reflecteixen de manera actualitzada, puntual i veraç gran quantitat de **dades** sobre la **Covid-19** en el nostre territori. Serveixi aquesta petita ressenya per a fer un tribut a tots aquells que, de manera desinteressada, han fet la seva petita o gran aportació al coneixement d'aquesta maleïda pandèmia.

POSANT EN VALOR

Entrevista al Dr. Carlos Mainou

El Dr. Carlos Mainou se ha jubilado recientemente después de haber desarrollado su trayectoria profesional primero en el Hospital Sant Joan de Déu y después en la atención primaria, siempre como especialista en Pediatría. En esta entrevista nos habla de sus casi 30 años en el hospital y de su posterior paso a la Primaria, concretamente en el CAP de Sarrià, en el que asumió labores de gestión.

¿QUÉ RECUERDOS TIENES DE TU PRIMERA ETAPA O PRIMEROS AÑOS COMO PEDIATRA?

Me inicié en la profesión como estudiante del **sexto curso** de la **licenciatura** en el antiguo **asilo/Hospital de San Juan de Dios**, situado en la **Diagonal de Barcelona** que en aquel entonces y que dirigía el **Dr. Joaquín Plaza** (mi pediatra y posterior mentor). En el dispensario pasábamos visita en un esbozo que, posteriormente, sería la **asistencia primaria**. Cuando finalicé la licenciatura en **1973**, coincidiendo con la inauguración del nuevo Hospital, tuve la oportunidad de acceder a una **plaza de residente** con la consiguiente inscripción en la escuela profesional de pediatría de la facultad de Medicina dirigida por el catedrático de pediatría **Prof. Manuel Cruz**.

Allí coincidimos muchos pediatras como residentes y adjuntos, grandes profesionales, que no voy a enumerar por no extenderme. Reconozco que mi primera formación como pediatra hospitalario fue bastante **autodidacta**, ya que en aquella época no disponíamos de un referente docente, sobre todo en el ámbito hospitalario. Las primeras UCI empezaron a funcionar en este periodo.

Podríamos decir que nosotros fuimos lo **pioneros** de la pediatría hospitalaria y sus especialidades. Posteriormente y a los dos años de residente, ingresé definitivamente como adjunto en el cuerpo facultativo del Hospital.

¿EL HOSPITAL DE LA DIAGONAL ERA MUY DIFERENTE AL ACTUAL? ¿CÓMO ERA?

Era un hospital muy **familiar** y sobre todo destacaría la **relación humana** entre el personal (médicos, enfermeras, auxiliares, etc..) que trascendía al profesional. Éramos una verdadera **familia**.

¿QUÉ DESTACARÍAS EN ESTE CAMBIO?

Hay un antes y después en relación a la adscripción a la **Universidad de Barcelona (UB)**. Desde luego no contábamos con los medios actuales y la actividad asistencial, científica y docente no era la misma. Posteriormente y gracias a la presencia de la **Cátedra de Pediatría**, nos transformamos en un hospital docente y consumamos la investigación.

¿QUÉ REPRESENTÓ PARA TI?

Muchos de nosotros pudimos iniciarnos en la **docencia** y la **investigación**. En esa época pude realizar mi **tesis doctoral** y inicié mi actividad docente como profesor asociado. Además de tener la enorme satisfacción de dar clase a mi hija Alicia, que en esa época estudiaba la asignatura de pediatría.

¿CÓMO ERA LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL?

Muchas veces teníamos que improvisar porque carecíamos de información suficiente. Recuerdo las guardias de los primeros años y múltiples experiencias que darían para escribir un libro. **Anécdotas** de todo tipo, agradables, desagradables y muy constructivas, a partir de las cuales nos forjamos como pediatras. Siempre decíamos que hay una **antes y después** de este período. Puedo decir personalmente que es donde más aprendí de toda mi **etapa de formación**.

LAS ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS EMPEZARON A SURGIR EN ESTA ÉPOCA ¿CÓMO SE ACCEDÍA A ELLAS?

La **formación** en una **especialidad** era muy **autodidacta** y en la mayoría de ellas (cardiología, alergología, dermatología...),



se accedía a través de su **homóloga general** (una subespecialidad dentro ella). Cuando acababas la residencia, si obtenías una plaza de médico adjunto, tenías dos **opciones**. O te apuntabas a ella, o te dedicabas a hospitalización general en unidades distribuidas por edades.

¿LA ASISTENCIA PRIMARIA ERA UNA ESPECIALIDAD?

A “priori” no se contemplaba como tal. En aquella época la mayoría de pediatras practicábamos el **“pluriempleo”** y dentro de él, la primaria a través de una plaza en la seguridad social, o en una consulta privada que se compartía con el Hospital. La **asistencia primaria** (puericultura, protocolo de asistencia al niño sano, vacunación, etc.) se contemplaba muy poco o nada en nuestra formación. Ha sido y es la **“hermana pobre”** de nuestra profesión.

¿ESTE HECHO QUE COMENTAS INFLUYÓ EN SU CALIDAD?

La **calidad** de la misma dejaba mucho que desear y sobre todo en pediatras que no tenían una **formación hospitalaria**, prácticamente la única que existía. Una década antes, y como única exigencia legal para ejercer la **profesión**, simplemente te apuntabas en el colegio de médicos y ya estabas titulado.

¿QUÉ OTROS MOTIVOS PROVOCARON ESA BAJA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA PRIMARIA?

Sobre todo la falta de un **referente docente**. Este, se mantuvo en el hospital que, aunque mejoró, siempre fue deficitario en esta especialidad. Los pediatras que ejercían exclusivamente la **asistencia en la primaria**, especialmente en las zonas rurales, tenían escaso contacto con los centros docentes y era un problema para estar al día. Si a esto se le suma la falta de **canales de comunicación**, escasos **cursos, simposios y congresos**, dicho problema aún se agravaba más. También el acceso a las revistas especializadas, sobre todo extranjeras. Para muchos, la única forma de mantener una **formación continuada** era a través de la información que daban los representantes de la **industria farmacéutica**, con el sesgo que derivaba de ello.

Un reflejo de ello eran la cantidad de **derivaciones** al Hospital de referencia, sin sentido, por enfermedades (por ejemplo una neumonía leve) que se podían solucionar desde el ámbito ambulatorio.

¿CUÁLES CREES QUE HAN SIDO LOS MOTIVOS QUE HAN CONDUCIDO A LA MEJOR CALIDAD DE LA ASISTENCIA PRIMARIA?

Sobre todo la formación durante la **residencia** de 4 años y el **acceso a la información**, mejorando ostensiblemente en los últimos años (revistas on line, internet, congresos, symposiums, reuniones etc). También, haber establecido un **vínculo estrecho** entre el Hospital y la atención primaria, especialmente a través del **programa Vincles**. A pesar de ello, creo que durante la residencia el tiempo de dedicación a la primaria, a través de la asistencia en los CAP, es muy escaso.

¿CREES QUE ES IMPORTANTE LA FORMACIÓN HUMANÍSTICA DEL PEDIATRA?

El pediatra es ante todo un **universitario** y como tal no debe descuidar su **formación humanística** porque en ella radicará una buena parte de la **calidad** de su **praxis médica** y la relación con su paciente. Es una pena ver a un profesional, que por mucho que domine su especialidad descuide dicha formación. El **Dr. Gregorio Marañón** fue un referente en este aspecto. Hemos de estar al día sobre nuestra **especialidad** sin olvidar el mundo que nos rodea (historia, política, avances científicos, arte, etc). Hay que **leer más** (no solo pediatría). Da pena ver buenos profesionales muy poco cultivados.

¿Y POR ÚLTIMO, UNA VEZ JUBILADO, QUE PROYECTOS DE FUTURO TIENES?

Tal como me dijo una vez un pediatra de 90 años: **“nunca se deja de ser pediatra”** y es esta una máxima que me va a guiar el resto de mi vida. Por ahora, mantengo mi **consulta privada** y he iniciado **múltiples proyectos** que hasta ahora no había podido realizar por falta de tiempo. Una de mis grandes aficiones es la **lectura** y ahora dispongo del tiempo necesario para leer. Soy un gran aficionado a la **historia** y a la **ciencia**. Me apasiona especialmente la física cuántica.

Entrevista realizada por: **Dra. Alicia Mainou**, responsable de Pediatría del CAP de Sarrià.

vinacles

PEDIATRIA TERRITORIAL