

vinçcles

Pediatría Territorial



ÍNDEX

P4 EDITORIAL

P6 SERVEIS A PROP TEU

- Nova UCI de nounats que facilita la implicació de la família en la cura del nadó i redueix les infeccions nosocomials
- L'Hospital Sant Joan de Déu atèn un 47% més d'urgències de salut mental en el primer trimestre del 2021

P12 CONEIXEMENT

- Covid-19 i salut mental: reptes i oportunitats. Elements clau per a la detecció precoç
- Algunes dades sobre l'afectació de la Covid-19
- Covid perllongat
- Controversias en anquiloglosia en edades tempranas de la vida
- Fibrosi quística
- Displàsia fibrosa polioestòtica

P32 ATENCIÓ COMUNITÀRIA

- Viure en pandèmia: gestió emocional en l'adolescència en l'era Covid

P36 NOU VINCLES

- Protocolo de seguimiento del recién nacido prematuro del HSJD
- Actualización criterios de derivación de COT

P42 FORMACIÓ

- Traumatismos asociados a patinetes

P44 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- Vacunació des de la fitxa tècnica: vacunes front a Rotavirus

P50 CIÈNCIA I HUMANISME

- Introducción de las familias en las unidades de neonatología

P58 BLOGOSFERA

- Pediatres a Twitter

P60 POSANT EN VALOR



EDITORIAL

VACUNA DE LA COVID PER INFANTS?

Dr. Juan José García García - Cap de Pediatria de l'Hospital Sant Joan de Déu

Un dels temes que es debat en les últimes setmanes és la necessitat de **vacunar de COVID als infants** tenint en compte que, al menys aparentment, aquesta malaltia no es manifesta de forma greu en pediatria, al revés del que passa en la gent gran o els adults.

És una qüestió rellevant, que no només té connotacions científiques sinó també ètiques. En general, podríem considerar que és **prioritari vacunar a la gent** de més risc d'altres països, abans que els infants de països desenvolupats. Aquest pensament té lògica, abordada des d'un posicionament de salut global. No obstant aquesta posició és aplicable al conjunt de la població, no només als infants.

D'aquesta manera, mentre en el total del món a data 28 de setembre de 2021 el **44,7%** de la població mundial ha rebut alguna dosi de la vacuna contra la COVID-19 (6.000 milions de dosis aproximadament), només l'han rebut el 2,3% de les persones que viuen en països de baix nivell de renda (Vacunas contra el coronavirus [COVID-19] - Estadísticas e investigación - Nuestro mundo en datos [ourworldindata.org], amb accés el 28 de setembre de 2021). La iniciativa COVAX pretén l'accés equitatiu a les vacunes contra la COVID-19. En el moment actual ha assignat més de **170 milions** de vacunes en **138 països** i té com objectiu arribar a 2.000 milions a finals de 2021 i 1.800 milions més a començaments de 2022. Encara queda, doncs, un llarg camí per recórrer.

A Espanya la situació és molt bona en el que respecta a la vacunació. El **78%** de la població ja té la **pauta completa** i la disposició per vacunar-se és superior al **85%**, la més alta del món. A més, ja hem començat a vacunar als **nens i adolescents per sobre dels 12 anys** i s'està participant de forma activa en els estudis que han de portar a l'aprovació dels vaccins en infants per sota d'aquesta edat.

Sense dubte, la vacunació dels infants suposarà una protecció major a la comunitat, de forma que, si bé és més que probable que no s'acabi amb la malaltia de forma absoluta, sí és possible que les possibles onades que vinguin posteriorment no

siguin tan intenses i puguem retornar de forma progressiva a una nova normalitat possiblement amb vacunes periòdiques contra la COVID com succeeix amb altres vacunes com la de la grip.

El comitè Assessor de Vacunes de l'AEP acaba de recomanar, per cert, l'administració de la vacuna de la grip a tots els infants entre 6 i 59 mesos, a més d'altres grups de risc o en contacte amb gent de risc [Vacunación antigripal 2021-22: recomendaciones del CAV-AEP | Comité Asesor de Vacunas de la AEP [vacunasae.org] amb accés el 28 de setembre de 2021]

Tornant a la conveniència o no de vacunar als infants contra la COVID, també hem de considerar algunes **realitats clíniques**. Així, és cert que no són un grup en que la malaltia incideixi especialment, ni tan sols en els nens amb patologia de base, però sí cal tenir en compte que ocasionalment es donen quadres greus com la **Síndrome inflamàtoria sistèmica pediàtrica** associada a infecció per SARS-CoV2, i que també hem vist algun adolescent amb quadres pneumònics greus tipus-adult. Per no parlar dels problemes de **salut mental** desencadenats en aquest cas per la **situació sanitària**, amb confinaments domiciliaris, aturada de les activitats habituals i possibles pèrdues d'aprenentatge degudes a la insuficiència dels mecanismes alternatius de docència a l'escola. També els efectes de la **disminució d'ingressos econòmics** que han experimentat algunes famílies poden haver incidit de forma especialment cruel en els nens. Són els grans efectes indirectes de la pandèmia en la infància i a l'adolescència, més greus que els propis efectes del virus.

No hem d'oblidar que la població infantil és un dels **collectius més vulnerables** i com a tal mereix especial protecció. Es mereixen que es plantegin estudis sobre l'eficàcia i la seguretat de la vacuna de la COVID. No podem confiar en que la resta de la població estarà tota vacunada i per tant, no circularà el virus doncs sempre cap la possibilitat que apareguin **noves soques** que produeixin més afectació en nens o que sigui més contagiosa i, en trobar-se un collectiu molt

susceptibles, pugui ser l'inici d'una nova onada. Aquesta vegada amb els nens com a principals protagonistes. Ni podem tampoc permetre que els infants més petits continuïn sotmesos a unes restriccions que van desapareixent per la resta de la població.

És cert que tampoc hi ha una pressa excessiva, al contrari del que passava en la població general. Així, els **assajos clínics** actualment en curs i altres que es començaran sobre tot hauran d'incidir en el tema de la seguretat, doncs en no ser una **malaltia especialment perillosa** per se caldrà controlar molt bé aquest aspecte. Recentment s'han comunicat resultats molt prometedors d'una de les vacunes en infants de 5 a 11 anys (Pfizer and BioNTech Announce Positive Topline Results From Pivotal Trial of COVID-19 Vaccine in Children 5 to 11 Years | Pfizer, amb accés el 28 el setembre de 2021) i s'espera que també es comuniquin resultats en menors de 5 anys abans d'acabar l'any. Amb tota la informació disponible els **agents reguladors** primer i els **responsables de les Administracions** després, amb el suport dels

experts en Salut Pública, hauran de prendre les decisions que corresponguin per tal de poder estendre la **vacunació** a tota la **població infantil**, a mesura que les dades científiques estiguin disponibles. Sense oblidar, és clar, el component solidari que hauria d'haver estat present des d'un bon inici.

Ja veieu que no és un qüestió ni un debat fàcil ni de resposta senzilla. A nosaltres, pediatres i infermeres pediàtriques, ens toca com a mínim, exigir que es pensi en els infants i estar al seu costat un altre cop per defensar els seus drets.



SERVEIS A PROP TEU

SERVEIS A PROP TEU

L'Hospital Sant Joan de Déu estrena una nova UCI de nounats que facilita la implicació de la família en la cura del nadó i redueix les infeccions nosocomials



L'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona ha estrenat una **nova unitat de cures intensives** per a nounats que deixa enrere el tradicional **model d'espai obert** i opta per un espai compartimentat en habitacions perquè **l'evidència científica** mostra que aquest nou model **facilita la presència dels progenitors**, la seva implicació en la cura del nadó, afavoreix el seu **benestar** i **redueix les infeccions nosocomials**.

La nova UCI és, amb una superfície de 2.266 metres quadrats, quatre vegades més gran que l'anterior. Compta amb **44 llits** (6 més que l'antiga unitat), distribuïts en **24 habitacions individuals**, 5 dobles, 2 triples i una quàdruple; un **espai per a les famílies** equipat amb cuina-office, àrea de descans amb sofàs i televisió, i servei de dutxa i lavabo; un lactari; dues àrees de treball per als professionals i un box per fer simulacions.

Dues de les habitacions individuals i una de les dobles poden ser reconvertides en **quiròfans** per poder operar els nadons més inestables sense haver-los de traslladar fora de la unitat i 2 llits han estat especialment equipats per fer **ECMO**

-suport vital extracorpori indicat quan falla la respiració o la circulació-. A l'UCI s'operen hèrnies diafragmàtiques congènites, enterocolitis necrotitzants, prematurs amb retinopatia, ductus i algunes malformacions digestives, entre d'altres.

Cada any, a l'Hospital se'n fan al voltant de **110 cirurgies neonatals** de les quals una cinquena part es poden fer a la mateixa UCI.

La nova unitat incorpora les **últimes tecnologies** i compta amb **quatre nivells de monitoratge** del pacient que permet als professionals detectar un **senyal d'alerta ràpidament**, siguin on siguin, perquè aquesta alerta s'envia instantàniament a quatre dispositius: un **monitor** que hi ha dins del box, un altre que hi ha fora, al control d'infermeria i a un **dispositiu mòbil** que porten en tot moment els infermers a la butxaca.

També disposa d'un sistema que permet gestionar els fàrmacs amb seguretat i un software que optimitza la gestió dels recursos.



Cada any al voltant de **600 nadons ingressen** a l'UCI de Nounats de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. Es tracta de nadons que han nascut a l'Hospital o han estat derivats des d'altres **centres hospitalaris** per haver nascut **prematurament** o presentar **problemes de salut** com ara malformacions congènites, síndromes respiratòries o infeccions, entre d'altres.

Les **condicions ambientals** de l'espai on passen els primers dies de vida aquestes criatures juga un paper molt important en el seu benestar i evolució.

Un estudi publicat a **The Lancet** posa de manifest que una **UCI compartimentada en habitacions** -enfront de la convencional d'un espai obert- **comporta molts beneficis**. No tan sols garanteix una major intimitat i confort de la família, sinó que **afavoreix la lactància materna** perquè els poden alletar directament i poden fer durant períodes de temps més llargs **mètode cangur** (pell amb pell) perquè les mares poden estar més hores amb el seu fill. A més, **millora el control del soroll i de la llum** afavorint la son dels nounats i el seu desenvolupament neurològic, sobretot en el cas dels que han nascut prematurament.

La nova estructura també afavoreix **una major implicació de la família en la cura** del nadó i **redueix el risc d'infeccions nosocomials**, fets que ajuden a disminuir l'estada hospitalària i els reingressos.

UN ESPAI DISSENYAT AMB L'AJUDA DE LES FAMÍLIES I SIMULAT ABANS DE LA CONSTRUCCIÓ

La nova unitat de cures intensives de nounats de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona incorpora totes aquestes mesures i també d'altres que han **proposat les famílies** de pacients. Durant el **procés de disseny** de l'UCI, els responsables del projecte van **implicar un grup de famílies** que havien estat usuàries del servei perquè manifestessin les seves necessitats i les seves propostes sobre com havia de ser el nou espai.

A més, per posar a prova els espais abans de construir-la, es va fer una **maqueta de cartó** a mida real d'una habitació individual on els professionals van poder **simular diferents pràctiques assistencials habituals** en una unitat de nounats com pot ser l'estabilització del pacient, una reanimació cardiopulmonar però també d'urgents i complexes com una ECMO o cirurgia. L'objectiu era comprovar si les dimensions eren idònies i la distribució de l'espai i del mobiliari, adequat, i introduir aquells punts de millora sobre el plànol, abans que es fes realitat.



L'Hospital Sant Joan de Déu atèn un 47% més d'urgències de salut mental en el primer trimestre del 2021

Entre un **10%** i un **20%** dels adolescents experimenten **trastorns mentals** segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS). La **meitat d'aquests trastorns** es manifesten abans dels 14 anys. Experts asseguren que la **detecció i la intervenció precoç** en salut mental és la millor inversió de futur per reduir prevalences, costos, morbiditats i minvar la progressió de la malaltia. Expliquen que el **temps** que passa des de l'aparició dels **primers símptomes** fins al tractament és **clau** per a la recuperació del pacient en molts casos.

Per això consideren important que l'entorn del **jove-pares i educadors- disposin d'informació** i sàpiguen **detectar** una sèrie de **senyals** d'aquests trastorns que els permetin alertar i demanar ajuda als professionals lo abans possible.

En aquest context, la plataforma de **salut FAROS** de l'Hospital Sant Joan de Déu ha elaborat un **informe** que recull els **principals problemes de salut mental** que poden tenir els adolescents i explica com es poden detectar, tractar i prevenir aquests mateixos.

Les dades assistencials de l'Hospital Sant Joan de Déu posen en manifest el **creixement de casos** que s'està duent a terme en el context de la pandèmia provocada per la Covid-19. Cal destacar l'increment del **47% dels pacients atesos en urgències per motius de salut mental** en el primer trimestre de l'any en comparació al mateix període del 2020.

Aquest **informe FAROS** repassa els principals **problemes de salut mental**, com l'ansietat, la depressió, la psicosis o el TDAH. També dedica un capítol especial a les **particularitats de l'adolescència** en el cas dels nens i nenes amb autisme i s'aborden alguns aspectes que suposen reptes per la quotidianitat, com poden ser l'ús de les noves tecnologies i la conducta autolesiva.

L'informe proporciona **elements claus per a la detecció de senyals d'alarma** de forma genèrica i concreta en alguns trastorns. Aborda la comunicació amb el fill o filla adolescent i les

claus per a l'aproximació en aquesta etapa plena d'oportunitats. I finalment, s'ha elaborat un **decàleg** on s'inclouen els **punts importants** per comprendre i promoure la salut mental de l'adolescent.

ELS TRASTORNS D'ANSIETAT, ELS MÉS FREQUENTS

Els trastorns d'ansietat són els problemes de salut mental més freqüents en la infància i l'adolescència. Els **estudis epidemiològics mostren que afecten entre un 9% i un 21% els nens i adolescents** (Kashani y Orvaschel, 1990; Ruiz y Lago, 2005) i que han augmentat en els últims anys (Infocop 2019). Específicament a Espanya, es calcula que un **5% dels adolescents pateix depressió** i que entre un 10% i un 20% presenta problemes d'ansietat segons la Societat Espanyola de Medicina de l'Adolescència (SEMA).

Molts d'aquests **trastorns no són sempre fàcilment detectables**, per això és important estar atents perquè si es detecten a temps es prevenen presentacions més severes i persistents en l'etapa adulta.

ÚS EXCESSIU DE LES NOVES TECNOLOGIES

Encara que les enquestes indiquen que la població jove i adolescent del món occidental fa un **ús excessiu de les noves tecnologies**, els experts aclareixen que no és tan important el temps que dediquen com l'ús que en fan i **els continguts** que consulten. La pregunta que també ens hem de fer és: Dediquen el seu temps a altres activitats socials i/o d'oci que no són les TIC?

AUGMENTEN TAMBÉ LES AUTOLESIONS

En les últimes dècades s'ha produït un **augment dels joves i adolescents** que **s'autolesionen** o infringeixen un mal corporal sense intenció de provocar la mort. Tradicionalment, aquesta conducta era associada a **trastorns mentals** greus, però ara també s'està donant en joves sense **patologies psiquiàtriques establertes**. Estudis publicats en els últims anys indiquen que a Catalunya un 11,4% de joves s'han autolesionat alguna vegada a la seva vida (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya) i a Europa es parla de la prevalença del 27,6%.

Amb la **conducta autolesiva**, els joves busquen reduir, gestionar o escapar de la tristesa, la ràbia o altres emocions negatives. Els experts alerten de que les **autolesions** són una **conducta** amb un **risc de contagi molt alt**.

Per aquest motiu, desaconsellen al professorat abordar el tema a classe quan detecten un cas. Els autors de l'informe consideren que les **autolesions** constitueixen un **repte** per a la comunitat educativa, per això defensen la **creació d'un protocol d'actuació** i d'un pla de **formació específica** per al professorat que els permeti detectar aquests casos quan abans millor.

EL CONFINAMENT I ELS TRASTORNS DE CONDUCTA ALIMENTÀRIA (TCA)

El confinament ha suposat un factor d'estrès significatiu per a la població amb una patologia mental prèvia i, en el cas dels adolescents amb un **trastorn de la conducta alimentària (TCA)** com és l'anorèxia, la bulímia o el trastorn per un empatx, un factor de risc de recaiguda i empitjorament. Els TCA, nou de cada deu afectades són noies.

En aquest últim any 2020, els centres de salut mental infantil i juvenil de l'àmbit comunitari a Catalunya han **augmentat les consultes de TCA** en primeres visites un 25% i a la Unitat de TCA de l'Hospital Sant Joan de Déu s'han doblat les derivacions urgents.

EL INFORME FAROS

Aquest informe **"Una mirada a la salut mental dels adolescents. Claus per comprendre'ls i acompanyar-los"** està disponible en format digital i es pot descarregar de manera gratuïta a la **web** de la plataforma de salut FAROS de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.



CO NEI XE MENT

Covid-19 i Salut Mental: reptes i oportunitats Elements clau per a la detecció precoç

Dra. Ester Camprodon Rosanas, Psicòlega adjunta a Cap d'Àrea de Salut Mental. Unitat Trastorns Psicòtics Incipients (UTPI) Hospital Sant Joan de Déu.

L'eclosió de la **pandèmia del COVID-19** ha suposat un repte a diversos nivells (socials, econòmics, de salut, de valors...). La ràpida expansió del virus va tensionar els sistemes de salut. El **repte científic** de superar la malaltia era i continua essent, un escull amb pocs precedents del que sembla que poc a poc anem resolent.

Més enllà de les **conseqüències en la salut física**, l'afectació en el benestar de les persones i en especial els infants i joves, **l'impacte emocional** de la pandèmia ha tingut una **forta repercussió**.

Amb els canvis en l'estil de vida derivats de les mesures restrictives per fer front a la COVID-19, els nens estant menys actius, passen més temps davant les pantalles, tenen patrons de son més irregulars, una dieta més pobre, passen menys temps en activitats de l'aire lliure i tenen menys interaccions amb iguals. A més, existeix una relació significativa entre l'aïllament i els sentiments de soletat i un major risc de desenvolupar **psicopatologia i una alteració del benestar**¹.

A mesura que el **confinament s'allargava els estressors també augmentaven** (contagis, mort de familiars, pèrdua de feina, confinament, supervisió de les feines escolars dels nens, convivència) i, en conseqüència els nens, adolescents i les seves famílies, experimentaven un augment de l'estrès i una reducció dels recursos de recolzament i afrontament, generant una **situació de risc** per a la seva **salut mental**². Després d'un llarg període on les rutines estaven alterades, el **període de desconfinament** no ha estat lliure d'estressors mantenint-se algunes pors com las d'infectar-se, les pèrdues de feina. Estudis científics han demostrat que els nens i adolescents exposats a **múltiples factors estressors simultànies tenen més risc de tenir problemes de salut mental**³.

La **disminució de la presència dels agents reguladors**: escola, esport, oci, educació en el lleure, etc, les dificultats d'accés a la Salut Mental, **l'impacte situació socio-econòmica**, situacions traumàtiques (mort, aïllament, violència intra-familiar...) han propiciat **l'aparició de més problemes de salut mental**.

En aquest context, **l'augment de les consultes pel que fa als problemes de salut mental** ha anat en augment. El confinament ha estat un clar factor desencadenant **d'empitjorament de la simptomatologia ansiosa i depressiva**, sobretot en les famílies més vulnerables i els pacients amb malalties greus.

El que s'ha observat ha estat un **increment de les situacions de crisi**, copsades en l'augment de les **consultes a les nostres urgències psiquiàtriques**, destacant les temptatives autolítiques, així com un increment molt significatiu de la demanda d'atenció a **trastorns de la conducta alimentària**. Concretament, les consultes a urgències psiquiàtriques durant el període gener-febrer 2020 comparades amb gener – febrer 2021, han augmentat un 36% les temptatives autolítiques un 104% i els ingressos per TCA un 60%.

Pel que fa les **temptatives autolítiques** ateses a l'Hospital Sant Joan de Déu durant el període desembre 2020 i febrer 2019, s'han incrementat un **104%** comparant-la en el mateix període de l'any anterior. Com a conseqüència de l'augment de la demanda, ha suposat un increment del 61% dels pacients ingressats a la nostra unitat d'hospitalització. En aquest sentit, l'evidència científica corrobora que els **fets vitals estressants** (per exemple: pèrdua d'algun dels progenitors, bullying, separació dels pares, ser víctima o estar exposat a qualsevol tipus de violència, esdeveniments traumàtics...) són **factors** que, combinats amb **aspectes temperamentals, genètics i característiques de l'entorn** poden precipitar **l'aparició de problemes en la salut mental en infants i adolescents**. Estar atents als principals senyals d'alarma serà important per a un abordatge precoç. El que ens marcarà la diferència entre la **conducta normal i la patològica** serà la **intensitat dels símptomes i la seva durabilitat** (llarga i sostinguda en el temps).

Qualsevol **canvi brusc de conducta**, alteració del patró de son i/o alimentari, baixada en el rendiment acadèmic, canvis en la higiene i/o pèrdua de funcionalitat, **caldria ser consultat a un especialista**⁴. Una de les conductes que preocupa més a pares, educadors i metges és la presència de **conductes autolesives no suïcides (ANS) en els adolescents**. Cal especificar que no estan considerades un trastorn psiquiàtric. Actualment les ANS segueix observant-se en persones amb malalties mentals greus, i la seva prevalença no ha canviat en aquests casos, però el que és una novetat és **observar-la en nois i noies de la població general**, és a dir, en nois i noies sense patologies psiquiàtriques establertes però que presenten dificultats per **gestionar el malestar emocional**⁴. Els senyals d'alarma a tenir en compte per la **presència de les conductes ANS** són: comportament distant o evitador pel que fa l'expressió de sentiments o emocions; presència de talls, cremades o blaus en braços i/o cames; trobar amagats ganivetes d'afaitar, ganivets o altres objectes que poden ser utilitzats per autolesionar-se; notar que porta roba que no s'adequa al clima (com mànigues llargues a l'estiu) per amagar cicatrius, ferides o blaus⁴.

I QUAN CAL LA DERIVACIÓ A L'ESPECIALISTA EN SALUT MENTAL?

Alguns dels elements claus s'han comentat amb anterioritat. No obstant, disposem d'**eines de cribatge validades, sensibles i específiques** que poden ser utilitzades a atenció primària. Es tracta d'una **eina de ràpida administració** (5 minuts) validada en poblacions de diferents estrats socioeconòmics i de fàcil comprensió al ser en forma de pictogrames. Es tracta del **Pictorial Pediatric Checklist (PPC)**, un **qüestionari de cribatge de problemes emocionals i conductuals infantil i juvenil** (4-16 anys). Dissenyada específicament per a **pediatria** i altres professionals de la salut amb l'objectiu de **millorar el reconeixement dels problemes psicosocials en els nens i adolescents**. Està compost de **35 ítems a contestar pel pare, mare o cuidador** que enumeren una àmplia **gamma de problemes emocionals i conductuals** dels nens i adolescents. Cada pregunta té tres opcions de resposta: mai, a vegades o freqüentment, que

es quantifiquen amb un escala de Likert en 0, 1 i 2 respectivament. El **resultat global** s'obté a partir de la suma de les puntuacions obtingudes en tots els ítems. El punt de tall que ens indicaria problemes emocionals i de conducta susceptibles a ser valorats és de 24 (4-5 anys) i de 26 per edats compreses entre 6-16 anys⁵. Cal tenir en compte, que per fer la **valoració global de derivació preval el criteri del clínic** però el PPC pot ser una eina útil de cara als pares i professionals per prendre la decisió. Finalment, cal destacar que la **detecció precoç**, doncs, facilita una **intervenció primerenca** resultant clau en frenar o retrassar la aparició de problemes o trastorns mentals i per tant afavorint-ne el seu pronòstic.

BIBLIOGRAFIA

- 1.Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. ⁽²⁰²⁰⁾. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. The Lancet.: Vol. ³⁹⁵: 945-947.
- 2.Clemens V, Deschamps P, Fegert J, Anagnostopoulos D, Bailey S, Doyle M, Eliez S, Hansen AS, Hebebrand J, Hillegers M, Jacobs B, Karwautz A, Kiss E, Kotsis K, Gregoric H, Pejovic-Milovancevic M, Råberg Christensen AM, Raynaud JP, Westerinen H, Visnapuu-Bernadt P. ⁽²⁰²⁰⁾. Potential effects of "social" distancing measures and school lockdown on child and adolescent mental health. Eur Child Adolesc Psychiatry. May ²³: 1-4. doi: 10.1007/s00787-020-01549-W
- 3.Prime H, Wade M, Browne D. ⁽²⁰²⁰⁾. Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. Am Psychol. Jul-Aug ²⁰²⁰;75(5):631-643. doi: 10.1037/amp0000660. Epub ²⁰²⁰ May ²¹.
- 4.Quaderns FAROS: Una mirada a la Salut Mental dels Adolescents. Claus per comprendre'ls i acompanyar-los. Edició: Faros Sant Joan de Déu, ²⁰²¹.
- 5.Jellinek MS, Murphy JM, Robinson J, Feins A, Lamb S, Fenton T ⁽¹⁹⁸⁸⁾. The Pediatric Symptom Checklist: Screening school-age children for psychosocial dysfunction. J Pediatr; ²⁰¹¹²:201-9
Qüestionari disponible a:
<https://pedstest.com/resources/downloads/handouts/spanish/PPSCSpanish.pdf>

Agunes dades sobre l'afectació de la Covid-19

Autora: Anna Gatell Carbó. Pediatra de l'Equip d'Atenció Pediàtrica Territorial de l'Alt Penedès.

El dia 11 de març de 2020, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va declarar la **Covid-19 com a pandèmia** per la seva propagació global. El SARS-CoV-2 ha aconseguit infectar a tots els **grups d'edat** de manera **desigual en gravetat i incidència**. A Espanya ja anem per la cinquena onada, quan pensàvem que ens quedaríem en la quarta i passaríem un millor estiu. Els nens i joves continuen sent, com al principi es va poder constatar, els que **menys afectació física han sofert**, encara que la seva salut mental s'ha vist perjudicada com en molts estudis ha quedat reflectit.

Amb totes les **incògnites** que teníem a l'inici d'aquesta desconeguda pandèmia, es van tancar les escoles entre altres mesures, generant repercussions en desenvolupament integral dels alumnes. En aquesta fase inicial, a Catalunya, es va començar a fer **recerca** i generar coneixement, sobre el comportament del SARS-CoV-2 en l'edat pediàtrica, exemples van ser el projecte **KIDS CORONA de l'Hospital Sant Joan de Déu i el del grup COPEDI-CAT** (liderat per la Unitat pediàtrica de malalties infeccioses de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron) format per més de **140 pediatres d'atenció primària i hospitalària** de tot el territori català juntament amb investigadors del BIOCOM-SC de l'UPC.

La plataforma **KIDS CORONA** va demostrar en el primer estiu de pandèmia (juliol 2020) que la **taxa de transmissió de la infecció pel SARS-CoV-2 entre els nens que van anar a escoles d'estiu** amb mesures estrictes de prevenció va ser **inferior que la reportada per la població general**. Això va suggerir que segons les mesures de prevenció, les escoles eren probablement **poc amplificadores de la transmissió del virus** i reforçava les recomanacions per l'obertura de les escoles. També es va fer un **estudi sobre el grau d'impacte en la salut mental dels nens i adolescents** i es va constatar un **augment de psicopatologia en relació a la depressió i l'ansietat** associades a la pandèmia de la Covid-19. La plataforma de recerca KIDS

CORONA segueix aportant coneixement en relació al SARS-CoV-2 i la seva conducta en l'entorn pediàtric. Es pot consultar a la **web** <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/kidscorona>.

El grup **COPEDI-CAT** va constatar en la 1a fase de la pandèmia, un cop iniciat el curs escolar, la **baixa transmissibilitat del SARS-CoV-2** dels menors dins del domicili i en els grups bombolla que es van organitzar a les escoles. L'estudi va incloure a **1.040 pacients amb Covid-19**. Gairebé la meitat (47,2%) estaven asimptomàtics, el 10,8% presentava comorbiditats i el 2,6% va requerir hospitalització. No es van reportar defuncions. La **transmissió viral va ser comuna** entre els membres de la llar (62,3%). Més del 70% (756/1.040) dels **casos pediàtrics van ser secundaris a un adult**, mentre que el 7,7% (80/1.040) van ser casos índex (transmissors de la infecció). La **taxa d'atac secundària va ser significativament més baixa** en les llars amb casos d'índex pediàtric de Covid-19 durant el període escolar en relació amb l'estiu [P = 0,02] i en comparació amb els adults [P = 0.006]. Les conclusions de l'estudi van ser que era **poc probable que els nens fossin la causa de brots de Covid-19 a la llar** o que fossin els principals impulsors de la pandèmia, fins i tot si assistien a l'escola.

El grup COPEDI-CAT segueix endavant amb diversos projectes com el de les **Escoles Sentinella** (treball multidisciplinari amb el Departament d'Ensenyament, entre altres institucions); el del **projecte becat per la "Marató TV3" sobre SARS-CoV-2** i altres virus respiratoris en la infància; també hem treballat per a poder tenir un **model predictiu per al diagnòstic clínic de la infecció pel SARS-CoV-2** en població pediàtrica i hem elaborat una **Guia amb Recomanacions per al maneig clínic de la covid-19 persistent en menors i adolescents a Catalunya** (juntament amb un grup d'especialistes i l'aval de la Societat Catalana de Pediatria) entre altres projectes de recerca en relació amb la Covid-19 i els infants i joves.

En aquest any i mig de pandèmia i abans de tancar el mes d'agost s'han registrat les següents dades:

- En l'àmbit mundial gairebé **207 milions de casos d'infeccions per SARS-CoV-2 i 4 milions de defuncions**.

- A **Espanya** segons l'anàlisi de casos de covid-19 notificats per les CCAA a la Xarxa Nacional de Vigilància Epidemiològica (RENAU) a través de la plataforma SiviEs (Sistema per a la Vigilància a Espanya), que gestiona el Centre Nacional d'Epidemiologia (CNE) ha hagut: **4.693.540 casos en total i 82.470 defuncions**.

- En nens menors de 5 anys s'han notificat **133.708 casos** (3,1% del total), entre els 5-9 anys: **177.566** (4,1%) i entre els 10-19 anys: **591.317** (13,8%). En relació amb les **hospitalitzacions**, en menors de 5 anys hi ha hagut **1.696** (1,3%) amb 64 nens en l'UCI i 4 defuncions; entre els 5-9 anys ha estat **633 ingressos** amb 45 en l'UCI i 6 defuncions i entre els 10-19 anys hem tingut **3.080** (0,5%) amb 166 en l'UCI i 16 morts.

- A Catalunya, segons dades del Departament de Salut i l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) i l'IDESCAT amb data del 14 d'agost de 2021, a la població general s'han registrat **939.788 casos confirmats de Covid-19** amb **23.055 defuncions** (2,4%). Entre els 0-9 anys 55.817 casos (5,9%) amb un 0,28% d'ingressos i entre els 10-19 anys 120.550 casos (12,8%) i un 0,13% han necessitat ingrés hospitalari. S'han reportat 1 èxitus entre 0-9 anys i 5 entre 10-19 anys.

Actualment i donada l'**alta transmissibilitat** de la variant actual del virus (variant delta), i de potser altres que vindran, l'escenari que hem contemplat canvia i continuem recollint dades per analitzar el que succeirà a la tardor amb un **nivell alt de població vacunada**, inclosa la franja de més de 12 anys, que en diverses Comunitats Autònomes ja s'ha començat a realitzar a l'agost. Amb les dades actuals, sabem que, les vacunes ens protegeixen d'emmalaltir, però podem contagiar-nos i ser vectors de transmissió, ja que les actuals vacunes produeixen una alta immunitat sistèmica i lleu immunitat mucosa. Segons els càlculs realitzats en l'inici, es va estimar que amb un 70% de població immunitzada seria suficient per aconseguir la immunitat de grup, però atès que la variant delta

contagia de 6 a 10 persones (les anteriors entre 2 o 3), la immunitat col·lectiva haurà de ser pràcticament del 90%. Díficil assolir-ho si no incloem també als adolescents.

Encara no ho hem viscut tot amb la Covid-19.

Covid persistente en niños

Dra. Victoria Fumadó – Unidad de Enfermedades infecciosas.
Servicio de Pediatría Hospital Sant Joan de Deu Barcelona.

La infección por SARS-CoV-2 se ha distribuido de forma global afectando a más de **228 millones de personas**. Esta infección fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020.

Es evidente que el Covid-19 representa un gran **impacto sanitario para la población**, por lo que se ha destinado mucho esfuerzo en definir sus características clínicas y el manejo terapéutico.

En septiembre de 2020, la OMS reconoció la **existencia de efectos a largo plazo** después de la infección por SARS-CoV-2. Aunque actualmente no existe una definición universalmente aceptada que la represente (1), el **Covid persistente** se ha definido como un conjunto de síntomas que se desarrollan durante o después de un caso confirmado o sospechoso de COVID-19, y que **continúan durante semanas o incluso meses** (2).

El Covid persistente se ha propuesto englobarlo en una entidad llamada Síndrome Covid Post-agudo, y que **incluiría 2 escenarios** que no son mutuamente excluyentes (3):

- **Covid prolongado (long Covid):** Los síntomas aparecen o **persisten más allá de 4 semanas o incluso 12 semanas** después de la infección. Esta sintomatología puede presentar un curso permanente, recurrente, o de mejoría progresiva. La presentación es independiente a la gravedad de la infección aguda por COVID-19 y la sintomatología no es fruto de las secuelas de la enfermedad aguda. Y una segunda entidad serían las secuelas de un episodio de Covid-19.

- **Secuelas: daño orgánico irreversible más allá de 12 semanas** después de la infección, que puede desencadenar diferentes grados de disfunción permanente y la correspondiente sintomatología.



CONEIXEMENT

Este último grupo es menos frecuente en la población pediátrica. Se estima que **entre el 10 y el 15%** de las **personas que padecen Covid-19**, tienen síntomas persistentes después de la infección por el virus SARS-CoV-2. Pero es necesario establecer una **definición clara de este síndrome** para realizar estudios y avanzar en la investigación que aclare su etiología. La descripción también es clave. Estamos hablando de una **gran variedad de síntomas**, con presentaciones clínicas muy heterogéneas entre los cuales los más frecuentes son la **fatiga (52%)**, los **síntomas cardio-respiratorios (35%)** y las **alteraciones neurológicas (40%)**, como **temblores, cefalea, pérdida de memoria o dolores periféricos**, entre otros. Todo ello comporta **daño psicológico** que es difícil discernir si es consecuencia de la infección o de la clínica persistente, generando ansiedad entre los jóvenes.

Por el momento siguen sin **conocerse las causas que ocasionan este síndrome**, los mecanismos subyacentes que ocasionan estos síntomas no se comprenden claramente, pero podrían involucrar daño citopático generado por el virus, **desregulación inmunológica** y daño tisular inflamatorio. En la **población pediátrica la afectación se reduce a un 8%** y está centrada en el grupo de edad adolescente y pre-adolescente.

El abordaje no es fácil, pero es necesario compro-

bar que no existen en sangre alteraciones ocasionadas por el virus y que persisten en el tiempo, a su vez es **necesario descartar co-infecciones** por otros virus; comprobar que la función cardíaca no está alterada, y que el virus no ha actuado de **desencadenante de enfermedades subyacentes**. Para todo ello es necesario un abordaje multidisciplinar (pediatría, neurología, cardiología, reumatología, rehabilitación y psicología) para un seguimiento efectivo y holístico de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Greenhalgh T, Knight M, Court CA, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3026>
2. Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, Wei H, Low RJ, Rešapos;em Y, et al. Characterizing Long COVID in an International Cohort: 7 Months of Symptoms and Their Impact. SSRN Electron J. 2021.
3. M Lledó G, Sellares J, Brotons C, Sans M, Díez Antón JM, Blanco J, et al. Post-Acute COVID Syndrome (PACS): Definition , Impact and Management. 2021;19(June).
4. Office for National Statistics. The prevalence of long COVID symptoms and COVID-19 complications - Office for National Statistics [Internet]. [citado 12 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.ons.gov.uk/news/statementsandletters/theprevalenceoflongcovidssymptomsandcovid19complications>



Controversias en anquiloglosia en edades tempranas de la vida

Dr. Miguel Bejarano Serrano – Pediatra.

Anquiloglosia significa “**lengua atada**”; una anatomía oral en la que el frenillo sublingual impide la **elevación lingual y limita el rango de movimientos** de la misma. A esta situación se le atribuyen unas consecuencias que variarían desde las dificultades en la lactancia a problemas tardíos como **problemas de dicción**, de crecimiento facial, y un largo etcétera. Teóricamente la **sección del frenillo** recuperaría la motilidad y resolvería los problemas que tuviera o que pudiera tener en el futuro.

No obstante **no existe una definición ampliamente consensuada y/o validada** por evidencia científica que categorice fácilmente una **anatomía “malformada”** de una “normal”, o dicho de otra manera: si existe una herramienta o exploración que marque qué paciente se beneficia de tratamiento y cual no, no goza de un reconocimiento universal.

Ésta es la **gran ausencia** de la que devienen el resto de dudas sobre el **frenillo sublingual** y la que divide la opinión de los especialistas: por un lado los hay que sostienen que se trata de una **patología minoritaria** (si no inexistente) y les preocupa que un gran número de pacientes se estén sobrediagnosticando y sobrettratando por encima del interés del paciente; del otro lado hay profesionales preocupados porque la sombra de duda que existe sobre la **patología esté privando de diagnóstico y tratamiento** a pacientes que se beneficiarían de ello “protegidos” por los profesionales que se niegan a indicarlos, tratarlos, derivarlos o incluso valorarlos.

A continuación se ahondará en los principales temas de controversia sobre la anquiloglosia.

SIETE PREMISAS POR LAS QUE EL TRATAMIENTO DE LA ANQUILOGLOSIA ES CONTROVERTIDO

En nuestra experiencia, un gran volumen de pacientes en edad temprana (menores de 4 meses) acude a la consulta para valorar **tratamiento de sección del frenillo** pudiéndose encuadrar en unos de estos dos escenarios:

Escenario 1. Problemas con la lactancia materna: Tomas dolorosas para el pecho de la madre con grietas, retenciones, mastitis, tomas alargadas en el tiempo, pérdida de peso, no ganancia o necesidad de suplementación, meteorismo excesivo, etc.

Escenario 2. No hay problemas con la lactancia materna, pero se ha evidenciado un frenillo sublingual corto en un control rutinario. A veces la lactancia materna es adecuada o con pocas molestias y en otras ocasiones el bebé se alimenta con lactancia artificial desde los primeros momentos, en cualquier caso, la necesidad de cortar el frenillo se orienta a prevenir futuros problemas.

1. “La anquiloglosia causa los problemas de lactancia”

Se cree que al no poder realizar la lengua un **movimiento persitáltico adecuado**, obliga a un vacío poderoso que colapsa los conductos galactóforos. Otro **mecanismo compensatorio** que sustituiría la **persitalsis de la lengua** sería un movimiento de **mordida sobre el pezón**. En cualquier caso, el resultado es una succión ineficaz, con la aparición de los riesgos antes descritos y la pérdida de la lactancia materna como última consecuencia.

Lo cierto es que **el mecanismo fisiológico** de la lactancia no se conoce con exactitud. Aunque se han realizado varios esfuerzos por comprender estos mecanismos y cómo la presencia de un **frenillo sublingual corto** pueden **restringir este movimiento**; los resultados están sujetos a la interpretación o especulación de sus autores, sin encontrar una evidencia científica definitiva.

Por otra parte se ha intentado de una manera

más pragmática comparar el **efecto de la sección del frenillo** [en el paciente afecto de anquiloglosia sintomática] **sobre la lactancia materna**. Según la última revisión de la Cochrane (2017), se han realizado **5 ensayos clínicos randomizados** en los que se han **comparado grupos de pacientes afectados de anquiloglosia a los que de forma seleccionada se les ha cortado el frenillo frente a los que no se les ha cortado**; se ha podido demostrar una mejoría en el dolor en el pecho de la madre relacionado con las tomas, mientras que el efecto demostrado sobre la propia lactancia materna es inconsistente metodológicamente. En ninguno de los estudios se pudo demostrar un **beneficio a largo plazo**, ya que los seguimientos de los controles fueron cortos (aludiendo motivos humanitarios). Otro punto señalado en este **metanálisis** es que la confianza en establecer una causa efecto sobre los hechos demostrados es baja al existir un número pequeño de pacientes y un riesgo alto de sesgo.

El **mecanismo de los problemas de lactancia es multifactorial**, siendo el frenillo sublingual uno de los mecanismos causales a buscar en una exploración, pero no el único. **Otros factores** como obstrucción nasal, retrognatia, fisura palatina, hipotonía, o simplemente técnica de lactancia inadecuada pueden estar **repercutiendo negativamente** y también deben ser explorados.

2. El frenillo no tratado causa problemas a largo plazo

La **limitación de movimientos de la lengua que se debe a un frenillo sublingual corto**, puede causar problemas para la pronunciación de algunos fonemas que involucren las letras s, z o r, y especialmente el sonido “rr”, pero no hay estudios que prueben que **seccionar el frenillo** en edades tempranas prevenga de estos problemas tardíamente. Tampoco hay estudios que comparen hacerlo en un periodo temprano con hacerlo tras la aparición de la sintomatología. Aunque existen estudios que apoyan que la **posición de la lengua en la boca tiene efectos sobre el crecimiento facial**, no existen estudios a largo plazo que vinculen la exploración en el periodo neonatal con el

desarrollo de problemas más adelante como **mal oclusión**, recesión gingival caries o ninguna otra patología. Una vez más estas asociaciones quedan en un plano hipotético.

3. El profesional tiene capacidad para determinar en una exploración que el niño tendrá o no un problema de anquiloglosia

Existen **varias herramientas** cuya misión es medir de forma objetiva a través de mediciones y cuestionarios la **movilidad** de la lengua (Hazelbacker, Bristol). Estos tests se han utilizado para tratar de demostrar **mejoras inmediatas en la lactancia** tras la sección, pero la falta de homogeneidad de los mismos y la **subjetividad de las mediciones** las alejan de ser herramientas ideales. En cualquier caso, el mayor obstáculo que se encuentra para la **utilización de estas herramientas en el ámbito clínico** es que practicar la sección es mucho más fácil que tomar todas las mediciones.

4. La sección del frenillo corregirá la posición de la lengua, los problemas de lactancia a corto plazo y prevendrá los problemas a largo plazo

Como hemos visto, hay estudios que sugieren que la **sección del frenillo sublingual** en pacientes seleccionados **mejora los problemas de lactancia a corto plazo**, especialmente en las sensaciones de la madre, si bien no hay estudios a largo plazo que demuestren una diferencia. La Academia Americana de Cirugía de Cabeza y Cuello publicó en 2020 un documento de consenso tras la reunión de un panel de expertos en la materia.

Entre algunos de los dictámenes a los que se llegó a consenso estaba que “la sección del frenillo con restricción leve o sin restricción no debe llevarse a cabo con la intención de prevenir problemas futuros”

5. Existe un procedimiento de sección único superior a los demás, y los ejercicios son necesarios

Sí que hay algún estudio que aboga por la realización de una técnica sobre otras (en el frenillo sublingual del niño grande o el adulto). Habitualmente se **practica la sección del frenillo en la propia consulta**, sin ningún tipo de anestesia. La administración de sacarosa oral puede servir de sedante. Después del procedimiento, una herida de mayor o menos tamaño queda para su cierre por segunda intención.

La Academia Americana de cirugía de cabeza y cuello sin embargo en una de sus sentencias de consenso, enuncia que **“no existe evidencia de que una técnica sea mejor que otra, haciendo hincapié en el uso del láser”**.

También dicen que “después de realizado el procedimiento no hay evidencia que apoye un régimen de cuidados post-procedimiento (estiramientos, masajes o elevación manual de parte de los padres”.

6. La sección del frenillo tiene muy poco riesgo, por lo que fácilmente la balanza riesgo beneficio se vuelca sobre los beneficios

Este es un planteamiento busca tratar todos los casos en los que el frenillo pueda ser dudoso, asegurando el tratamiento de los pacientes que lo necesiten pagando el coste tratar los pacientes que no lo necesiten. La sección del frenillo si bien es fácil, poco riesgosa y generalmente bien tolerada por el recién nacido o lactante, no debe realizarse en pacientes que no lo necesiten.

7. Es mejor hacerlo en el periodo neonatal que más mayor

No existe evidencia científica para apoyar esta afirmación. La **ventajas** que se aluden para **realizarlo durante edades tempranas** son la infraestructura y la técnica anestésica: siendo un neonato o un lactante pequeño se puede realizar en la propia consulta, mientras que en niño más grandes el procedimiento se debe realizar en quirófano bajo sedación o anestesia general. Estos argumentos pueden convencer fácilmente a los padres e incluso a los proveedores de salud. La verdad es que la sección en niños grandes sigue siendo un **procedimiento fácil, seguro y bien tolerado**

que se realiza habitualmente bajo sedación y en régimen ambulatorio.

Otra justificación pragmática es que suponiendo la prevención de problemas mediante un **procedimiento “pequeño”**, es preferible la sección a un paciente que no lo necesita que esperar a la aparición de problemas que sean más difíciles de solucionar. Como ya hemos visto, no tenemos evidencia para sacar estos razonamientos de un entorno hipotético.

8. El profesional solucionará la anquiloglosia sólo si es necesario

Otros dos enunciados a los que la Academia de Cirujanos de cabeza y cuello llegó a consenso son:

- “En algunas comunidades bebés y niños se están sobrediagnosticando de anquiloglosia”.
- “En algunas comunidades un número significativo de niños está recibiendo una cirugía innecesaria de sección del frenillo corto”.

Como ya hemos ido desgranando existen varios motivos “clínicos” por el que el profesional se puede ver inclinado a tratar un caso dudoso.

También existen motivos **“socio-sanitarios”**.

- La sociedad es intervencionista:

Ante un problema de salud (como p.ej. una lactancia dificultosa) el facultativo proveedor del servicio puede verse presionado por los padres, los colegas prescriptores de servicio, la competencia... a hacer “algo”: “Doctor haga algo; si no funciona, al menos lo habremos intentado”. Si ese “algo” además es fácil, bien tolerado y tiene un bajo riesgo, hacerlo es muy tentador, así se desconfíe de la necesidad de la intervención.

- Estructura sanitaria:

En torno a este problema existe un gran tejido de profesionales: comadronas, enfermeras y asesoras de lactancia, pediatras, cirujanos pediátricos, otorrinolaringólogos, maxilofaciales, odontólogos, ortodoncistas, osteópatas, etc..

Dentro de este entramado un profesional que confronte la opinión mayoritaria puede devenir en un rechazo colectivo hacia el primero.

- Realizar un procedimiento es económicamente más rentable para el proveedor de servicio (privado) que dejar de hacerlo.

CONCLUSIONES

- **Existen pacientes en edad temprana afectos de anquiloglosia** que se benefician de la **sección del frenillo**, aunque la evidencia científica que lo demuestra es pobre.

- En la **selección de casos radica la efectividad del tratamiento**, sin embargo el sistema de evaluación no está basado en una evidencia científica firme.

- **Existe preocupación en algunas sociedades científicas**; se sospecha que en determinadas comunidades pueda existir sobrediagnóstico y tratamiento innecesario.

- **Ventajas, riesgos e inconvenientes deben ser expuestos con honestidad a la hora de plantear un tratamiento** a efectos de que el paciente, o en este caso los padres, puedan tomar una decisión basada en información veraz y actualizada.

COMENTARIO

Dr. Marcelo Andrade Vigo – Pediatra.

En los últimos tiempos crecientemente se ha **atribuido a la anquiloglosia la responsabilidad de muchos problemas con la lactancia**. Esto ha traído aparejado un considerable aumento en la indicación de las **frenotomías** en los recién nacidos. Sin embargo, es importante que recordemos que la **lactancia exitosa depende de múltiples factores**. [1]

Muchos niños con evidente signos de anquiloglosia no presentan una **lactancia problemática**. En cambio, hay algunos que presentan fallo de medro asociado con **dolor mamario intenso en la madre** que suelen beneficiarse con la sección del frenillo lingual. [1] [2].

Esto aplica solamente a los recién nacidos con anquiloglosia anterior, ya que la anquiloglosia posterior y el frenillo corto del labio superior no se han demostrado que estén asociados a problemas de lactancia. [1]

Los **hijos de las madres primerizas** o que no dieron de mamar previamente, están más **expuestos a la frenotomía**. La experiencia de dar de mamar requiere de un proceso de aprendizaje el cual se da en una situación emocional novedosa. Es importante que recordemos que este **proceso de aprendizaje requiere tiempo y acompañamiento**.

Antes de indicar la frenotomía debieramos dar tiempo tanto a la madre como al bebé para que dicho aprendizaje progrese y asegurarnos que hemos ofrecido una adecuada preparación - pre y post-parto- para lograr una lactancia exitosa previo a una indicación temprana de sección del frenillo lingual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trisha Koriath: Un ravelling breastfeeding problems tied to ankyloglossia. 2020 AAP Virtual National Conference & Exhibition. <http://bit.ly/AAPNationalConference2020>. American Academy of Pediatrics.

2. Guilliland AM, Bunik M, O'Connor ME: Pediatrician's Concerns about Ankyloglossia and Breastfeeding. Pediatrics July 2020, 146 (1 Meeting Abstract)124-125; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.146.1.MeetingAbstract.124>

La Fibrosi Quística sota anàlisi

Dr. Jordi Costa Colomer – Pediatra.

La **Fibrosi Quística (FQ)** és una **malaltia autosòmica recessiva** causada per l'alteració del gen 7q31.3, que codifica per la proteïna Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator (CFTR). Actualment es coneixen més de **2.000 mutacions** d'aquest gen, agrupades en **7 classes funcionals**. Les mutacions de classe I, II, III, VI i VII acostumen a associar-se a formes greus de la malaltia, mentre que en les formes IV i V de la proteïna sol tenir certa **funció residual**, traduïnt-se en formes menys greus i habitualment amb suficiència pancreàtica. La **proteïna CFTR** actua com a canal de clor, regulant la hidratació de les secrecions de l'organisme. La seva disfunció provoca un **augment de la viscositat** de les secrecions, afectant diversos òrgans i sistemes. La **major morbi-mortalitat** és produïda per afectació del sistema respiratori.

Malgrat tractar-se d'una **malaltia greu**, el pronòstic en relació l'esperança, però també en la qualitat de vida, ha presentat canvis molt importants al llarg de les últimes dècades. El primer fet que va possibilitar aquesta milloria fou la **introducció del programa de cribratge neonatal**, iniciat a Catalunya a setembre de 1999. La possibilitat de tenir un **diagnòstic de forma precoç** permet iniciar un adequat seguiment i la **introducció de tractaments** abans de produir-se complicacions que podrien comportar un deteriorament ja irreversible. Tradicionalment, els tractaments en la fibrosi quística han tingut com a **finalitat solucionar els danys generats** per la malaltia. Per aconseguir aquest objectiu els principals pilars han estat:

- **Antibioteràpia:** Tractament precoç de les infeccions amb antibioteràpia via oral o endovenosa en funció de l'estat del pacient i de l'antibiograma dels gèrmens aïllats en els cultius d'espüt. Cal remarcar també el paper de l'antibioteràpia nebulitzada per tal d'obtenir concentracions elevades d'antibiòtic a nivell bronquial minimitzant l'absorció sistèmica. Aquesta via d'administració és d'especial utilitat per possibilitar el control de les colonitzacions cròniques de determinats gèrmens.

- **Aclarament mucociliar:** La realització diària de fisioteràpia respiratòria és un dels punts bàsics en el maneig de la malaltia. Existeixen fàrmacs com el sèrum salí hipertònic i la DNasa recombinant administrats de forma inhalada que poden facilitar el drenatge de les secrecions.

- **Optimització de l'estat nutricional:** Els pacients amb insuficiència pancreàtica requereixen de tractament substitutiu amb enzims pancreàtics amb els menjars. El dèficit en l'absorció de les vitamines liposolubles fa que, habitualment, sigui necessària la suplementació vitamínica. Cal portar un estret control de l'estat nutricional i l'adquisició correcta de pes en aquests pacients, podent ésser necessària la suplementació calòrica.

En els últims anys, s'ha iniciat un **canvi radical** en el **pronòstic de la malaltia** gràcies a l'aparició de fàrmacs moduladors del gen CFTR. Actualment, en el nostre país, els fàrmacs disponibles són els següents:

- **Ivacaftor (Kalydeco®):** Pacients amb mutacions classe III a partir de 6 anys d'edat. Aquestes mutacions representen menys del 5% dels casos de la població espanyola.

- **Ivacaftor/Lumacaftor (Orkambi®).** Pacients amb mutació F508del en homozigosi a partir de 6 anys d'edat.

- **Ivacaftor/Tezacaftor (Symkevi®):** Pacients a partir de 12 anys amb mutació F508del en homizigosi o en combinació amb una mutació amb funció residual.

A més dels fàrmacs disponibles, cal destacar l'**existència d'Ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor (Kaftrio®)**, aprovat ja per la FDA (Food and Drug Administration) i EMA (European Medicines Agency) en pacients amb mutació F508del en heterozigosi a partir de 12 anys. Malgrat aquesta aprovació, a dia d'avui encara no s'ha iniciat la seva comercialització en el nostre país. A més d'aquests fàrmacs, **múltiples molècules** es troben en diverses fases d'estudi. El seguiment dels pacients afectats de fibrosi quística es realitza de forma estreta en els centres hospitalaris de referència en Unitats multidisciplinars. En aquestes Unitats, el **pneumòleg** hi juga un **paper central** amb



visites seriades amb una freqüència mínima cada 3 mesos. En aquestes visites, a més d'una correcta **història clínica, exploració física**, presa de constants i mesura de pes i talla, es recollirà una **mostra respiratòria** per tal de realitzar cultiu i es realitzarà espirometria en els pacients col·laboradors. És imprescindible també el **paper d'altres especialitats** com gastroenterologia/nutrició, endocrinologia, ORL, fisioteràpia respiratòria, psicologia, treball social, farmàcia hospitalària i la tasca de coordinació d'una gestora de casos que habitualment porta a terme infermeria de l'equip de Pneumologia. Tot i aquest seguiment hospitalari, és important el coneixement dels equips d'Atenció Primària de les principals complicacions d'aquesta malaltia i el maneig inicial que es pot portar a terme des d'aquests centres.

COMPLICACIONS RESPIRATÒRIES

Els pacients amb fibrosi quística poden presentar **exacerbacions respiratòries** de forma recurrent, com a conseqüència, majoritàriament, de processos infecciosos. Tot i que aquesta sigui la principal causa d'empitjorament respiratori existeixen altres complicacions a nivell pulmonar (Annex 1).

Per un **correcte diagnòstic** de les **aguditzacions respiratòria** cal, en primer lloc, una anamnesi on s'identifiquin les diferències entre l'estat basal del pacient i l'estat actual. Cal també realitzar una **adequada exploració física** i presa de constants. Pot aportar-nos informació important el pes del pacient i observar l'evolució respecte als controls previs. A la taula 2 s'especifiquen els principals signes i símptomes de les exacerbacions respiratòries. Habitualment, el **diagnòstic de les exacerbacions i la presa de decisió** d'inici de tractament es realitzarà a partir d'aquests punts. Únicament en situacions on hi hagi algun dubte diagnòstic o per l'estat general del pacient es realitzaran exploracions complementàries com radiografia de tòrax o analítica de sang. **L'elecció de l'antibiòtic** es realitza a partir dels antibiogrames dels cultius de mostres respiratòries que es realitzen de forma seriada en aquests pacients. En cas de no disposar d'aquests resultats cal tenir en compte el **patró de colonització** més habitual en la població amb fibrosi quística. En els primers anys de vida predominen les infeccions per **Staphylococcus aureus** i, en menor mesura, per **Haemophilus influenzae**. A partir de l'adolescència hi ha un augment de les colonitzacions per altres gèrmens característics de la fibrosi quística, essent el més habitual *Pseudomonas aeruginosa*.

Altres gèrmens freqüents en FQ són *Stenotrophomonas maltophilia*, *Achromobacter xylosoxidans* i el complex *Burkholderia cepacea*. Pels gèrmens habituals en la infància es recomana **l'abordatge amb amoxicil·lina-àcid clavulànic o trimetoprim-sulfametoxazol**. En cas de **presència de *Pseudomonas***, el tractament via oral indicat és ciprofloxacino. Per les característiques dels pacients amb fibrosi quística, les dosis recomanades són superiors a la població general (Taula 3), i la durada de les **tandes de tractament** oscil·len entre les 2-3 setmanes.

ALTRES COMPLICACIONS

Tot i que les **principals complicacions** que podem trobar en un pacient amb fibrosi quística a Atenció Primària afecten el sistema respiratori, cal conèixer també altres complicacions:

Síndrome d'obstrucció d'intestí distal (SOID)
Es caracteritza per episodis recurrents d'obstrucció parcial o completa de l'intestí a la regió ileocecal. Aquesta **obstrucció** està produïda per la **impactació de contingut intestinal viscos**, compost per restes d'aliment no digerides, material fecal i quantitats excessives de secrecions mucoses. El **principal símptoma** és el dolor abdominal, tot i que en ocasions, pel fet de tractar-se d'una obstrucció parcial, pot ser poc important i presentar-se de forma subaguda amb episodis de dolor recurrent. Aquesta **clínica larvada** fa que en ocasions no sigui fàcil el diagnòstic, sobretot tenint en compte que hi ha **altres etiologies** de dolor abdominal que poden ser també més freqüents en la població amb FQ: reflux gastroesofàgic, invaginació, pancreatitis o colelitiasi. **Altres símptomes en la SOID** són vòmits, distensió abdominal, anorèxia o sacietat de forma precoç. En **l'exploració** és característica la presència d'una massa a fossa ilíaca dreta dolorosa a la palpació. El diagnòstic es basa en la **clínica** descrita juntament amb troballes radiològiques: radiografia, ecografia i en ocasions pot ser necessari TAC i ènema opac. El seu **maneig** requereix d'un control estret per part de l'equip de Gastroenterologia, essent els principals tractaments una

adequada rehidratació i tractament amb laxants, però podent requerir, en casos greus, abordatge quirúrgic.

DESHIDRATACIÓ

Els **trastorns hidroelectrolítics** suposen la base de la FQ, comportant una **suor hipertònica**. La concentració de sodi, potassi i clor a la suor dels pacients amb FQ pot arribar a ser entre 3 i 5 vegades superior a la de la població general. Això comporta una **predisposició** a patir situacions de deshidratació hiponatrèmica amb alcalosi metabòlica hipoclorèmica. El risc de patir aquesta complicació augmenta en èpoques de calor, amb la realització d'activitat física, febre i processos amb vòmits i diarrea. Per aquest motiu és especialment important la recomanació a aquests pacients d'evitar els excessos de temperatura, una adequada hidratació, l'ús de sal a la dieta i una adequada suplementació en les situacions descrites anteriorment. El tractament d'aquesta situació consisteix en la **reposició de fluids i correcció hidroelectrolítica**, que pot realitzar-se via oral o endovenosa en situacions de més gravetat. Malgrat el pes del seguiment hospitalari d'aquesta malaltia, l'equip d'Atenció Primària continuarà essent referent en aspectes com les revisions periòdiques i la vacunació, destacant la necessitat de vacunació antigripal de forma anual. A més, una **adequada coordinació** entre els **dos equips** pot facilitar l'atenció del pacient en diversos aspectes de la seva malaltia de base.

TAULA 1.- CAUSES D'EMPITJORAMENT RESPIRATORI EN EL PACIENT AMB FIBROSI QUÍSTICA

- Infecció
- Pneumotòrax
- Atelèctasi
- Hemoptisi
- Aspergilosi broncopulmonar al·lèrgica

TAULA 2.- SIGNES I SÍMPTOMES D'EXACERBACIÓ RESPIRATÒRIA EN EL PACIENT AMB FIBROSI QUÍSTICA

- Febre
 - Augment de la tos
 - Augment de l'expectoració i/o canvis en les característiques del moc
 - Disminució tolerància activitat física
 - Taquipnea
 - Dispnea
- Anorèxia
 - Pèrdua de pes
 - Canvis en l'auscultació respiratòria
 - Infiltrats radiològics nous
 - Leucocitosi o altres signes analítics d'infecció
 - Disminució de la funció pulmonar

TABLA 3. - ANTIBIOTERÀPIA EN CAS D'EXACERBACIÓ EN PACIENT AMB FIBROSI QUÍSTICA

Antibiòtic	Via d'administració	Dosi	Freqüència	Dosi màxima
Amoxicil·lina-clavulànic1	Vo	50-80mg/kg/dia	c/8h	4-6 g amoxicil·lina/dia 200 mg clavulànic/dosi (600 mg clavulànic/dia)
Azitromicina	Vo	10-12mg/kg/dia	c/24h	500mg/dia
Ciprofloxacino	Vo	30-40mg/kg/dia	c/12h	2g/dia
Clindamicina	Vo	40mg/kg/dia	c/6-8h	1800 mg/dia
Cloxacil·lina	Vo	50-100mg/kg/dia	c/6h	4 g/dia
Doxiciclina2	Vo	> 8 anys i <45 kg: 2-4 mg/kg/dia > 8 anys i >45 kg: 200 mg/dia	c/12-24h	200mg/dia
Fusídic, àcid	Vo	<1any: 45mg/kg/dia 1-5anys: 750mg/dia 5-12anys: 1500mg/dia >12anys: 2000 mg/dia	c/8h	2000 mg/dia
Levofloxacino3	Vo	6m-5 anys: 20mg/kg/dia >5 anys: 10mg/kg/dia	c/12h c/24h	750mg/dia
Linezolid3	Vo	<12 anys: 10mg/kg/dosis >12 anys: 600mg/12h	c/8h c/12h	600 mg/dia 1200 mg/dia
Meropenem	Iv	>3 meses: 120mg/kg/dia	c/8h	6g/dia
Minociclina2	Vo	>8 anys: 4 mg/kg/dia (1ª dosi 4 mg/kg) adults: 200mg/dia (1ª dosi 200mg)	c/12h	400 mg/dia (200 mg/dia en adults)
Rifampicina4	Vo	15-20mg/kg/dia	c/12h	600mg/dia
Trimetoprim /sufametoxazol(SMX)	Vo	>6 setmanes: 40-100 mg/kg/dia (SMX)	c/24h	1.6 g/d (SMX)

1 En cas de dosis altes d'amoxicil·lina, valorar pautar amoxicil·lina-clavulànic + amoxicil·lina sola, per mantenir la dosi correcta de amoxicil·lina sense sobrepassar el màxim de clavulànic.
2 Es recomana evitar l'ús de tetraciclines i gliciclines en menors de 8 anys.
3 Tenir en compte que < 18 anys és ús fora de fitxa tècnica.
4 Utilitzar en combinació amb altre fàrmac.

BIBLIOGRAFIA

- Gartner S, Mondéjar-López P, Asenio Ò, Grupo de Trabajo de Fibrosis Quística de la Sociedad Española de Pediatría. Protocolo de seguimiento de pacientes con fibrosis quística diagnosticados por cribado neonatal. An Pediatr (Barc). 2019; 90 (4): 251.e1-251.e10.

† Pagin A, Sermet-Gaudelus I, Burgel PR. Genetic diagnosis in practice: From cystic fibrosis to CFTR-related disorders. Arch Pediatr. 2020; 27: eS25-eS29.

- Castellani C, Duff AJA, Bell SC, Heijerman HGM, Munck A, Ratjen F, et al. ECFS best practice guidelines: the 2018 revision. Journal of Cystic Fibrosis. 2018; 17: 153-78.

- De Boek k; Munk A, Walker S, Faro A, Hiatt P, Gilmartin G, Higgins G. Efficacy and safety of ivacaftor in patients with cystic fibrosis and a non-G551D gating mutation. J Cyst Fibros. 2014; 13(6): 674-80.

- Wainwright CE, Elborn JS, Ramsey BW, Marigowda G, Huang X, Cipolli M, Colombo C, Davies JC, De Boeck K, Flume PA, Konstan MW, McColley SA, McCoy K, McKone EF, Munck A, Ratjen F, Rowe SM, Waltz D, Boyle MP. Lumacaftor-Ivacaftor in Patients with Cystic Fibrosis Homozygous for Phe508del CFTR. N Engl J Med. 2015; 373(3): 220-31.

- Rowe SM, Daines C, Ringshausen FC, Kerem E, Wilson J, Tullis E, Nair N, Simard C, Han L, Ingenito EP, McKee C, Lekstrom-Himes J, Davies JC. Tezacaftor-Ivacaftor in Residual-Function Heterozygotes with Cystic Fibrosis. N Engl J Med. 2017;377(21): 2024-2035.

- Middleton PG, Mall MA, Dřevínek P, Lands LC, McKone EF, Polineni D, Ramsey BW, Taylor-Cousar JL, Tullis E, Vermeulen F, Marigowda G, McKee CM, Moskowitz SM, Nair N, Savage J, Simard C, Tian S, Waltz D, Xuan F, Rowe SM, Jain R. Elexacaftor-Tezacaftor-Ivacaftor for Cystic Fibrosis with a Single Phe508del Allele. N Engl J Med. 2019; 381(19): 1809-1819.

- Cols M, Costa J. Fibrosis quística. A: García JJ, Cruz O, Mintegi S, Moreno JM. M Cruz Manual de pediatría 4ª edición. Ergon 2020. P. 425-8.

- Cystic Fibrosis Foundation Patient Registry 2019. Annual Data Report. Bethesda, Maryland. Cystic Fibrosis Foundation 2020.

† Solé A, Salcedo A. Manual de Urgencias Médicas en Fibrosis Quística. Federación Española de Fibrosis Quística 2013.



Displàsia fibrosa polioestòtica

Dr. J. Bosch - Pediatra.

La **displàsia fibrosa polioestòtica** pertany al grup de les displàsies esquelètiques amb desenvolupament desorganitzat. Descrita per McCune (1936) y Albright (1937), es va conèixer amb el sinònim de Jaffé-Lichtenstein (1938), entre d'altres. És definida per l'associació d'una osteïtis fibrosa quística amb pigmentacions cutànies i pubertat precoç. L'ur incidència es troba entre 1/100.000 i 1/1 milió.

ETIOPATOGENIA

L'**etiopatogènia** apareix amb un lleuger predomini en nenes 3/2. El **trastorn bàsic** és una mutació postcigòtica del gen GNAS1, que codifica la subunitat alfa de la proteïna G estimulària de l'adenilciclasa. Locus: 20q13. Fa pensar en un **trastorn embrionari precoç**, que afecta a estructures neuroectodèrmiques i mesodèrmiques. A l'ovari existeixen **quistes aparentment autònoms**, possiblement per un estímul, transitori o no, mantingut de les gonadotrofines. Aquests **quistes fol·liculars** autònoms són causats per una **mutació del gen** corresponent a la proteïna G alfa-proteïna. La alteració endocrina no és la causa de les alteracions òssies.

SIMPTOMATOLOGIA

- **Inspecció general:** Lactant o nen petit amb símptomes de pubertat precoç, pigmentació fosca de la pell i deformitats a extremitats inferiors.
- **Crani i cara:** Poden presentar afectació fibroquística dels ossos de la cara amb asimetria (20%). Possible distorsió de mandíbules y prognatisme. De vegades exoftàlmies amb les alteracions consegüents de la visió. La radiografia mostra predomini d'imatges condensants (hiperostosi) que, ocasionalment, afecten als pars cranials. Possible sordesa. Acne.
- **Tòrax:** pot presentar lesions pigmentaries de color cafè amb llet i, generalment, a un sol costat del cos; també es poden veure al front, clatell i natges o zona sacra. El contorn de les taques és irregular i, a algunes observacions,

la intensitat va paral·lela amb l'alteració òssia. Possible afectació de costelles. Desenvolupament mamari en consonància amb el nivell puberal.

• **Extremitats:** les lesions òssies més característiques afecten als ossos llargs, però són especialment típiques a la part proximal del fèmur, manifestades per dolor, claudicació i fractura patològica. Possible dismetria o anisomèlia per escorçament de l'extremitat afectada. Lesions fibroquístiques similars a tibia, peroné, húmer, cúbit, radi i pelvis. La lesió monostòtica és la que caldria designar com síndrome de Jaffé-Lichtenstein, mentre que la polioestòtica, acompanyada d'alteracions endocrines i cutànies és la síndrome de McCune-Albright.

• **Trastorns endocrinològics:** sovint el primer signe de pubertat precoç és la menarquia, amb màxima freqüència d'un a cinc anys. El desenvolupament de les mames i característiques sexuals secundàries solen ser posteriors. Al sexe masculí és freqüent la ginecomàstia i hi ha hipertiroidisme en el 20% dels pacients. Més rarament, síndrome de Cushing. Freqüentment, augment de GH. Fosfatúria, que pot conduir a raquitisme, o bé, osteomalàcia.

PRONÒSTIC

En el **90% és unilateral**. Una quarta part dels casos apareix després de l'edat pediàtrica. Quan abans apareix més greu és l'evolució. Cal vigilar l'aparició d'altres **endocrinopaties**, afegint l'**hiperparatiroidisme**. Durant els primers anys no sembla existir ovulació, que esdevindrà en el temps habitual de la pubertat. Fertilitat normal. En els escassos nens amb pubertat precoç l'espermatoogènesi és correcta.

DIAGNÒSTIC

Cal tenir present la possibilitat de **formes dissociades**. Hi ha vegades que les taques cafè amb llet i pigmentàries hi són presents des del període neonatal, però en d'altres hi són tardanament o mínimament. Igualment, les molèsties òssies poden trigar anys en fer-se evidents.

La clau del diagnòstic és descobrir les **lesions òssies** mitjançant radiografia o, més precoçment, amb gammagrafia òssia. L'ecografia descobreix els **quistes ovàrics**, dels que la funció es determina per la xifra d'estrògens. TC i RM poden ajudar a delimitar les lesions.

El diagnòstic diferencial cal establir-lo amb afeccions acompanyades de pigmentació cutània o taques color cafè amb llet, processos amb trastorns fibroquístics en els ossos

(neurofibromatosi, hiperparatiroidisme, tumors de cèl·lules gegants) i, sobretot, la pubertat precoç, tant per síndromes congènits com adquirits.

TERAPÈUTICA

Tractament ortopèdic i quirúrgic de les fractures, deformitats i compressions degudes a les lesions òssies, així com de la pubertat precoç amb **medroxiprogesterona** o **testolactona**, un inhibidor de la aromatasa si es demostra elevació persistent dels estrògens. Algunes vegades és recomanable la extirpació o aspiració dels quist ovàrics.

Extret del llibre Manual ilustrado de enfermedades raras de **M. Cruz** i **J. Bosch**.



ATENCIÓ COMUNITÀRIA

ATENCIÓ COMUNITÀRIA

Viure en pandèmia: Gestió emocional en l'adolescència en l'era COVID

Autors: Alba Rosello-Novella, Ignacio Hurtado, Carme Pallares-Ejarque, Allan Messias-Dos Santos, Anna Martínez-Urgell, Gemma Luna-Redondo.

Des de l'inici de la pandèmia de la Covid-19 i en relació amb les **mesures del confinament** i distanciament social, els professionals de la salut de l'Atenció primària hem pogut comprovar com la **salut mental** dels nostres adolescents s'ha vist compromesa, sobretot dins l'esfera psicosocial de la persona. Hem vist com a les nostres consultes han **augmentat les visites dels adolescents** per quadres d'ansietat, trastorns de la **conducta alimentària, aïllament social, autolesions, conductes additives, situacions traumàtiques** no resoltes, entre d'altres.

Aquest grup poblacional accedeix poc al sistema sanitari, la qual cosa ja era un mancança detectada prèviament a la pandèmia. Sent conscients d'això, des del **Grup Motor de Salut Comunitària** dels equips d'Atenció Primària de Pubilla Cases i Can Vidalet es va decidir realitzar una intervenció comunitària adreçada a la població adolescent, dins d'un dels entorns més familiars pels nois i les noies, com és el seu propi institut de secundària.

Tot això es va realitzar dins del marc del **Programa Salut i Escola (PSiE)**, que consisteix en la col·laboració entre els centres educatius i els serveis de salut comunitària presents al territori per desenvolupar accions de prevenció i promoció de la salut. A part de les intervencions comunitàries, entre les línies d'actuació d'aquest programa hi trobem la **Consulta Oberta**, que implica el desplaçament periòdic d'una infermera als centres docents simulant una **consulta del centre d'Atenció primària (CAP)**. En aquest espai l'adolescent troba privacitat, confidencialitat i proximitat. El paper de la infermera comunitària en l'àmbit educatiu permet treballar en xarxa mitjançant circuits establerts entre diferents organismes educatius i sanitaris. D'aquesta manera, s'afavoreix l'accessibilitat dels i les adolescents a l'Atenció sanitària, sent aquest programa una de les línies estratègiques de l'Agència de Salut Pública de Catalunya i agafant rellevància en el nou **Pla d'enfortiment i transformació de l'Atenció Primària**. L'objectiu d'aquesta activitat comunitària, en clau d'educació per a la salut, va ser la disminució de l'impacte de la pandèmia de la Covid-19 en la salut mental

dels i les adolescents mitjançant l'adquisició de coneixements, habilitats i recursos sobre gestió emocional. La població escollida van ser els grups d'alumnes de 2n i 3r de la ESO de dos instituts de secundària d'Esplugues de Llobregat i L'Hospitalet de Llobregat, que corresponen a les poblacions que atenem els dos equips d'Atenció primària (EAP) que formen el grup motor Pubilla-Can Vidalet.

Aquesta intervenció es va realitzar en cada grup, en forma de sessió de 2 hores i dins d'una aula del centre educatiu.

Es va dividir en dues parts:

En el **primer bloc** de la intervenció vam començar repassant amb els i les adolescents els seus **coneixements** sobre les **mesures de distanciament** del moment. Tot això ho vam desenvolupar a partir de **dues dinàmiques** diferents. Per una part un **roll-playing**, on els i les alumnes representaven situacions com la mediació amb la família per poder aconseguir sortir amb les amistats o una trobada amb els amics i amigues on es plantegen **conductes de risc de contagi**. Amb aquesta activitat l'alumnat reflexiona sobre els seus coneixements previs sobre el contagi de la Covid-19 i com anticipar-se a possibles noves situacions de risc.

L'altre activitat d'aquest primer bloc va ser un **debate i reflexió** a partir d'una exposició d'imatges relacionades amb diferents moments de la pandèmia: les visites a residències de gent gran, la nit del final de l'estat d'alarma, l'estat de les funeràries a l'inici de la pandèmia, entre d'altres. Algunes d'aquestes imatges han estat cedides pel fotoperiodista Jordi Borràs i Abelló.

Amb aquesta dinàmica vam crear un clima inicial per compartir experiències viscudes, situacions que van haver de gestionar sols en aquell moment i emocions que van aflorar i que fins i tot es mantenen a dia d'avui.



Sorgien temes com **l'impacte de l'empitjorament de la situació socioeconòmica** dins del nucli familiar, la soledat percebuda, la preocupació pel **contagi dels seus familiars** però no el propi, el malestar que els creava que algunes persones no segueixin les mesures de distanciament i es responsabilitzi als joves d'aquest problema, les dificultats per seguir les classes i el dol per la pèrdua de familiars propers. Els adolescents van voler parlar sobre com, fins i tot, havien **modificat les seves conductes** en relació amb l'alimentació i l'activitat física, inclús en alguns casos expressaven la por a deixar de portar la mascareta per l'exposició del seu aspecte i no per la por al contagi de la Covid-19.

El **segon bloc** de la intervenció estava enfocat a la **gestió emocional**. Vam oferir eines als i les adolescents per poder realitzar una pròpia gestió emocional a partir de recursos com la **respiració diafragmàtica, l'entrenament intervàl·lic d'alta intensitat (HIIT) i la meditació**, que vam practicar allà mateix. Molts dels i les alumnes explicaven haver experimentat situacions d'ansietat i que en alguns casos encara es mantenia. Va haver-hi una **gran participació** a l'hora de realitzar aquestes activitats. Finalment, vam aportar un pòster en format de decàleg on es recullen diferents propostes per cuidar la pròpia salut mental de cadascun dels i les adolescents amb recursos com música, jocs, consells de salut, cursos, entre d'altres (Figura 1).

Per concloure la intervenció es va passar un qüestionari per conèixer el nivell de satisfacció dels i les adolescents sobre l'activitat i el què havien experimentat. Dels 165 participants, un 58'2% va reconèixer que la seva salut mental s'havia vist afectada durant la pandèmia. Pensaven que havien fet un ús excessiu de les xarxes socials, presentaven emocions de tristesa i ràbia, dificultats per conciliar la son o reconeixien que no els hi agradava el seu cos. El **nivell de satisfacció** es va mesurar amb una escala de l'1 al 10, on 1 era gens i 10 molta alta. La mitjana de puntuació va ser de 8'8. En altres preguntes de l'enquesta assenyalaven que ja coneixen alguns dels **recursos oferts**, però no tots i que, probablement, en farien ús d'algun. Crida

l'atenció que un 43'6% de la població adolescent no era conscient que pel malestar emocional que experimentaven podien demanar ajut al seu centre d'atenció primària.

A mode de conclusió i després d'aquesta **intervenció comunitària**, queda reflectit que la pandèmia de la Covid-19 ha estat una **vivència col·lectiva que ha afectat a tots els nivells** de la població. Potenciar la salut comunitària és important per tal d'abordar tots aquells problemes de salut que han emergit a causa del confinament i les mesures de distanciament.

El programa **Salut i Escola** és clau per aproximar-se a la **població adolescent**. En un entorn conegut, com són els centres educatius, els nois i noies es troben més còmodes per expressar les seves experiències, neguits i emocions. Allà també troben un **espai de confiança** per establir contacte amb els i les professionals de la salut, on aquest poden detectar casos que precisen d'una actuació més individual i urgent que, probablement, no sempre arriben a la consulta d'Atenció primària. Des de la DAP Costa Ponent s'està treballant de manera transversal perquè aquest tipus d'intervencions de **prevenció i promoció de la salut mental** en l'adolescència es repliquin a altres EAPs: adaptant-se al context actual de la pandèmia, a les **necessitats canviants** de la població adolescent i a cada comunitat i als seus determinants socials. Sempre des d'una **mirada salutogènica** i posant l'enfocament en els actius de salut. Assolint això es pretén complir amb els **Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS)** de l'Agenda 2030 de la Organització Mundial de la Salut, promovent la salut i el benestar en totes les etapes vitals, reduint desigualtats i creant comunitats sostenibles.

Grup motor CAP de Ca'n Vidalet:

CAP Pubilla Cases (SAP Delta)

- Ignacio Hurtado – Pediatra
- Gemma Luna Redondo – Infermera
- Allan Messias Dos Santos – Infermer

CAP Can Vidalet (SAP Baix Llobregat Centre)

- Carme Pallares Ejarque – Infermera
- Alba Rosselló Novella – Infermera

CONOU VINCLÉS

NOU VINCLÉS

QUÈ HI HA DE NOU A VINCLÉS?

Actualización criterios de derivación de COT

Informamos se han actualizado los criterios de derivación de traumatología y que los pueden encontrar en la página Web de Vincles, apartado Criterios de Derivación. Ver aquí.

Protocolo de seguimiento del recién nacido prematuro del Hospital Sant Joan de Déu

El **programa de seguimiento** del recién nacido prematuro se inició en el Hospital Sant Joan de Déu en los años 80 y fue pionero en España. Actualmente sigue siendo un **modelo de referencia a nivel nacional**. Es un programa multi e interdisciplinar coordinado por una neonatóloga (T. Agut) en el que intervienen **profesionales expertos** en desarrollo infantil: fisioterapeutas (M. Fornaguera, E. Cazorla), logopeda (R. Vico), neuropediatra (X. Alonso), trabajadora social (M. Gavalda), psicóloga (M. Elías), neuropsicóloga (C. Boix), psiquiatra (M. Llorens) y oftalmóloga (A. Serra). Otros subespecialistas pediátricos intervienen también en función de las necesidades (otorrinolaringólogo, gastroenterólogo- nutricionista, neumólogo, endocrinólogo, neurorradiólogo, cardiólogo).

¿A QUIÉN VA DESTINADO?

Gracias al **avance en los cuidados antenatales** (maduración pulmonar intraútero, control estricto de gestaciones de alto riesgo, tratamiento neuroprotector, entre otras medidas) así como en los neonatales (manejo respiratorio y cardiovascular), cada vez **sobreviven más recién nacidos prematuros**.

La mayoría de **recién nacidos prematuros** no presentarán problemas en su **primera infancia**. Sin embargo, especialmente en aquellos más pequeños, el **riesgo de presentar problemas de salud y en el neurodesarrollo** es más alto que el de la población general. El objetivo de las Unidades Neonatales es no sólo conseguir que estos **prematuros sobrevivan**, sino que lo hagan con las mínimas secuelas posibles.

La **edad gestacional** y el peso al nacer son los principales factores que determinarán el riesgo de presentar **morbilidad** a corto plazo y secuelas a largo plazo. Es por ello que se incluyen en el programa todos los recién nacidos prematuros con edad gestacional inferior a 32 semanas y/o peso al nacer menor a 1500g.

También se incluyen de manera individualizada prematuros con edades gestacionales superiores que han presentado durante el periodo neonatal **complicaciones importantes** con posible impacto en su neurodesarrollo. Entre estas complicaciones están:

- **Morbilidad respiratoria:** ventilación mecánica y/o oxigenoterapia prolongada, displasia broncopulmonar, apneas al alta.
- **Cardíaca:** ductus intervenido, cardiopatías congénitas.
- **Infecciones:** enterocolitis, sepsis repetidas, meningitis.
- **Nutricionales:** restricción de crecimiento intra o extrauterino, dificultades para la alimentación enteral.
- **Neurológicas:** neuroimagen patológica (hemorragia intraventricular significativa, lesión de sustancia blanca, infarto periventricular hemorrágico, hidrocefalia posthemorrágica) o examen neurológico alterado.
- **Sociales:** consumo de drogas durante el embarazo, entorno del bebé desfavorable.

Aunque hay un protocolo común de seguimiento para este grupo de pacientes, la evaluación del riesgo se realiza de forma individualizada durante el ingreso y el alta.

Es importante establecer tanto la gravedad (leve, moderado o alto) como el tipo de riesgo (trastorno motor, problemas conductuales o cognitivos, epilepsia, déficit neurosensorial), ya que en base a ello, las visitas de seguimiento serán más o menos frecuentes y dirigidas al riesgo específico de este paciente.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA ASISTENCIAL DE SEGUIMIENTO

Es fundamental explicar a los padres en qué consiste el **programa de seguimiento** y sus objetivos antes del alta para no alarmarlos con las visitas que tendrán y al mismo tiempo que vean la importancia de las mismas. El **seguimiento** de estos pacientes debe ser individualizado e integral abarcando todas sus necesidades y basado en su pronóstico y no en la pertenencia a un grupo de riesgo.

1. .Acompañamiento y asesoramiento de las familias tras el alta

La mayoría de estos pequeños pasan mucho tiempo ingresados en la unidad neonatal (2-3 meses) y el alta supone un **cambio brusco en su cuidado**. Además de adaptarse al domicilio, al alta deberán contactar con otros profesionales comunitarios. Es recomendable, sobre todo en los pacientes de mayor riesgo, establecer **contacto previo al alta** con los pediatras de Atención primaria, así como con los profesionales que los atenderán en los centros de atención temprana (CDIAPs). El **programa de atención domiciliaria** y el acompañamiento de las familias por la enfermera (M. Moreno) **facilita la transición del hospital al domicilio**. Es importante que desde el hospital se mantenga una **comunicación fluida y coordinada** con los servicios comunitarios para optimizar los recursos disponibles. En edades escolares, en caso de presentar dificultades de rendimiento escolar o conductuales, es conveniente contactar con **profesores o personal psicopedagógico** de las escuelas.

Otro punto de relevancia es conocer los apoyos sociales y de la comunidad que tienen estos padres de cara a poder detectar precozmente dificultades en para la crianza de sus hijos como por ejemplo presencia de **síntomatología**

de estrés, ansiedad o depresiva. El recién nacido es un ser psicobiosocial y los aspectos descritos anteriormente condicionarán el modelo de crianza y el estilo de apego que se establecerán entre padres e hijos y que puede impactar en los aspectos emocionales, conductuales y de interacción/comunicación.

2.Detección y tratamiento precoz individualizado

El objetivo principal del seguimiento es poder detectar precozmente aquellas **dificultades** que puede presentar un niño que ha nacido prematuro. Las visitas y su cadencia se establecerán en base al tipo y grado de riesgo de cada individuo como se ha comentado previamente. El objetivo es **anticiparnos a los problemas y prevenirlos** cuando sea posible. Así, en un prematuro con lesión de sustancia blanca quística que involucra el área motora y que, además, presenta unos **movimientos generales patológicos al alta**, es obligado hacer un seguimiento estrecho durante el primer año de vida. En estos casos se debe poner el foco en los **aspectos motores**, evaluando los movimientos generales los primeros meses e iniciando **fisioterapia** durante el ingreso y al alta. Un prematuro con **infecciones de repetición y displasia broncopulmonar** que ha presentado ecogenicidad de la sustancia blanca no quística con pérdida de volumen en la resonancia magnética presentará un riesgo aumentado de trastornos cognitivo-conductuales. El seguimiento estará más enfocado a la detección de estas dificultades a partir de los dos años de vida, especialmente en etapas escolares.

3. Monitorización y evaluación del neurodesarrollo

El **neurodesarrollo** es la adquisición progresiva de habilidades funcionales. Depende de la **madurez del sistema nervioso central**, de los órganos y sentidos y del **entorno psicoafectivo**. Como se puede ver en el calendario del programa, las visitas y valoraciones suelen ser más frecuentes en los dos primeros años de vida. El **seguimiento** no finaliza aquí, ya que también pretende detectar y asesorar en otros **problemas más sutiles** que pueden aparecer a largo plazo en la edad escolar (ver calendario).

El programa de seguimiento contempla valoraciones del **neurodesarrollo cualitativas**, pero es importante en aquellos individuos con **sospecha clínica de alteración del neurodesarrollo** o en grupos de alto riesgo (grandes inmaduros), poder objetivarlo mediante pruebas de cribado (por ejemplo, escala ADBB, M-CHAT, CBCL) o diagnósticas (escala de Bayley 3ª edición, ADOS, WIPPSI, WISC V).

4. Evaluación de otros aspectos de salud

Además del **neurodesarrollo**, se valorarán otros aspectos como el crecimiento y alimentación. Con frecuencia estos niños presentan una **ganancia de peso insuficiente** durante el ingreso (restricción postnatal del crecimiento) y conviene monitorizar el peso y talla en cada visita.

También es importante valorar cómo es el **patrón de sueño**, que con frecuencia está alterado en estos niños durante los primeros años de vida. En la **regulación del sueño**, a pesar de que la transición vigilia-sueño es

sobre todo una función biológica, también intervienen **factores psicosociales** y el tipo de educación o cuidados que reciben los niños. Siendo el sueño una función evolutiva, debe evaluarse tanto en el contexto del desarrollo como del **temperamento del niño y su entorno**. La morbilidad por procesos infecciosos es más alta en los niños prematuros que en recién nacidos a término sanos por las propias **complicaciones del prematuro**, pero también, por un sistema inmune inmaduro. Conviene preguntar por los procesos infecciosos y respiratorios intercurrentes y por su calendario vacunal, así como explorar sintomatología respiratoria durante las visitas.

OTROS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO

Además del Programa Asistencial Clínico de Seguimiento hay programas de investigación que pretenden responder a preguntas concretas en este grupo de pacientes durante el seguimiento.

Integrantes del Programa de seguimiento del RN prematuro HSJD



NOU VINCLES

Un ejemplo sería analizar la **evolución** tras la **implementación de sulfato de magnesio** como neuroprotector en las madres o tras la **administración de indometacina** en prematuros extremos para reducir la hemorragia intraventricular.

Otro tipo de seguimiento sería **epidemiológico** cuando queremos analizar el resultado a largo plazo en un grupo de pacientes. Puede ser interesante conocer la evolución de nuestros **niños más inmaduros** (por ejemplo, de menos de 25 semanas) para elaborar **estrategias en la época neonatal** que puedan mejorar sus trayectorias. O bien analizar a los prematuros con broncodisplasia para determinar qué necesidades tienen y poder así planificar acciones en la comunidad.

Calendario de visitas del Programa de Seguimiento del prematuro en HSJD

	2-4 s ALT A	2m	4m	6m	8m	12m	18m	24 m	3 a	4a	5a	6 a	7-9a
NN	X			X		X		X		X		X	
Fisio		X			X		X						
NRL			X						X		X		
OFT					X				X				
PSC								X				X	X

Detección de secuelas según las edades

1 año	2 años	2-4 años	4-6 años
Tr motores graves	Retraso motor leve-moderado	Alteración del lenguaje	Dificultades en el aprendizaje
Déficits intelectuales graves	Retraso cognitivo leve-moderado	Tr conductuales	Disfunciones ejecutivas
Déficits neurosensoriales (antes de los 6 m)	Tr. del espectro autista		TDHA Tr.sociabilización- conductuales- psiquiátricos



FORMACIÓ

FORMACIÓ

TRAUMATISMOS ASOCIADOS A PACIENTES

Autores: Dra. Laura Corominas y Dr. César García Fontecha.

Es frecuente encontrarse por la calle con padres que llevan a sus hijos en el patinete eléctrico, o adolescentes en patinete eléctrico, y en muchos casos **sin protecciones** (casco, coderas...). No hay conciencia en la sociedad de la **peligrosidad** que tienen este vehículo a motor, que alcanza hasta 25 km /h. La población, lo considera como una **buena alternativa al transporte público**, una opción ecológica, económica, cómoda y rápida de desplazarse por la ciudad. E incluso, fácil para transportar a los niños de un lado a otro.

El **número de lesiones** por el uso del patinete eléctrico, ha aumentado de forma exponencial desde 2017, sobre todo a raíz del Covid, donde las ventas se han disparado. Desde enero de 2021, ha entrado en vigor la **normativa de circulación del patinete eléctrico**, pero aun así, siguen llegando pacientes con **contusiones, fracturas, lesiones craneales, dentales abdominales** al servicio de urgencias pediátricas. La **normativa no permite su uso a menores de 16 años**, aun así, el índice más alto de lesiones se encuentra en edades comprendidas entre los 6-10 años.

1. **No usarlo en menores 16 años**, el motivo principal, dado que hasta esa edad, no tienen conciencia de la peligrosidad, y desconocen la normativa de circulación vial, básica para

desplazarte por carretera con un vehículo a motor.
2. El **uso obligatorio de casco** homologado.
3. **No portear a los niños en los patinetes**, ni ir dos personas en el patinete eléctrico .

4. **Uso de los carriles bici para ir con el patinete**. Bajo ningún concepto el patinete debe ir por la acera. Pone en peligro a los viandantes. Mucha de las lesiones que acuden al hospital también son por atropellos en las aceras

5. No usar **auriculares ni móviles**.

Las lesiones observadas en urgencias no solo son **traumatológicas**: fractura de tobillo, supracondilea , tibia y antebrazo, sino que también presenta fractura de peñasco, contusión cerebral, hematomas subaracnoideo, laceración pancreática, contusión abdominal, pérdida de piezas dentales, lesiones en cara.

No son ningún juego, y se debería **concienciar a la población** que estamos poniendo en peligro a los más vulnerables, los niños. Como ejemplo gráfico, cuando les enseñamos a montar en bicicleta, les colocamos casco, coderas, rodilleras, les compramos toda la **equipación**, pero si les llevamos en el patinete eléctrico a 25 km/h, simplemente les mandamos agarrarse al manillar y "som-hi".



REVISIÓN BIBLIOGRÀFICA

REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA

Vacunació des de la fitxa tècnica: vacunes front rotavirus

Dra. Cynthia Crespo Mora – Pediatra.

INTRODUCCIÓ

Les fitxes són documents que contenen les dades més íntimes del medicament al que representen. En aquest article s'analitzen de dalt a baix i d'esquerra a dreta les fitxes **tècniques de les vacunes front el Rotavirus** que actualment tenim comercialitzat al nostre entorn. Ambdues vacunes són **no finançades**. Per aquesta raó és important esmentar abans d'entrar en matèria, que el més rellevant és que es faci la **recomanació de vacunar** els infants contra el Rotavirus per obtenir una bona cobertura vacunal. Això s'ha de fer independentment de la vacuna que es decideixi recomanar.

Un article recent publicat pel Grup València liderat per Lopez-Lacort i publicat a la revista BMC Infectious Disease (López-Lacort et al. BMC Infectious Diseases (2020) 20:656), mostra que com més **altes són les taxes de cobertura vacunal**, menor és la taxa d'hospitalitzacions i consultes d'urgències per Rotavirus Gastroenteritis (GEA-RV).

Cal recordar que, tal com fa referència el Comitè Assessor de Vacunes de l'Associació Espanyola de Pediatria, que la immunogenicitat de les **vacunes de Rotavirus** no és un **correlat protector**, ja que no estan clars els factors específics de la **resposta immunitària** que es poden considerar un factor protector. Per entendre-ho, el títol **d'anticossos** generats per la vacuna no determina directament el grau de protecció d'aquesta. Per aquest motiu, als **assajos amb vacunes**, l'eficàcia de la mateixa es mesura mitjançant la disminució de la incidència de GEA-VR al grup vacunat en comparació amb el grup control.

CARACTERÍSTIQUES DE LA INFECCIÓ PER ROTAVIRUS

El Rotavirus, té una alta **capacitat infectant**. Això es deu al fet que es requereixen poques **partícules víriques** per afectar un organisme. Si a aquest aspecte li sumem que l'eliminació fecal és de més de 10^{10} partícules/ ml femta, podem concloure que el **risc d'infecció** és molt

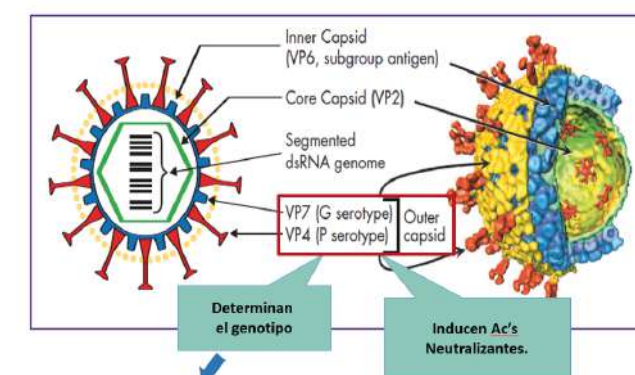
elevat. A més, és molt resistent als mecanismes d'higiene d'ús comú. Sobreviuen en aigua contaminada, en mans i fòmites molt més temps que altres virus.

La gastroenteritis per Rotavirus [GEA-VR] es caracteritza per ser una **malaltia imprevisible**, ja que no està associada a factors de risc coneguts. Té un **període d'incubació** d'entre 2-4 dies amb símptomes que solen durar entre 3-8 dies. Les **formes clíniques són variables**, des d'asintomàtiques, passant dels símptomes típics de la gastroenteritis (vòmits, diarrea, febre) a formes greus, on el risc de deshidratació és més manifest. Es caracteritza per ser una **gastroenteritis d'alta morbiditat**, i que requereix suport de rehidratació en major o menor mesura. Aquesta morbiditat es tradueix en mortalitat als països en vies de desenvolupament, ja que no disposen dels mitjans de suport per evitar el fatal desenllaç conseqüència de la deshidratació. Per tant, se sap que **GEA-VR** és una de les principals causes de mortalitat per GEA en aquests països.

CARACTERÍSTIQUES DEL VIRUS

El **Rotavirus** (RV) és un virus d'ARN, que s'expressa a la seva **càpsula les proteïnes VP 7 (Serotip G) i VP 4 (Serotip P)**. Aquestes proteïnes són les que generen la resposta immunitària i s'han utilitzat per obtenir la nomenclatura dels genotips dels Rotavirus circulants.

Estructura del Rotavirus



Nomenclatura: G1P[8]

[Imatge 1: Estructura del Rotavirus]

Actualment, segons els **informes de vigilància** d'EuroRotanet, la diversitat de soques circulants en la **població europea ha augmentat**. Però només alguns genotips es troben amb una prevalença > 1% [concretament 7 dels 46 genotips]: G3P; G9P[8]; G1P[8]; G2P[4]; G4P[8]; G12P[8]; G9P[4]. Aquests 7 sumen el 94% de la prevalença.

COMPOSICIÓ I FORMA FARMACÈUTICA

La **vacuna monovalent (Rotarix®)** està composta per material del **virus viu** humà atenuat, i conté proteïnes per a un genotip i, per tant, expressió d'una soca del virus. Per la seva banda, la **vacuna pentavalent (Rotateq®)** es compon de cinc soques obtingudes mitjançant un mecanisme de resortància. Aquest mecanisme consisteix en **combinar material genètic de virus humà i boví** per expressar cinc soques "recombinades" respectivament. Ambdues vacunes són **d'administració oral**, però no s'ha d'oblidar que són productes biològics i per tant, s'han **d'administrar en un centre vacunal** sota la supervisió de professionals sanitaris especialitzats en la matèria, així com fer el correcte registre de les mateixes.

Ambdues vacunes contenen **sacarosa** a la seva composició. A més, en el cas de Rotarix®, també conté sorbitol. Aquests dos glúcids es troben en quantitats suficients per contraindicar la administració d'aquestes vacunes en pacients amb intolerància hereditària a la fructosa, malabsorció de fructosa o galactosa o dèficit enzimàtic de Sacarasa-Isomltasa, i així s'expressa a la fitxa tècnica d'ambdós productes.

PAUTA D'ADMINISTRACIÓ

Ambdues vacunes estan indicades per a la **primovacunació** a partir de les 6 setmanes de vida del nadó, i a diferència d'altres vacunes, tenen sostre. Per entendre'ns, això significa que hi ha un límit superior per a la finalització de la pauta. Aquesta dada és important tenir-la en

compte. Cada dosi successiva genera una protecció que va augmentant respecte a l'anterior fins a un màxim de protecció teòrica [eficàcia].

	ROTATEQ	ROTARIX
Número de dosi	3	2
Primera dosi	6-12 setmanes d'edat	6 setmanes d'edat
Finalitzar pauta	20-22 setmanes (recomanació) Fins a 32 setmanes (< 8 mesos)	16 setmanes (recomanació) Fins a 24 setmanes (< 6 mesos)
Interval entre dosis	Mínim 4 setmanes	Mínim 4 setmanes

[Taula 1]: Pauta d'administració de vacunes monovalent i pentavalent incloses a les fitxes tècniques de ambos productes.

Una de les últimes modificacions de les fitxes tècniques de les vacunes comercialitzades al nostre país ha anat dirigit a la indicació en pacients prematurs. En el cas de la vacuna pentavalent, **Rotateq®**, es pot administrar als **prematurs** sempre que el període de gestació hagi estat de **25 setmanes o més**. Rotarix® es pot utilitzar en nadons prematurs de 27 setmanes o més. Ambdues vacunes amb la mateixa posologia que els infants nascuts a terme.

Com s'ha esmentat anteriorment, per a ambdues vacunes, a diferència del que passa amb altres, hi ha límit superior d'administració a partir de la qual ja no hi ha cap indicació, per això, s'ha d'influir en la seva administració el més aviat possible (la pauta no s'ha d'acabar després dels 6 o 8 mesos per a cada vacuna [vegeu la taula 1]).

INTERCANVIABILITAT ENTRE LES VACUNES FRONT AL ROTAVIRUS

Es recomana que els nadons que rebin una primera dosi d'alguna de les vacunes completin el règim amb la mateixa vacuna que es va donar en la primera dosi. Aquesta recomanació està inclosa a la fitxa tècnica dels dos productes sanitaris. El mateix document especifica que no hi ha dades sobre la seguretat, immunogenicitat o eficàcia quan s'administra una de les dues vacunes com a primera dosi i una vacuna front al Rotavirus diferent de la primera com la segona dosi o viceversa.

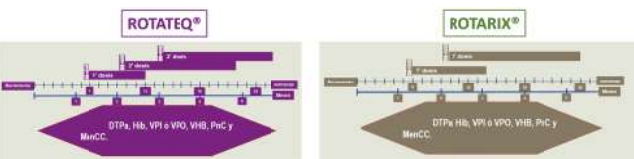
DADES D'EFICÀCIA I EFECTIVITAT INCLOSOS A LA FITXA TÈCNICA

Cal aclarir abans de començar aquest apartat que les dades d'eficàcia per aquestes dos vacunes no són comparables entre sí, ja que els assajos clínics per a l'obtenció de resultats estan realitzats mitjançant dissenys diferents, per tant, des de un punt de vista inicialment estadístic no seria correcte fer una comparació. El resum de les dades incloses a les fitxes tècniques, és que amb la vacuna Rotateq®, als assajos clínics realitzats, l'eficàcia de la vacunació amb una pauta completa de tres dosis front a gastroenteritis per Rotavirus de qualsevol gravetat va ser del 75%, arribant al 98% en la protecció front a gastroenteritis greus per Rotavirus, amb una reducció del 86% la demanda de visites mèdiques i del 94'5% de les hospitalitzacions per gastroenteritis [de qualsevol etiologia] en els dos anys posteriors a la vacunació. Per altra banda, per a la vacuna Rotarix®, durant el primer any de vida, l'eficàcia de la vacuna contra la gastroenteritis greu per Rotavirus després de dos dosis de vacuna va ser del 95,8%, i del 79% al segon any.

Globalment, l'eficàcia de la vacuna va ser del 74% para la gastroenteritis severa causada per serotipus diferents al G1. En ambdós casos, segons s'especifica a la fitxa tècnica, els resultats de l'eficàcia pels tipus diferents a G1 es van basar amb un menor número de casos, motiu pel qual a algunes sèries no hi ha significació estadística.

COADMINISTRACIÓ DE LES VACUNES FRONT A ROTAVIRUS AMB ALTRES VACUNES

Tant les vacunes RV5 com les RV1 es poden administrar de manera concomitant amb vacunes pediàtriques monovalents o combinades que contenen un o més dels antígens següents: DTPa, Hib, VPI/POV, HBV, PnC i MenCC. En cas que calgui administrar Rotavirus amb altres vacunes en el mateix acte vacunal, la coadministració no interfereix amb la immunogenicitat o l'eficàcia entre les diferents vacunes o amb el seu perfil de seguretat.



[Imatge 2: Gràfiques de coadministració amb vacunes finançades segons calendari vacunal]

ALGUNES CONTRAINDICACIONS, PRECAUCIONS I REACCIONS ADVERSES INCLOSES A LA FITXA TÈCNICA

La lactància materna no és contraindicació per a l'administració d'aquestes vacunes orals, així es recolza en diversos estudis i s'inclou a la fitxa tècnica d'ambdues vacunes.

Ambdues vacunes estan contraindicades si el nadó presenta hipersensibilitat a qualsevol dels components. Tampoc es pot administrar la vacuna si hi ha història prèvia d'invaginació intestinal o l'existència d'alguna malformació congènita no corregida que pugui predisposar a aquesta invaginació intestinal. De la mateixa manera, no es pot administrar la vacuna en nadons diagnosticats d'immunodeficiència combinada severa (IDCG).

De les precaucions comuns descrites a les fitxes tècniques de les vacunes mono i Pentavalent cal destacar: Nadons amb VIH asimptomàtic o poc simptomàtic i l'existència d'intolerància a la sacarosa o al sorbitol.

Es recomana posposar la vacunació en cas de Malaltia Febril Aguda (Febre en el moment de l'acte vacunal) així com l'existència de clínica gastrointestinal aguda (Diarrea o vòmits).

Algunes de les reaccions adverses més freqüents queden recollides a la taula 2.

	ROTATEQ	ROTARIX
FREQÜENTS (1/100 a <1/10)	Diarrea Vòmits	Diarrea Irritabilitat
POC FREQÜENTS (1/1000 a < 1/100)	Hematoquècia (**) Dolor abdominal Erupció	Dolor abdominal Flatulència Dermatitis
MOLT RARES (< 1/10.000)	Invaginació intestinal	Invaginació intestinal

[Taula 2.] Algunes de les reaccions adverses (RA) d'ambdues vacunes. La taula no recull totes les RA de les fitxes tècniques. (**) Fitxa Tècnica Rotateq: Aquesta reacció es va identificar a través de la vigilància postcomercialització.

Aquestes són algunes de les contraindicacions i precaucions que s'han volgut destacar en aquest apartat, però ambdues vacunes inclouen a les seves fitxes tècniques més contraindicacions i precaucions, a banda de les descrites anteriorment.

ALTRES CONSIDERACIONS I CONCLUSIÓ FINAL

Hi ha situacions, més o menys **peculiars** que es poden donar a la consulta, com que el o la lactant faci una **regurgitació** o que esquitxi una mica just en el moment d'administrar la vacuna. Si s'observa o es sospita fermament que s'ha donat una **dosis incomplerta**, es pot administrar una única **dosi de reemplaçament** a la mateixa visita, però aquesta circumstància no s'ha estudiat als assajos clínics. Si la situació es repeteix, no es deuria administrar cap més dosis de reemplaçament. Aquesta informació també la inclouen ambdues fitxes tècniques.

Vull concloure aquest article, apellant a la **importància de les vacunes**. Estem començant a sortir-nos d'una pandèmia mundial, en la que hem hagut de conviure molts mesos amb una infecció que està sent devastadora, tot això amb la impotència de no poder fer res més que aïllar-nos. Hem viscut una **malaltia infecciosa** que ha paralitzat el món que coneixíem fins ara, per a la que no teníem vacuna. Si us plau, donem a les vacunes la importància que es mereixen.



BIBLIOGRAFIA

1.Review of Infectious Diseases 1991 Graham DY,Dufour GR, Estes MK, Arch Virol,1987; Kapikian AZ y cols. En: Virology in Fields, 2001.

2.Richardson M et al, The Pediatric Infectious Disease Journal, 2001; AAP. En: Red Book, 2003 ; Raebel MS, Brandon S, Pharmacotherapy, 1999.

3.Lacasa S, et al. An Pediatr 2013; 79: 162-6.

4.Notas de farmacia, nº 2. Mayo de 2010. Autora: Cecilia Calvo Pita Servicio de Farmacia. Dirección Asistencial. Servicio de Salud de las Islas Baleares.

5.https://www.eurorotaset.com/wp-content/uploads/2019/09/EuroRotaN-et-report-Sept_2019_v1.pdf. Table 4. Most common genotypes found in single rotavirus strain infections (>=1%), by rotavirus season, between September 2006 and August 2018.

6.López-Lacort et al. BMC Infectious Diseases (2020) 20:656.

7.Ficha técnica Rotarix®.

8.Ficha técnica RotaTeq®.

CIÈNCIA | HUMANISME

CIÈNCIA I HUMANISME

Introducción de las familias en las unidades de neonatología

Enf. María Moreno, Enf. María José Troyano Martos, Dr. Martín Iriondo.

El **servicio de neonatología** del Hospital Sant Joan de Déu data sus orígenes en el año 1973. Siempre ha sido una **unidad puntera e innovadora** en muchos ámbitos, entre ellos en los CCDF (Cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia).

En el año 1979, comienzan a realizarse valoraciones en la **Unidad Neonatal** de la conducta de los recién nacidos utilizando la **escala de Brazelton**. A principios de la década de los 80, se abre la unidad neonatal a los padres. Inicialmente podían entrar una hora cada tres horas coincidiendo con la toma. Posteriormente, se convierte en una **Unidad de puertas abiertas 24h/7d** en la que los padres pueden estar todo el tiempo que ellos deseen con su bebé.

En el año 1995, se coloca en contacto piel con piel con su madre el primer bebé prematuro intubado (26 semanas de edad gestacional y peso al nacimiento de 805g). Desde entonces, el **método canguro** se ha convertido en un objetivo para todos los profesionales de la unidad, por sus múltiples beneficios, detallados más adelante.

La **nueva unidad neonatal**, inaugurada en mayo de 2021, consta de 45 camas, la mayoría de ellas individuales y supone un **nuevo modelo de atención** mucho más centrado en el neonato y su familia.

¿EL POR QUÉ DE LOS CCDF?

Múltiples investigaciones apoyan que la **exposición del neonato** prematuro al medio ambiente extrauterino de las Unidades Neonatales durante un momento en que se está produciendo un rápido y crítico desarrollo cerebral, puede **impactar negativamente** en dicho desarrollo. Por otro lado, el nacimiento de un bebé prematuro supone un gran impacto emocional para los padres. Existe una **disrupción del hijo imaginado** que pone en riesgo el estilo de apego.

El **reto actual** de los servicios de Neonatología no es solo asegurar la **supervivencia de los neonatos con prematuridad extrema**, sino también ofrecerle el máximo nivel de cuidados a corto y largo plazo. La asistencia basada exclusivamente en la realización de actos y procedimientos terapéuticos, sin tener en cuenta el impacto de estos sobre el

neurodesarrollo, implica actualmente una mala calidad asistencial.

Los **CCDF** son un conjunto de **cuidados** que pretende mejorar el desarrollo del niño a través de **intervenciones** que favorezcan al recién nacido (RN) y a su familia, entendiéndolos a ambos como una unidad. Se trata de un **modelo de atención** que pretende mejorar el **desarrollo neurosensorial y emocional del RN** y disminuir su estrés. Es un modelo de atención que individualiza los cuidados según las necesidades de cada niño y para cada momento de su desarrollo.

Objetivo de los CCDF:

- Reducir los factores ambientales estresantes o no adecuados.
- Estructurar las actividades del cuidado del bebé, en respuesta a su conducta
- Implicar a la familia para favorecer el vínculo padres-hijo

Los CCDF intentan **reducir las diferencias existentes** entre el ambiente en el vientre materno y el medio ambiente de alta tecnología de la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN).

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN A PARTIR DE LOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO

Las intervenciones se suelen dividir en **2 grandes bloques**:

- Acciones dirigidas a optimizar el **macroambiente**: sería el control de la luz y el ruido.

- Acciones dirigidas a optimizar el **microambiente**: la participación de la familia en el cuidado del neonato, el control postural y el control del dolor.

MODIFICAR EL MACROAMBIENTE

El ambiente que rodea al neonato en la UCIN es frío, seco, ruidoso, con bastante iluminación, y con estímulos constantes e inapropiados. Los grandes prematuros y los RN a término enfermos no están preparados y no son capaces de responder de una manera organizada a estas agresiones.

1. Control del ruido

El elevado nivel de ruido de la UCIN genera respuestas en la conducta del RN, con alteración de los ciclos de sueño, disminuye el tiempo de sueño tranquilo, irritabilidad y aumento del llanto. A nivel fisiológico, el ruido aumenta la frecuencia cardíaca, la TA, el número de apneas. La Sociedad Española de Neonatología recomienda que el nivel de ruido en la UCIN no supere los 40db y un máximo de 55-60db de forma transitoria.

2. Control de la luz

La excesiva estimulación lumínica provoca una disminución de la saturación de oxígeno, alteraciones del patrón del sueño, estrés, apneas y taquicardia. La SEN recomienda que la intensidad lumínica de la UCIN, se pueda regular, los niveles recomendados, 60 luxes dentro de la incubadora y en menores de 30 semanas de gestación, valores no superiores a 20 luxes.

INTREVENCIÓN PARA ADAPTAR EL MICROAMBIENTE

1. PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES.

EL RN tiene derecho a recibir cuidados maternos y paternos y su desarrollo está ligado en parte a la calidad de la interacción que tendrá con su familia.

Los **Cuidados Centrados en la Familia** suponen un **nuevo planteamiento** en el manejo del RN prematuro que requiere cuidados especiales en la UCIN. El **núcleo** de esta filosofía se basa en un **cambio de actitud por parte de los profesionales**, reconociendo a la familia como referente continuo en la vida del bebé incluso durante su hospitalización. Los miembros de la familia forman parte indispensable y participan

en las decisiones respecto a su hijo. Como padres son los cuidadores naturales y, por tanto, deben formar parte del equipo de cuidadores.

BENEFICIOS DE LA IMPLICACIÓN DE LOS PADRES EN EL CUIDADO DE SUS HIJOS:

-Los **padres se sienten mejor** y disminuye su grado de ansiedad.

-**Mejora la satisfacción de su experiencia en la unidad neonatal.**

-**Favorece la interacción con el bebé.**

-**Facilita la práctica del método Canguro y mejora la tasa de lactancia materna** y su duración, con todas las ventajas que ello implica.

-**Mejora la calidad del vínculo padres-hijo.** El vínculo se puede definir como la relación emocional especial que se establece entre el bebé y su cuidador. El establecimiento adecuado de vínculos es esencial para la capacidad de relacionarse con los demás, posteriormente a lo largo de la vida. El vínculo produce un sentimiento de seguridad en los bebés.

FACTORES QUE FAVORECEN EL VÍNCULO:

1. Confianza en el equipo
2. Presentación del equipo de neonatología
3. Sentimiento de acogida por parte de los profesionales
4. Importancia cercanía del médico
5. Cuidados de enfermería dirigidos a atender al RN Y LA FAMILIA
6. Enfoque: "un hijo sin sus padres no existe"

MMC

El **Método Madre Canguro (MMC)** se define como el **contacto piel con piel** temprano, continuo y prolongado entre una madre o un padre y su RN. Lo iniciaron en Bogotá los pediatras Rey y Martínez en el año 1979, ante la falta de incubadoras. Desde el año 2003, la OMS dispone de una guía para implementar el cuidado con el MMC, fruto del estudio de numerosos grupos de trabajo e investigación, uno de los cuales es la Fundación Canguro, dirigida por Charpak y ubicada también en Bogotá. El MMC ofrece **múltiples beneficios** tanto para el RN prematuro como para el RN a término, así como para los padres.

1. Beneficios para el bebé:

- **Mejora todos los parámetros fisiológicos:** FC, FR, saturación de oxígeno, y termorregulación. Disminuye los episodios de apneas; la respiración de la madre estimula la respiración del RN.

- **Disminuyen las concentraciones de cortisol**, hormona relacionada con el estrés.

- **Permite y favorece la lactancia materna**, incrementando la duración de esta y la producción de leche en las madres.

- Mayor ganancia ponderal.

- **Menor riesgo de infecciones** (incluidas infecciones nosocomiales) INMUNOGLOBULINAS A TRAVÉS DE LA LM.

- **Mayor periodo de sueño** siendo este más profundo y estable: disminuye la actividad motora y muscular esto favorece la ganancia ponderal, ésta también se ve favorecida por el incremento de hormona de crecimiento.

- **Reducción de la estancia hospitalaria.**

2. Beneficios para los padres:

- Las madres sufren **menos depresión** después del parto y sienten **mayor seguridad y confianza** en sí mismas.

- Los padres muestran **menos ansiedad** y posteriormente demuestran mayor confianza en el cuidado de sus hijos y una mayor atención a sus necesidades.

- Permite a los padres la oportunidad de **proporcionar los cuidados a su hijo.**

- Favorece el **proceso de vinculación** padres-hijo.

LACTANCIA MATERNA

La **leche de las madres** de los recién nacidos prematuros es diferente a la de madres de los nacidos a término. Por ello es muy importante alimentar a los prematuros con leche de su madre. En su defecto, se le alimentará con **leche de un banco** de leche materna, pues la leche artificial es más difícil de digerir.

En el calostro de las madres de RN prematuros existe una mayor **concentración de inmunoglobulinas**, factores de crecimiento y antiinflamatorios, así como antiinfecciosos, que en el calostro de las madres de RN a término.

Después del calostro y durante el primer mes, la madre del RN prematuro produce una leche que se adapta mejor a las características del prematuro, pues que en comparación con la leche de la madre de un RN a término tiene un mayor contenido en proteína y una concentración de lípidos similar en cantidad y calidad, de buena digestibilidad.

Alguno de los ácidos grasos presentes en la leche humana favorece una buena función retiniana y un buen desarrollo neurológico. La LM también contiene factores antiinflamatorios que frenan la respuesta inflamatoria intestinal (riesgo de RN prematuro de sufrir enterocolitis necrotizante).

1. Ventajas de la LM en el RN prematuro

- Presencia de nutrientes en las cantidades.
- Mejor digestibilidad y absorción de los nutrientes.
- Mayor protección frente a la ECN.
- Rápida maduración del tracto gastrointestinal.
- Mayor protección frente a infecciones.
- Mejor desarrollo cognitivo.
- Menor incidencia de retinopatía del prematuro.

2. Ventajas de la LM para las madres de los RN ingresados en la UCIN:

- La oxitocina que se secreta durante la lactancia ayuda a disminuir la respuesta al estrés y la ansiedad de las madres.
- La lactancia, al igual que el MMC, favorece el desarrollo del vínculo madre-hijo
- Tras la finalización de forma prematura de la gestación la LM aumenta la autoestima de la madre: es algo que solo ella puede hacer por su bebé

CONTROL DEL DOLOR: ANALGESIA NO FARMACOLÓGICA

Tradicionalmente se pensaba que los neonatos eran incapaces de **sentir dolor**, actualmente sabemos que ya antes de las 28SG el feto ha desarrollado los **componentes anatómicos**, neurofisiológicos hormonales necesarios para la percepción del dolor. Los RN a término o pretérmino, tienen una respuesta fisiológica y hormonal al dolor similar, y a menudo exagerada, si se comparan con niños de mayor edad; es decir, menor umbral al dolor a menor edad gestacional.

Fisiológicamente, el dolor provoca **alteración de la FC y de la FR**, aumento de la presión arterial y disminución de la saturación de oxígeno.

Algunos estudios sugieren que las **experiencias dolorosas** en edad temprana pueden desencadenar respuestas exageradas a estímulos dolorosos posteriores

La exposición temprana repetida y prolongada al dolor, puede contribuir a alteraciones en el desarrollo cognitivo y en el aprendizaje el neonato

Medidas para disminuir el dolor:

- Administración de sacarosa

Su efecto analgésico esta mediado por la liberación de neurotransmisores endógenos, como las beta endorfinas

- Succión no nutritiva

Succión de una tetina o chupete, mejora el efecto cuando se combina con la administración de sacarosa o gotas de LM

- MMC

Se reduce la frecuencia cardiaca y el tiempo de llanto si se compara con la realización del procedimiento dentro de la incubadora

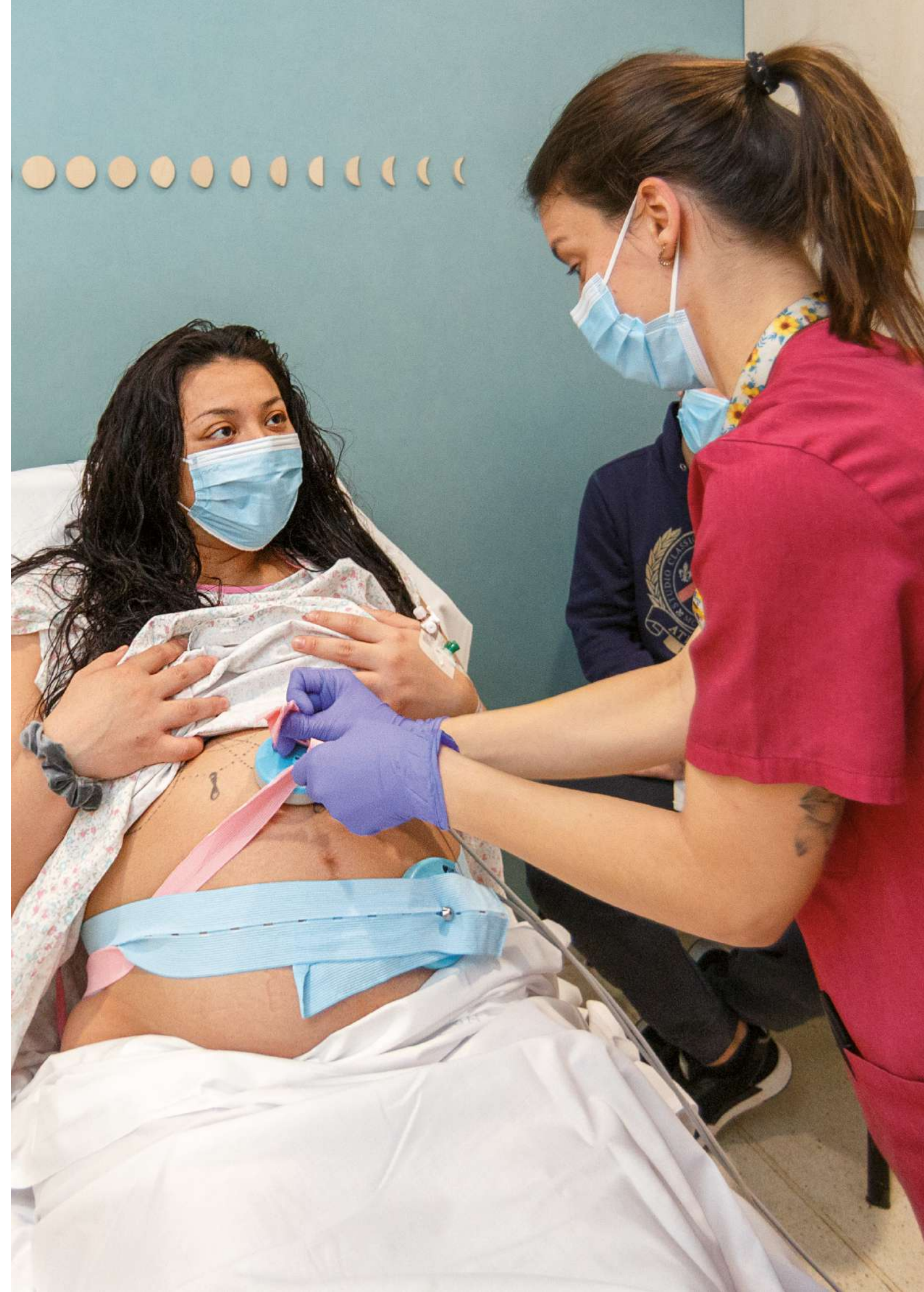
- Contención

Consiste en mantener al RN en posición de flexión, con las extremidades próximas al tronco y hacia la línea media. Los bebés que se mantienen en esta posición durante el procedimiento doloroso recuperan antes la frecuencia cardiaca y tienen menos expresión de dolor.

CUIDADO POSTURAL

El útero materno proporciona al feto flexión, contención y orientación hacia la línea media. El RN prematuro ha perdido esta protección y está expuesto a la **influencia de la gravedad**, que domina su débil musculatura y le presiona estáticamente sobre la superficie donde descansa, pues su **madurez neurológica** no es suficiente para mantener la flexión ni los movimientos para vencer la fuerza de gravedad.

Un **posicionamiento correcto** favorece el adecuado **desarrollo del sistema músculo-esquelético**, además la estabilidad del sistema motor contribuye a la estabilidad fisiológica, hecho de gran importancia dada la **fragilidad del prematuro**. Esta estabilidad fisiológica se sostiene, desde el punto de vista postural, en aquellas posiciones que requieran menor esfuerzo y gasto de energía. Por ejemplo, el RN con una adecuada flexión necesitará menos esfuerzo de termorregulación, pues al haber meno superficie corporal expuesta se reduce la pérdida de calor.



Los **principios del cuidado postural** son:

- Alineamiento neutro de la cabeza con el tronco.

- Controlar la flexión y extensión excesiva del cuello.

- Evitar la rotación externa y la retracción del hombro.

- Evitar la abducción y la flexión excesiva de la cadera.

- Fomentar la flexión suave de las rodillas.

- Impedir la rotación externa de los pies.

Uno de los **aspectos ambientales más significativos** que ha de soportar el RN prematuro es la **fuerza de la gravedad**, por ello es una medida fundamental en estos bebés la contención del cuerpo. Esto favorece una **sensación de seguridad**, a la vez que proporciona quietud y autocontrol. Para conseguir esta contención, el profesional colocará al RN en un **“nido”**, con las extremidades flexionadas dentro de este. El nido se asemeja a un útero materno y favorece el encuentro con la línea media.

Un **posicionamiento correcto** favorece:

- La flexión adecuada.
- La competencia del RN en la regulación de sus funciones fisiológicas para conseguir estabilidad y menor gasto de energía.
- La noción de su cuerpo en el espacio.
- La prevención de lesiones en la piel y deformidades óseas (dolicocefalia).
- La mejora de la interacción con sus cuidadores.
- La capacidad de autorregulación.
- La prevención del estrés.
- El desarrollo visual y auditivo.
- El mantenimiento en l línea media, esto a su vez facilita actividades mano-cara o mano boca.
- El descanso y mejor calidad del sueño.

LA INTERACCIÓN DEL BEBÉ DESDE LOS CCDF

Es muy importante no despertar al RN bruscamente (no lo haríamos con un adulto), hemos de **facilitar la transición del sueño** a la vigilia, hablándole, proporcionándole **envoltura-contención** con nuestras manos, dándole la posibilidad de succionar (succión no nutritiva) y también algún estímulo olfatorio positivo, se ha de tener en cuenta que **agrupar procedimientos** evita la interrupción continua del sueño, pero también es importante no sobreestimar al RN (puede quedar agotado). Por otro lado, es muy importante **enseñar a los padres la manera de acercarse a su bebé**, ellos están llenos de amor y de intuición y con un poco de ayuda del cuidador perderán el **miedo** y podrán ofrecer cuidados a su bebé, esto a su vez favorecerá el **vínculo padres-hijo**. Toda interacción del cuidador con el RN supone una situación estresante para éste, para disminuir dicho estrés es básico realizar la **interacción con dos personas**: una le ofrece contención, es decir, mantiene el bebé en posición de flexión, con los miembros cerca del tronco y hacia la línea media y otra realiza el procedimiento, ya sea cambio de pañal, aspiración de secreciones, cambio de sonda nasogastrica, etc. De estas dos personas, la que ofrece **contención al RN**, pude ser el padre o la madre.

Ayudar al bebé a unir sus manos, a tocarse la cara o la boca, darle la posibilidad de agarrarse o agarrar algo, son medidas que favorecen el autoconsuelo, y, por tanto, la organización conductual.

Por otro lado, si se ha de realizar un procedimiento doloroso, la persona encargada del confort del bebé, además de la contención le administrará sacarosa, gotas de LM y/o algún estímulo olfatorio positivo, con la finalidad de aportar al bebé mayor tranquilidad.

Si durante la interacción aparecen signos de estrés es importante parar y dejar periodos de recuperación, para así evitar la desorganización

del bebé y sobre todo respetar en lo posible el sueño del RN prematuro, pues es muy importante para su desarrollo cerebral.

NIDCAP

El NIDCAP, supone un paso más en los Cuidados Centrados en el Desarrollo

El **NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assesment Program)** fue desarrollado en Boston por la Dra. Heidelise Als. Se trata de un **programa de intervención estandarizado** que se basa en observaciones del recién nacido antes, durante y después de los procedimientos de cuidado. El NIDCAP **interpreta a cada niño como un individuo único**, con sus competencias y su umbral ante el estrés y la desorganización.

El **programa NIDCAP**, ha mostrado una serie de **ventajas**:

- Disminución de los requerimientos de oxígeno.
- Menos días de apoyo ventilatorio.
- Menor incidencia de apneas.
- Mejor ganancia de peso.
- Menor tiempo de SNG.
- Mejor estado de organización.
- Disminución de costos y tiempo de hospitalización.
- Mejoría del comportamiento.
- Mejor desarrollo social.

-Mejor Score de Bayley.

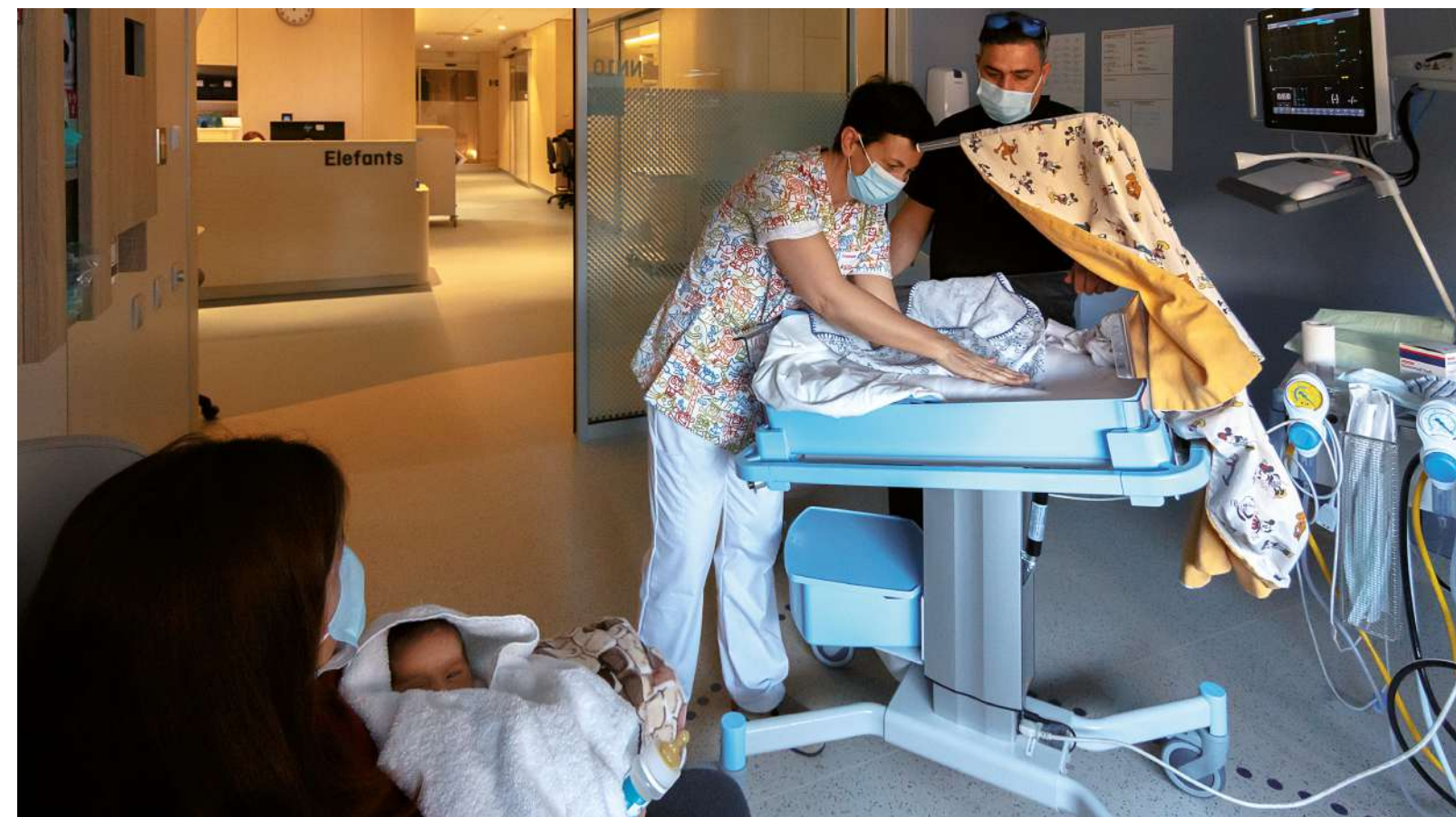
¿QUÉ APORTA EL NIDCAP CUALITATIVAMENTE?

El **NIDCAP**, nos permite entender al RN, escucharlo, como a cualquier otro paciente pediátrico o adulto que se puede expresar de manera verbal, a través de este **programa los profesionales** podemos conocer:

- Que le molesta.
- Que le consuela que tolera.
- Que le desestabiliza.
- Como va progresando
- Como va modificando sus respuestas

En el año 2008 se inicia la formación **NIDCAP** en el HSJD (una doctora y una enfermera), actualmente **HAY 7 profesionales formados, 3 doctoras y 4 enfermeras**.

Para terminar, decir que a pesar de la pandemia por el Covid-19, en la que todos los profesionales hemos sentido miedo e incertidumbre, en la unidad neonatal del HSJD, hemos seguido trabajando al lado de nuestras familias para así ofrecer unos cuidados de excelencia a nuestros **NEONATOS**.



BLOGOSFERA 25

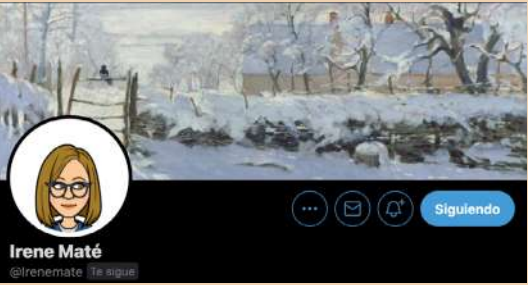
PEDIATRES A TWITTER (PART I. ELLES)

La xarxa social Twitter sempre ha estat una bona font d'informació i de divulgació científica de la que els pediatres ens en podem nodrir. En aquesta edició de la Blogosfera volem posar en valor alguns dels comptes més rellevants d'aquesta xarxa social. Deixarem per una altra ocasió els comptes institucionals per a centrar-nos en els personals dels pediatres més actius, tant en el que fa referència a les seves opinions, com a la documentació que aporten sobre diversos aspectes.

Cal posar en valor que des de que a Twitter es poden fer els anomenats fils (seqüències de tuits lligats l'un amb l'altre), la capacitat de redacció d'aquesta xarxa va molt més enllà dels 240 caràcters que permet cada piulada per si sola. El fet de poder-hi adjuntar imatges i enllaços a documents externs també és una prestació de molta vàlua. En aquesta primera part hem volgut destacar aquelles pediatres que per un o altre aspecte tenen un valor afegit a les seves aportacions.

Podeu trobar el seu àlies de Twitter al peu de la seva imatge:

IRENE MATÉ



Pediatra d'atenció primària a Madrid. Domina tots els temes de la **Pediatria ambulatoria** i està especialment interessada en temes d'**infectologia pediàtrica** (en té un màster i una tesi doctoral al respecte) i de vacunes. Més enllà d'això, si voleu una veritable experta en sèries, no dubteu, heu donat amb la persona adequada.

VERÓNICA BERNABEU

Pediatra hospitalària. Destaca per la multitud d'històries que explica sobre diversos temes relacionats amb el **món dels infants** gairebé sempre des del filtre de l'**humor**. Com ella mateixa diu: si tens dubtes del contingut, pren-t'ho amb ironia.



MARIA JOSÉ MAS



Neuropediatra a un CDIAP de Tarragona és tremendament activa, tant a les xarxes socials com en omplir de continguts el seu **bloc** (del qual avui no en parlem). El **neurodesenvolupament** és el seu tema favorit. Persona assenyada allà a on les hi hagi posat sempre un **to de serenor** per allà on passa. Incansable lectora qualsevol recomanació literària que us faci sempre serà del vostre grat.

ANNA GATELL

A la recent estrenada **Presidenta de la Societat Catalana de Pediatria** també la podem trobar a la xarxa. Com a pediatra d'Atenció primària està molt abocada en temes que hi fan referència, especialment, amb aquells que tenen a veure amb els **trastorns de l'aprenentatge**.



MATILDE ZORZONA



La Mati és també una pediatra de primària molt activa a xarxes i té un bloc molt complert sobre qualsevol tema de la **infantesa**. Darrerament, està una mica menys present atès que ha estat fitxada pel Servei de Salut pública de Múrcia per a desenvolupar tasques de coordinació en el **camp de les vacunes**.

AMALIA ARCE

Més enllà de la seva expertesa i el seu gran criteri com a pediatra, a l'Amalia li hem de reconèixer haver estat una pionera en el món de la **divulgació digital**, cosa que segueix fent amb gran encert, tant des de les xarxes, com des del seu bloc, del que ja n'hem parlat en edicions prèvies.



GLORIA COLLI



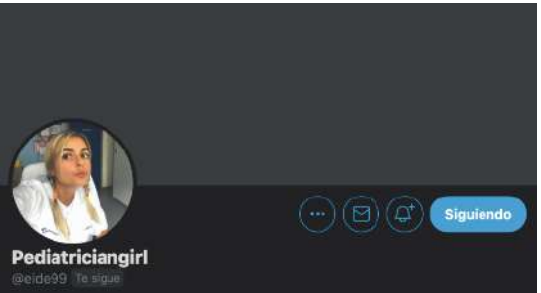
La Gloria té també no un, sinó dos blocs, un de Pediatria en general i un altre dedicat a les **preparacions saludables de cuina infantil**. Tot i això, encara té temps per a ser molt participativa en Twitter comentant molts aspectes del dia a dia de la **patologia pediàtrica**.

MONTSE ESQUERDA

No podia fallar la nostra experta en **bioètica**. Aprofita el seu compte per **expressar opinions** i posar coneixements en referència al seu terreny de capacitació, però no desaprofita l'oportunitat d'afegir un **punt de seny** per allà on passa.



EIDER OÑATE



Pediatra, intensivista i gran aficionada a les **malalties infeccioses** és capaç de resoldre qualsevol dubte d'aquestes especialitats. Molt activa, és també responsable d'algun dels comptes de Twitter de la ESPID.

POSANT EN VALOR

Entrevista al Dr. Vicente Morales

He tingut el plaer de conèixer al Vicente amb diferents facetes: com a pediatre dels meus fills, com a company de feina i com a director del meu equip.

El Vicente Morales, pediatre de l'Alt Penedès, s'ha jubilat recentment. Ha estat un referent per la Pediatria a Catalunya. En la seva trajectòria professional ha desenvolupat la seva tasca en diferents àmbits: Atenció Hospitalària, (Vall d'Hebron, Camils, Alt Penedès) Atenció Primària (Alt Penedès- Garraf), en el camp de la Gestió i també en el de la Investigació.

D'ON ET VA VENIR LA VOCACIÓ DE SER PEDIATRE?

Durant la carrera de medicina, es van fent assignatures de les diferents especialitats i abans de fer la de pediatria jo ja tenia la intuïció de que aquesta seria important per a mi i quan la faig fer se'm va confirmar que aquesta era la meva vocació. Poder observar, com a pediatre d'Atenció Primària, les diferents etapes del creixement i desenvolupament de l'ésser humà és apassionant i anar observant, en les diferents edats, les seves peculiaritats i la dificultat per diferenciar el normal del que és patològic i alhora, ser selectiu per intervenir exclusivament si és necessari, ha estat una de les meves prioritats. A pediatria no estàs limitat a una única especialitat, la pediatria et permet una visió global de la persona, bio-psico-social amb una àmplia perspectiva, és un privilegi estar al costat de les famílies i acompanyar-los en aquesta etapa de la vida.

AL LLARG D'AQUESTS 30 ANYS QUE HAS EXERCIT COM A PEDIATRE, SEGUR QUE HAS PRESENCIAT MOLTS CANVIS EN LA SOCIETAT, EN ELS PARES, EN ELS PACIENTS... CAP ON CREUS QUE VA LA FIGURA DEL PEDIATRE?

Els canvis en la societat i per tant, en les famílies han condicionat l'exercici de la pediatria. Hem evolucionat d'una pediatria paternalista a una pediatria més respectuosa amb les creences i els valors de les famílies. La figura del pediatre, com era fa trenta anys, igual que la del metge en general, ha variat àmpliament. Hem guanyat en proximitat i en part, s'ha desmitificat la seva figura. Però des del meu punt de vista, ens hem contagiat d'una mentalitat funcionarial, oblidant l'aspecte més vocacional. Crec que hi ha una confusió entre les condicions laborals i els

valors professionals, fruit de la sobrecàrrega assistencial i el poc valor que se li otorga a l'espai i temps per a la reflexió. El pediatre del futur jo el veig, treballant en un equip multidisciplinar, implicat en els aspectes socials i de salut mental, desenvolupant habilitats comunicatives, dominant els mitjans telemàtics, per millorar les comunicacions amb les famílies i amb els altres nivells assistencials, tenint al seu abast amplis mitjans de diagnòstics a la consulta i augmentant la seva presència a la comunitat. A part de l'activitat assistencial, hi ha una gran potencialitat en el camp de la investigació i la recerca en Atenció Primària. També tenim grans riscos, com la falta de pediatres i el risc de portar la pediatria a una especialitat "d'òrgans", de subespecialitats fragmentàries amb la pèrdua del conjunt, que és la seva raó de ser i d'estar.

TU HAS VIST L'EVOLUCIÓ DE LA INFERMERA PEDIÀTRICA. COM VALORES AQUEST EQUIP MULTIDISCIPLINAR INFERMERA-PEDIATRE?

Aquesta ha estat una de les fortaleces del treball en equip, a la que tampoc estem acostumats i que un cop s'avança en aquesta cooperació mútua, es torna imprescindible per a tots dos professionals.

És indiscutible i així ho confirma l'evidència científica, que els nens i adolescents atesos per especialistes en pediatria i infermeres de pediatria seguint un model de sanitat pública on es mantenen els pediatres a l'Atenció Primària milloren notablement els indicadors de salut en matèria de qualitat i seguretat. La infermeria pediàtrica amplia les perspectives i enriqueix la visió que tenim els pediatres amb relació a les famílies, a la comunitat i a la societat en general.



Les infermeres tenen més incorporat el paper de salut integral i no tant la mirada biològica dels pediatres. Crec que progressivament amb les noves generacions, es van superant antics estereotips, que continuem arrossegant i que dificulten el treball en equip.

L'ANY 2007 VA SORTIR PUBLICAT EL PLA ESTRATÈGIC D'ORDENACIÓ DE LA PEDIATRIA A CATALUNYA (PEOPAP) I EL GENER DEL 2008 VA NÉIXER EL PRIMER EQUIP TERRITORIAL DE PEDIATRIA A LA COMARCA DE L'ALT Penedès liderat per tu. Quins creus que han estat les claus de l'èxit d'aquest model?

L'any 2008, la Pediatria d'Atenció Primària a l'Alt Penedès estava en clar risc de desaparició, amb unes condicions de treball per pediatres i infermeres inassolibles. La majoria de professionals van buscar les seves solucions personals, se n'anaven de la comarca o anaven a treballar als hospitals. El problema era global, de tota la Pediatria d'Atenció Primària i similar a tota Catalunya. Un grup de professionals, orientats per el PEOPAP, vam assumir la possibilitat de revertir la situació. La direcció de la SAP, en concret la Dra. Janine Hernández, va confiar en nosaltres i ens va facilitar poder organitzar-nos com a Equip de Pediatria, seguint el model del PEOPAP. Personalment, valoro les claus de l'èxit del model, fonamentalment perquè les solucions van sorgir de la il·lusió dels mateixos professionals. Confiàvem en nosaltres mateixos, estàvem convençuts que la Pediatria d'Atenció Primària tenia futur i que calia organitzar-nos. També gran part de l'èxit va estar en el suport de la ciutadania i els ajuntaments de la comarca, especialment el de Vilafranca. Tots tenien una valoració molt positiva de l'Atenció Pediàtrica que desenvolupàvem a la comarca.

Oferíem expectatives de futur, amb la possibilitat de desenvolupar una carrera professional de treball en equip, amb una organització i un lideratge pediàtric, obert a la innovació, preocupats per tenir cura de les persones, dinàmic i disposat a adaptar-se al canvi. Progressivament, vam aconseguir incorporar nous professionals, motivats pel projecte i així anar completant la plantilla i encomanar a altres equips com l'Equip de Pediatria del Garraf i en el 2019 la publicació en el DOGC del reconeixement i desplegament de vint-i-tres equips més a

Catalunya. L'Equip de Pediatria Alt Penedès, valorat com utòpic en el seu inici, és l'exemple que les persones fem realitat les utopies.

AMB AQUEST CANVI ORGANITZATIU ES VA IMPULSAR UNA MAJOR COORDINACIÓ ENTRE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA (AP) I L'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA (AH), COM ÉS LA PARTICIPACIÓ EN EL PROJECTE VINCLES AMB L'HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU. QUINS AVANTATGES CREUS QUE HA APORTAT AQUESTA MAJOR COORDINACIÓ ENTRE NIVELLS ASSISTENCIALS?

L'Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona, el nostre hospital terciari de referència, va posar en marxa el programa "Vincles" l'any 2007, ens va permetre que una entitat amb el seu prestigi, donés suport al nostre projecte i compartís la mateixa visió de futur, potenciant les col·laboracions, imprescindibles entre nivells assistencials i base d'una pediatria integral i de futur.

Vincles, aglutina sota un comitè de direcció, tot un conjunt d'iniciatives de consens, els principals avantatges són:

1. Possibilitat d'interconsulta entre professionals, per mitjans telemàtics, correu vincles.
2. Edició de 20 monografies assistencials compartides.
3. Curs anual de Formació continuada consensuada, transferència de coneixement multiprofessional i multidisciplinària.
4. Formació de grups de recerca mixta AP i AH.
5. Definició dels criteris per derivar els pacients entre nivells.
6. Revista electrònica amb actualitzacions en AP i AH, vint-i-tres exemplars.
7. Web d'informació específica "Vincles", participació en xarxes socials Facebook, Twitter @SJDVinclesAPS.
8. Assessorament per a organitzacions assistencials AP o AH en el territori.

La continuïtat en el programa, més de catorze anys i l'alta participació dels professionals, pediatres i infermeres avalen l'èxit d'aquesta iniciativa.

UNA ALTRA FACETA A LA QUÈ T'HAS DEDICAT ÉS LA RECERCA I LA DIVULGACIÓ CIENTÍFICA AMB PARTICIPACIÓ EN NOMBROSOS GRUPS DE TREBALL DE DIFERENTS DEPARTAMENTS? QUINES EN DESTACARIES?

Jo voldria destacar la formació, junt amb la Dra. Anna Sans i la Dra. Anna Gatell del grup de treball de Trastorns de l'Aprenentatge i Trastorns del Neurodesenvolupament, d'intre de la Societat Catalana de Pediatria. Es tracta d'un dels temes per a mi prioritari i posteriorment per a la majoria de professionals, pediatres i infermeres, ja que nosaltres estem en una situació privilegiada per a la seva detecció i correcta orientació. Això comporta un abans i un després per al futur d'aquests infants.

DES DE L'ANY 2016 AL 2021 HAS ESTAT PARTICIPANT EN QUALITAT DE VICEPRESIDENT DE L'ÀREA PROFESSIONAL A LA JUNTA DE LA SOCIETAT CATALANA DE PEDIATRIA (SCP). QUÈ CREUS QUE T'HA APORTAT AQUEST CÀRREC?

Per a mi ha estat un gran honor poder col·laborar amb la SCP. Ser pediatre no és només treballar com a metge de nens, sinó defensar i implicar-se en la lluita dels drets fonamentals de la infància i aquest ha estat el meu propòsit a l'hora de participar en la SCP. Ha estat un temps apassionant, que m'ha facilitat influir en l'àmbit institucional en la defensa de la Pediatria d'Atenció Primària i en la gran feina que pediatres i infermeres de pediatria efectuen dia a dia. No hi ha millor inversió per a la societat que la que es realitza en pro de la infància, múltiples estudis macroeconòmics així ho demostren i ha de ser el fi prioritari per a qualsevol societat que es preocupi per les persones i el seu benestar.

CANVIEM DE MIRADA. COM ÉS EL VICENTE MORALES COM A PERSONA? QUIN HA ESTAT L'APRENENTATGE DE MÉS VALOR DE LA TEVA TRAJECTÒRIA LABORAL?

Definir-se a un mateix sempre és un exercici difícil i arriscat, però com em considero valent sense ser temerari, faré una aproximació. Valoro

especialment el respecte a la diversitat humana, l'autenticitat i la transparència, soc ferm en les idees, però respectuós i suau en les formes, cultivo la serenitat, la discreció i la reflexió. M'esforço a gestionar la complexitat i intento entendre el comportament i les peculiaritats de la naturalesa humana. Comparteix la idea que és millor una bona actitud que unes bones aptituds, soc idealista però a la vegada pragmàtic. Persegueixo utopies i soc apassionat en el que crec. Soc cautelós, però no insegur, potencio l'humanisme i el creixement personal. La meua prioritat són les persones, la família i els amics. Tinc dos pensaments que intento no oblidar: "Un pedante es un estúpido adulterado por el estudio" Miguel de Unamuno, i "Es mejor ser rey de tu silencio que esclavo de tus palabras". William Shakespeare.

I LA TEVA FAMÍLIA, COM HA VISCUT LA TEVA PASSIÓ PER LA PEDIATRIA?

La família ha estat el pilar fonamental per poder desenvolupar la pediatria. Ells han entès la responsabilitat i la necessària dedicació que requereix. Sense el seu suport i la seva paciència no hauria estat possible la meua carrera professional. Per això, crec que haurien de canviar les condicions laborals, especialment pel que fa a la conciliació laboral i familiar, ja que no ha de suposar cap sacrifici per compatibilitzar-les.

COM ET PLANTEGES AQUESTA NOVA ETAPA QUE INICIES?

M'ho plantejo, com t'ho dius, com una nova etapa en el més ampli significat de la paraula. Temps per recobrar i cultivar aficions relegades, en primer lloc la dedicació a la família i als amics. I temps per cultivar les meves aficions preferides, com la lectura, especialment la filosofia, les biografies i els assajos; la pintura, passejar, fer esport i gaudir de la natura. He tingut el privilegi de fer realitat allò que somiava quan estudiava medicina, treballar com a pediatre d'Atenció Primària i facilitar als meus companys que facin la seva feina amb les millors condicions i en benefici dels infants. He rebut afectes i paraules sinceres de gratitud, tant dels infants com de les famílies, compartint la meua vida professional amb companys que han estat persones inoblidables, que ja els trobo a faltar, no puc demanar més.

Moltes gràcies Vicente per la teua gran aportació al món de la pediatria.

Has deixat una empremta de gran professionalitat i d'una gran visió en l'organització dels models territorials de pediatria a Catalunya, que ben segur repercuteix en la millora de l'atenció sanitària que oferim als nostres infants i adolescents i a les seves famílies.

Vicente, et desitgem Salut i Felicitat!!

Entrevista realitzada per Cèlia Pujol, infermera de l'Equip de Pediatria de l'Alt Penedès.



vinçcles

Pediatría Territorial