

vinclocces

PEDIATRIA TERRITORIAL





ÍNDEX

Editorial

- Qui hauria de ser responsable de l'atenció de l'adolescent?04

Serveis a prop teu

- Únicas.....07
- Nous laboratoris d'oncologia infantil10

Coneixement

- Dietes veganes i vegetarianes a l'inici de la alimentació complementària en la edat pediàtrica13
- Seguiment a llarg termini dels supervivents de càncer infantil: Desafiaments i Perspectives18
- Consulta de traspàs de pediatria a medicina de família.....20
- Malaltia Rara: Mastocitosi.....22

Atenció comunitària

- Hàbits saludables per famílies i nens que pateixen obesitat27
- Programa HENKA (benestar emocional a les escoles/alumnes/famílies)30

Nou a Vincles

- Prevenció del Dèficit de Vitamina K al nou-nat35

Formació i recerca

- Oferta formativa d'Aula per professionals de Primària37
- Per què l'especialitat de Pediatria sembla cada vegada menys interessant?.....40
- Cas clínic: Febre i dolor abdominal.....42

Ciència i humanisme

- Agora de la ciència47

Blogosfera pediàtrica

- Podcast: la ciència del singular.....51

Posant en Valor

- Entrevista al Dr. Pepe Serrano53

¿Quién debería ser responsable de la atención del adolescente?

Dr. Fernando Plaza

Pediatra EAP Sarrià-Vallvidrera-Les Planes

Historia

En los años 80 el pediatra de ambulatorio (plaza de 2 h obtenida por oposición) visitaba hasta los 7 años.

Tras la progresiva jerarquización de los centros de atención primaria, la edad de atención primaria fue ampliada hasta los 14 años inclusive, que continúa siendo el modelo actual.

Problemática actual

La PEDIATRÍA es la medicina del desarrollo y el desarrollo extrauterino incluye diversas etapas bien diferenciadas: Lactante, 1ª infancia (que incluye guardería y etapa preescolar o párvulo), etapa escolar (Primaria), Pubertad y Adolescencia (Secundaria).

Cada una de las etapas enumeradas anteriormente posee unas características muy diferenciadas, requiriendo de una formación y experiencia específicas por parte del personal sanitario que los atiende.

El equipo pediátrico es el encargado de acompañar a las familias en la crianza de los hijos, velando por su salud y correcto desarrollo. Conocemos y acompañamos a los padres en todas sus preocupaciones desde el nacimiento hasta la edad adulta, lo que comporta una complicidad, confianza y colaboración, tanto por parte de los padres como a medida de que vayan creciendo, por parte de los hijos. El pediatra de forma paulatina y adecuada a la edad se comunica cada vez más con el paciente que con sus progenitores, formando el conocido “triángulo pediátrico” (paciente/padres/pediatra) que se pro-

longa hasta la mayoría de edad. Aunque seamos conscientes de la definición de menor maduro (con sus etapas de aspecto legal de los 12, 14 y 16 años), el menor continuará en el hogar familiar hasta su emancipación, algo que en nuestro país y por las dificultades económicas (bajos sueldos), de escasez de proyección profesional y dependencia de los padres para costear la formación (escasas subvenciones públicas) hacen que dicha emancipación tenga lugar sobre los 25 años.

El problema con el que convivimos los equipos de pediatría es el tener que truncar el seguimiento de pacientes a una edad en la que muchos ni tan siquiera han finalizado su desarrollo puberal, otros presentan una patología crónica o propia del desarrollo físico, pero sobre todo el adolescente está forjando (esculpiendo) su personalidad y se encuentra en una etapa en la que surgen pequeños conflictos con los padres, busca diferenciarse de ellos, con objeto de poder afianzar su personalidad, quiere así mismo ser aceptado por el grupo de sus congéneres, lo que le convierte en una persona influenciable con todos los riesgos que ello conlleva. Justo en esta etapa cae “en terreno de nadie”, ya que el grado de madurez es muy variable, dado que tanto la pubertad como la adolescencia acontecen en edades muy diversas (no como las etapas pediátricas anteriores, cuyos límites son mucho más exactos). En el momento que deja de estar tutelado por pediatría, dejan de llevarse a cabo revisiones periódicas y el adolescente acude al centro práctico y exclusivamente cuando presenta algún tipo de patología aguda. Su patología crónica continúa siendo controlada por el hospital pediátrico (HSJD), su salud



mental por el CSMIJ y ambos centros les atienden hasta la mayoría de edad (18 años).

No dudamos que la atención por parte de medicina de familia sea en todo momento correcta, pero el médico de familia se encuentra sobrecargado por la atención de la patología crónica del adulto, las bajas laborales y todo lo que conlleva la atención sanitaria a la 3ª edad, atención domiciliaria, pacientes que ingresan y son dados de alta en hospitales, residencias, todo ello salpicado por la patología aguda del adulto, lo que no ayuda a poder atender la etapa del desarrollo desde los 15-18 años.

Solución

Por todo lo anteriormente expuesto somos de la opinión de prolongar la atención pediátrica hasta los 18 años, con objeto de equipararnos por un lado a centros hospitalarios como HSJD, como también a los CSMIJ dónde atienden a partir de los 6 hasta los 18 años.

En este sentido en junio 2022 desde la Societat Catalana de Pediatria y con motivo de la presentación de la propuesta del Modelo de Atención Pediátrica en la Atención Primaria se incluyó en dicho Modelo ampliar la edad de atención a los adolescentes poniendo el foco en los que tienen patología crónica compleja ya que suele existir un aumento de complicaciones en esta etapa. Asimismo, se trata de un período de especial vulnerabilidad en relación con el desarrollo social y de determinadas situaciones complejas (abuso de sustancias, conducta alimentaria, entre otros). Por este motivo se solicitó perso-

nalizar la transición en casos determinados, de mayor vulnerabilidad detectada por sus profesionales de referencia, introduciendo elementos de flexibilidad e individualización según las necesidades del adolescente y la familia.

Atención específica del adolescente

- Ofrecer visita exclusiva del adolescente a partir de los 14 años, tras la exploración física llevada a cabo en presencia de los padres, ofrecer un espacio a solas con el adolescente, que le permita por una parte mantener su intimidad, y a su vez empoderarlo y responsabilizarlo respecto a todo lo referente a su salud.
- Los padres se sienten tranquilos al delegar dicho empoderamiento en unas personas con las que poseen un vínculo desde hace años y en las que ya han depositado su confianza.
- Poder continuar acompañando a los pacientes que requieran atención especializada por patología crónica, siendo los interlocutores entre dicha atención especializada, el paciente y su familia.
- Deberíamos disponer de unas citas propias de adolescente, formarnos más en la atención que esta etapa requiere y que los profesionales que los atiendan se encuentren cómodos en este tipo de visitas.
- Llevar a cabo un traspaso adecuado del paciente al equipo de medicina de familia durante el último año de atención pediátrica (padezca o no patología crónica)
- Atención adecuada a las patologías tanto clínicas como emocionales propias de esta etapa de la vida.

SERVEIS A PROP TEU

25 hospitals d'Espanya s'uneixen per millorar l'atenció als pacients pediàtrics amb malalties minoritàries



Madrid, 28 de febrer de 2023. – Avui s'ha presentat al Congrés dels Diputats la xarxa Únicas, un projecte en què estan integrats 25 hospitals, centres de recerca i la Federació Espanyola de Malalties Rares (FEDER). L'acte ha comptat amb la intervenció de la Presidenta del Congrés, Meritxell Batet; de la ministra de Sanitat, Carolina Darias, del Director gerent de l'Hospital Sant Joan de Déu, Manel del Castillo i del President de FEDER, Juan Carrión, representants de les entitats impulsores de la xarxa Únicas. A més, hi han assistit a l'acte membres de la Mesa del Congrés, de la Comissió de Sanitat i Consum i portaveus del Congrés.

L'objectiu principal d'aquest projecte és posar en marxa una xarxa de centres sanitaris per millorar l'atenció dels pacients pediàtrics amb malalties poc freqüents.

A més de l'Hospital Sant Joan de Déu, el centre promotor del projecte, la xarxa està integrada pels següents hospitals adherits:

- | | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| 1. C H Navarra | 14. H U Miguel Servet |
| 2. C H U A Coruña | 15. H U P La Fe |
| 3. C H U Badajoz | 16. H U Reina Sofía (Córdoba) |
| 4. H C U Santiago | 17. H U Rio Hortega |
| 5. H C U Virgen Arrixaca | 18. H U Salamanca |
| 6. H Niño Jesús | 19. H U Son Espases |
| 7. H Parc Taulí | 20. HU Toledo |
| 8. H San Pedro | 21. H U Vall d'Hebrón |
| 9. H U 12 Octubre | 22. H U Virgen del Rocío |
| 10. H U Central Asturias | 23. H U Ntra. Sra. De Candelaria |
| 11. H U Cruces | 24. H U de Gran Canaria Doctor Negrín |
| 12. H U La Paz | |
| 13. H U Marqués Valdecilla | |

- Més de 3 milions d'espanyols tenen una malaltia rara. El 80% dels casos ha debutat durant la infància.
- L'escassa prevalença d'aquestes patologies dificulta molt el seu diagnòstic, tractament e investigació.
- Els 25 hospitals integren una xarxa que, juntament amb centres d'atenció primària i altres entitats com universitats i centres d'investigació, vol garantir l'equitat en l'atenció a tots aquests pacients independentment del lloc d'Espanya on resideixin
- La iniciativa està promoguda per l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, que és el centre que més infants amb malalties minoritàries atén d'Espanya, i per la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER)

“En el dia mundial de les malalties, que celebrem avui 28 de febrer, amb la nostra campanya “Haz que el tiempo vaya a nuestro favor”, és un regal poder presentar aquest projecte mitjançant el qual volem evitar que les famílies facin un pelegrinatge entre hospitals per aconseguir que s'identifiqui l'afecció del seu fill. Per això, és un plaer col·laborar-hi des de FEDER, ja que suposa un excel·lent exemple de treball en xarxa que s'esforça per millorar l'atenció del nostre col·lectiu”, afirma Juan Carrión, president de FEDER.

Per la seva banda, Manel del Castillo, director gerent de l'Hospital Sant Joan de Déu, afirma que la xarxa Únicas “és un projecte que pretén donar resposta global als pacients pediàtrics amb malalties minoritàries” i afegeix: “som una xarxa de 25 hospitals que crearan una plataforma tecnològica per compartir dades, cosa que permetrà millorar: el model d'atenció multidisciplinari, l'accessibilitat d'aquests pacients gràcies a la telemedicina, el diagnòstic a partir de tècniques de diagnòstic de precisió i l'equitat de l'accés a les teràpies avançades”.

Dificultats en el diagnòstic

L'existència de més de 7.000 malalties minoritàries, algunes ultrarares (només es donen uns quants casos a tot el món), en dificulta el diagnòstic perquè són desconegudes fins i tot per molts professionals de la salut.

Aquesta situació fa que molts nens hagin d'esperar anys i sotmetre's a desenes de proves i visitar nombrosos especialistes fins a obtenir un diagnòstic

definitiu. Actualment, un 25% dels infants afectats i les seves famílies triguen més de quatre anys des que presenten els primers símptomes fins que se'ls diagnostica la malaltia.

Mostres representatives

L'obtenció de mostres representatives de pacients afectats per una malaltia minoritària permet conèixer la història natural de la malaltia i impulsar investigacions per trobar nous tractaments. Actualment, el 95% de les malalties minoritàries no tenen un tractament específic.

Un dels principals hàndicaps amb què es troben els investigadors per impulsar estudis que permetin descobrir nous tractaments és aconseguir una mostra significativa de pacients. Com que es tracta de malalties minoritàries, el nombre d'afectats en una comunitat autònoma és molt reduïda i cal buscar-los a nivell estatal i mundial.

Accés a tractaments avançats per a tothom

Un altre dels objectius d'Únicas és garantir que tots els pacients, independentment del seu lloc de residència, tenen accés als tractaments més avançats de la malaltia i els recursos d'atenció necessaris. Per això, la xarxa preveu que els professionals sanitaris que formen part d'Únicas mantinguin contacte a través de la telemedicina per consensuar les accions amb els professionals referents en una patologia concreta.

Coneixement compartit

Una de les eines de la xarxa Únicas és la plataforma digital Share4Rare, impulsada per l'Hospital Sant Joan de Déu, que connecta professionals i pacients amb malalties poc freqüents perquè intercanviïn informació en un entorn digital segur i puguin avançar en el coneixement de les malalties minoritàries.

6 programes d'actuació

A més dels 23 hospitals i de FEDER, la xarxa Únicas compta amb el suport d'altres hospitals europeus i universitats, centres de recerca, empreses farmacèutiques, empreses de tecnologies sanitàries i entitats associatives. Són entitats líders en l'àmbit del diagnòstic, la telemedicina, les noves teràpies i la intel·ligència de dades.

ESTÀ PREVIST QUE IMPULSIN 6 PROGRAMES D'ACTUACIÓ:

1. Programa de diagnòstic 4P (de precisió, personalitzat, precoç i predictiu) per donar suport als centres de la xarxa, a través de l'aplicació i el desenvolupament de noves tècniques diagnòstiques genòmiques (desenvolupada en el marc i en coordinació amb el projecte IMPaCT de l'ISCIII), radiòmica, metabolòmica, genètica molecular del càncer i diagnòstic neurofisiològic de precisió.
2. Programa Discovery (teràpies innovadores) orientada al desenvolupament de nous tractaments de manera conjunta amb universitats, centres de recerca, centres hospitalaris, indústria farmacèutica i les empreses de tecnologia sanitària.
3. Programa Share4Rare (S4R) d'intel·ligència de dades. Un ecosistema de dades federat, en què cada centre associat a nivell nacional i europeu conserva la seva pròpia informació, però que es consensua la informació necessària a compartir per generar el coneixement que permeti avançar cap a models de predicció i prevenció personalitzats. El projecte pretén empoderar els pacients per participar activament en la compartició d'informació.
4. Programa Còrtex de telemedicina. Plataforma de telemedicina avançada per donar suport a l'atenció no presencial, mitjançant el seguiment i monitoratge d'aquests pacients a distància, incorporant models de predicció que ens permetin avançar-nos als esdeveniments.
5. IPER. Institut Pediàtric de Malalties Rares. Orientat a la creació d'un model d'atenció integral 360° als pacients amb EEMM. Inclou equips multidisciplinaris de professionals, la generalització de la figura de les gestores de casos, la incorporació d'equips de suport psicosocial, unitats de transició a centres adults i la monitorització del cens d'EEMM.
6. Institut d'atenció a la cronicitat i escola de salut per a pacients i famílies: La Casa de Sofia. S'articula mitjançant la creació d'un centre sociosanitari (inclou centre de suport a la ventilació mecànica a domicili) i una escola de salut per a pacients i famílies.

El laboratori d'oncologia infantil de l'Hospital Sant Joan de Déu celebra 20 anys de recerca estrenant noves instal·lacions

El SJD Pediatric Cancer Center Barcelona (PCCB) de l'Hospital Sant Joan de Déu va inaugurar abans de l'estiu les noves instal·lacions de la seva Unitat de Recerca en Càncer Infantil – CaixaResearch, l'única que es dedica exclusivament a l'oncologia pediàtrica. El nou espai ha estat subvencionat per la Fundació "la Caixa" amb 3 milions d'euros, i altres aportacions realitzades per famílies de pacients i altres entitats de la societat civil mitjançant l'organització d'iniciatives diverses.

El nou equipament disposa d'una superfície de 1.112 metres quadrats i integra dos espais diferenciats: d'una banda, un laboratori per al diagnòstic molecular i, d'altra, un destinat específicament a la recerca. "En un principi l'estudi molecular del tumor només es feia en casos molt concrets i més per temes de recerca que no pas d'assistència. Actual-

ment, però, es fa en tots els casos per què el diagnòstic molecular del tumor és imprescindible per poder pronosticar la seva evolució i determinar quin és el tractament més adequat que s'ha de donar a l'infant, el que es coneix com a medicina de precisió o personalitzada. Forma part del tractament estàndard", destaca Jaume Mora, director científic del PCCB.

Al laboratori de recerca, un equip de 50 investigadors es dediquen a l'estudi d'un ampli ventall de tumors del desenvolupament: neuroblastoma; medulloblastoma; retinoblastoma; sarcoma d'Ewing; glioma difús de tronc cerebral o DIPG; glioma d'alt grau pediàtric; rabdomiosarcoma; osteosarcoma; leucèmies; tumors vasculars; histiocitosis i gliomes de baix grau.



La inauguració de les noves instal·lacions ha tingut lloc justament quan es compleixen 20 anys de la creació d'aquest laboratori que es va posar en marxa l'any 2003 i va créixer gràcies a les donacions de la societat civil. "La recerca dels tumors del desenvolupament es va finançar gràcies a la filantropia – explica Jaume Mora, impulsor i director del laboratori- En aquells anys, a Espanya no hi havia tradició de buscar donants per a la recerca. Nosaltres vam començar a fer-ho perquè l'oncologia pediàtrica, com moltes altres malalties minoritàries, suscita poc interès per part de la indústria i atreu poques ajudes públiques. Vam començar a picar portes, a explicar per què era necessari i ara ja és una pràctica habitual".

Va ser així, mitjançant donacions de la societat civil, com el Laboratori d'Oncologia infantil de l'Hospital Sant Joan de Déu ha crescut exponencialment

al llarg de les dues darreres dècades. Actualment, el 75% dels més de tres milions d'euros que es destinen cada any a la recerca pediàtrica a l'Hospital Sant Joan de Déu, i que han permès obrir més d'una desena de línies de recerca, provenen de donacions de la societat civil.

Alguns dels treballs de recerca que, al llarg de les dues últimes dècades, han dut a terme els investigadors del Laboratori d'Oncologia Infantil de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona han aconseguit millorar el diagnòstic d'alguns càncers i personalitzar el seu tractament. A la pràctica, aquests avenços han permès que alguns infants puguin ser tractats amb èxit sense necessitat de quimioteràpia i d'altres, els que presenten tumors molt agressius, amb teràpies molt personalitzades i dirigides a les alteracions moleculars específiques del tumor.



CO NEI XE MENT

Dietas veganas y vegetarianas al inicio de la alimentación complementaria en la edad pediátrica

Nerea Clemente Treviño

Enfermera Interna Residente [EIR]. HSJD

La introducción de alimentos durante la primera infancia es un proceso fundamental en el desarrollo de los niños y niñas y, además, sienta las bases de los hábitos alimenticios en la edad adulta.

Según la Asociación Española de Pediatría se define alimentación complementaria como: "proceso por el cual se ofrecen al lactante alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna o la fórmula infantil como complemento y no como sustitución de esta" (Gómez Fernández-Vegue, 2018).

Se estima, que actualmente el 8-10% de la población europea sigue una dieta vegana o vegetariana, mientras que en España el porcentaje se encuentra en torno a un 1.5% como apunta Carbajo (2017). Las dietas vegetarianas son aquellas dietas exentas de carne, productos cárnicos y pescado. Las dietas veganas, son aquellas en que, además de estar exentas los alimentos anteriormente mencionados, también lo están otros productos de origen animal como pueden ser la leche y los huevos.

A continuación, se presenta el siguiente caso clínico:

Acude a consulta de atención primaria un niño de dieciocho meses, acompañado de su madre y su hermana mayor, para realizar la revisión correspondiente al programa de seguimiento del niño sano.

Durante las preguntas que se relacionan con la valoración de los hábitos alimenticios, se detecta que toda la familia sigue una dieta vegana.

En este caso, la madre había consultado con una

nutricionista de forma externa y había seguido sus recomendaciones dietéticas, para la introducción de alimentación complementaria exenta de carne en sus hijos.

La madre explicó qué había ocultado esta información tanto al pediatra como a la enfermera pediátrica durante las visitas previas, ya que tenía miedo a ser juzgada por los profesionales sanitarios y además pensaba que podrían no tener los conocimientos necesarios para realizar este acompañamiento.

El siguiente artículo presenta algunos conceptos a tener en cuenta por los profesionales sanitarios, en relación a este tipo de situaciones.

Alimentación complementaria

La alimentación complementaria se suele iniciar a los 6 meses de vida, y no es recomendable hacerlo antes de los 4 meses ya que es necesario que exista cierta maduración neurológica, gastrointestinal, renal e inmune.

Se aconseja iniciar esta alimentación con cereales, frutas, hortalizas, legumbres, huevos, carne y pescado de forma variada. La leche de vaca, el yogur y el queso tierno se podrán introducir en torno a los 12 meses. Y se han de evitar alimentos como azúcares, miel, mermelada o embutidos. Se podrá ofrecer agua a partir del mes 6. Y es recomendable evitar el consumo de pescado como atún, pez espada o tintorera por su elevado contenido en mercurio. En cuanto al gluten, se recomienda su introducción desde los 6 meses.



Dietas veganas y vegetarianas

Las familias suelen optar por seguir una alimentación vegana o vegetariana, por razones éticas, ecológicas o de salud principalmente.

A este tipo de alimentación, se asocia una mayor tendencia a comer frutas y verduras frente a alimentos dulces o aperitivos salados menos saludables. El establecimiento de un hábito alimenticio saludable, un menor índice de masa corporal, un descenso en los niveles de colesterol y un menor riesgo de padecer cáncer. Por otro lado, existe el riesgo de consumo de alimentos con baja calidad nutricional y la posibilidad de carencias nutricionales si no se tienen en cuenta una serie de recomendaciones.

Como apunta Betinnelli et al. en su artículo de 2019 que busca reflejar el conocimiento del profesional sanitario sobre este tipo de dietas, en una encuesta realizada mayoritariamente a enfermeras, enfermeras pediátricas y matronas, se muestra que aproximadamente un tercio de las encuestadas saben definir correctamente el término "vegetariano", mientras que sólo un 2,2% es capaz de concretar a qué se refiere el término "vegano". Cómo áreas en las que tienen más información, estas profesionales se encuentran más seguras en la distinción de riesgos y beneficios, y los posibles efectos de este tipo de dietas en las diferentes etapas del ciclo vital. Cabe destacar que en torno a esta categoría es solamente el 39.5% de la población encuestada la que asegura tener un dominio de dicha información.

En cuanto a la mayor carencia de información

expresada por estas profesionales encontramos aquella relacionada con los nutrientes.

¿Es seguro?

Una dieta vegana o vegetariana puede ser completa siempre y cuando el consumo de alimentos vegetales sea variado y no se excluya ningún grupo de alimentos.

La atención sanitaria ha de centrarse en la detección de posibles carencias nutricionales. Un acompañamiento que evalúe los déficits y que aporte las suplementaciones necesarias es vital.

¿Qué piensan los padres? ¿Confían en los profesionales sanitarios en el acompañamiento de la introducción de dietas veganas/vegetarianas al inicio de la alimentación complementaria?

Los estudios de Baldasarre et al. (2020) y Bivi et al. (2021) apuntan que aproximadamente el 70% de los padres que optan por este tipo de dietas informan a sus pediatras. Dentro de los que no lo hacen, la mitad decide no hacerlo ya que creen que el pediatra no está lo suficientemente formado. Otros motivos son: el miedo a ser juzgados o ser conocedores de la oposición por parte del profesional sanitario. Cabe destacar que el 70% de familias que han comunicado seguir una dieta vegana o vegetariana, refieren haber recibido la desaprobación posterior.

Recomendaciones para el inicio de la alimentación complementaria vegana/vegetariana

Como se ha mencionado anteriormente las dietas veganas o vegetarianas son seguras, pero se han de tener en cuenta ciertos factores en cada uno de los grupos alimentarios, para evitar déficits nutricionales y asegurar los requerimientos correspondientes a la edad.

A continuación, se presentan una serie de recomendaciones basadas en la evidencia científica actual. Es importante durante este proceso, contar con el acompañamiento de profesionales especializados como son los nutricionistas.

Proteínas:

Posibles carencias: las necesidades de proteínas suelen ser suficientes si la dieta incluye una variedad de alimentos de origen vegetal. Por otra parte, las proteínas de origen vegetal son deficitarias en algunos aminoácidos esenciales. Por ejemplo, los productos a base de proteínas de soja son deficitarios en metionina.

Dieta equilibrada: la lactancia materna y leche de fórmulas son las fuentes principales de proteínas. En cuanto a las madres que optan por las bebidas vegetales, se recomiendan aquellas que están fortificadas (generalmente se con metionina, lisina o triptófano). Para asegurar un aporte adecuado se recomienda el consumo diario de legumbres o frutos secos.

Fibra:

Posibles carencias: generalmente las dietas veganas/vegetarianas tienen un gran aporte de fibra, que puede producir un aporte calórico insuficiente debido a la saciedad que produce. El alto consumo puede producir también interferencias en la absorción de hierro, calcio y zinc.

Dieta equilibrada: en las recomendaciones se apunta hacia la reducción de la fibra en la dieta vegana/vegetariana sobre todo en el primer año de vida como por ejemplo la preparación de las legumbres de manera triturada o sin piel, u optar por alimentos libres de fibra como el tofu y los yogures de soja.

Ácidos omega-3:

Posibles carencias: las grasas suponen el 40% de la energía necesaria en la infancia, y deben estar equilibradas para que el aporte de omega-3 sea

mayor que el de omega-6. Una carencia de DHA puede estar relacionada con fallos en el desarrollo neuronal y de la retina.

Dieta equilibrada: se recomienda el mantenimiento de la lactancia materna para un mayor aporte de ácidos omega-3. Se puede aumentar el aporte con aceites ricos como el de lino (no contiene fibra). Otra posible recomendación es la suplementación con 100mg de DHA en niños de 6 meses a 3 años.

Hierro:

Posibles carencias: el hierro que mejor se absorbe es el hemo, que es aquel que está presente en alimentos de origen animal. La biodisponibilidad de los grupos no hemo suele ser menor. Puede existir un nivel plasmático de ferritina inferior, aunque la anemia ferropénica no es frecuente en aquellos niños que siguen estas dietas dentro del contexto occidental.

Dieta equilibrada: se recomienda aporte de alimentos como cereales, legumbres, soja y derivados. Se puede añadir germen de trigo a alimentos como yogures para un mayor aporte o gotas de cítricos como limón, ya que la vitamina C mejora su absorción.

Zinc:

Posibles carencias: las legumbres y frutos secos son una fuente adecuada. Hay que vigilar el aporte de fibra, ya que puede intervenir en su absorción.

Dieta equilibrada: la lactancia materna y las fórmulas ya son fuente importante de este mineral. La disminución de los aportes de fibra aumentará la absorción de zinc en la dieta. En caso de que sea necesario un mayor aporte se puede suplementar añadiendo levadura nutricional a las comidas.

Yodo:

Posibles carencias: el yodo suele estar presente en mariscos. En la mayoría de territorios alejados de la costa suele haber una deficiencia, ya que no se encuentra este mineral en el agua. Por ello, de forma general para toda la población se suelen comercializar sales yodadas, ya que este mineral interviene en la función tiroidea.

Dieta equilibrada: igual que al resto de niños de la edad con consumo de sal yodada o unos 400-900cc diarios de lactancia materna ya se consigue el aporte suficiente.

Calcio:

Las dietas veganas y vegetarianas no suelen ser carentes en calcio. Se ha de tener en cuenta la posible disminución de su absorción en aquellas dietas que contengan mucha fibra.

Vitamina D:

Posibles carencias: el nivel de vitamina D depende más de la exposición solar y de su suplementación, que del aporte en la dieta.

Dieta equilibrada: la lactancia materna no es suficiente para alcanzar los requerimientos diarios. Por ello es recomendable suplementar a todos los niños durante el primer año de vida con 400UI de vitam-

na D3 diarias, en el caso de los niños vegetarianos/veganos puede haber familias que rechacen esta suplementación ya que esta vitamina se obtiene de un aceite extraído de la piel de las ovejas. Como alternativa, y siempre que exista la lactancia materna, se puede suplementar a la madre con 2000UI de vitamina D2 diarios.

Vitamina B12:

Posibles carencias: la vitamina B12 no se encuentra en alimentos de origen vegetal.

Dieta equilibrada: en aquellos niños que sigan una dieta vegana se recomienda la suplementación desde el comienzo de la ingesta de sólidos. Muchas leches de arroz o de soja están fortificadas aportando las cantidades requeridas. En algunos de los estudios se recomienda iniciar los controles analíticos tanto de B12 como de ácido fólico, homocisteína y conteo sanguíneo y repetirlos cada 6-8 meses para valorar una mayor suplementación. Un gran número de los artículos revisados sugiere que el aporte de B12 en la dieta suele ser insuficiente y que se precisa de una suplementación de la vitamina, cuyos requerimientos van variando con la edad, pero han de ser los necesarios para mantener unos niveles séricos. No hay un consenso absoluto en dichos niveles, pero el nivel óptimo que más se repite en la literatura es el de 360pmol/L.

Conclusiones:

Es importante reforzar los conocimientos necesarios para poder acompañar a los niños y niñas que comienzan una dieta vegana o vegetariana al inicio de la alimentación complementaria, para poder evaluar las posibles carencias y hacer recomendaciones orientadas a conseguir los aportes necesarios de cada grupo de alimentos, haciendo así que estas dietas sean seguras. El acompañamiento se puede llevar a cabo de manera interdisciplinar, consultando con otros profesionales de referencia, como son los nutricionistas.

Bibliografía

Baldassarre, M. E., Panza, R., Farella, I., Posa, D., Capozza, M., Mauro, A. D., & Laforgia, N. (2020). Vegetarian and vegan weaning of the infant: How common and how evidence-based? A population-based survey and narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4835. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134835>

Bettinelli, M. E., Bezze, E., Morasca, L., Plevani, L., Sorrentino, G., Morniroli, D., Gianni, M. L., & Mosca, F. (2019). Knowledge of health professionals regarding vegetarian diets from pregnancy to adolescence: An observational study. *Nutrients*, 11(5), 1149. <https://doi.org/10.3390/nu11051149>

Bivi, D., Di Chio, T., Geri, F., Morganti, R., Goggi, S., Baroni, L., Mumolo, M. G., de Bortoli, N., Peroni, D. G., Marchi, S., & Bellini, M. (2021). Raising children on a vegan diet: Parents' opinion on problems in everyday life. *Nutrients*, 13(6), 1796. <https://doi.org/10.3390/nu13061796>

Carbajo Ferreira, A. J., Santana Vega, C. (2017). Dieta vegetariana. Planificación de una alimentación equilibrada y saludable. *Formación activa de atención primaria*, 10(1).

Gómez Fernández-Vegue, M. (2018). RECOMENDACIONES DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA SOBRE LA. *Aeped.es*. Recuperado el 22 de septiembre de 2023, de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf

Redecillas, S., Moráis, A., Marques, I., & Moreno-Villares, J. M. (2018). Guía de recomendaciones sobre las dietas vegetarianas en niños. *Anales de pediatría* (Barcelona, Spain: 2003). <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.09.012>

Otra bibliografía consultada:



Seguimiento a largo plazo de los supervivientes de cáncer infantil: Desafíos y Perspectivas

Dra. Paula Marcote Sinclair

Referente del Área de atención clínica del superviviente de cáncer del PCCB- HSJD

18

Uno de los grandes éxitos de la medicina moderna es el incremento notable de la tasa de supervivencia de los pacientes que padecen una enfermedad oncológica; siendo una realidad, para la mayoría de los niños y adolescentes diagnosticados de cáncer en la actualidad, llegar a la edad adulta. Esto se ha logrado tanto con el progreso en las herramientas diagnósticas, como con los actuales y multimodales regímenes de tratamientos (mejoras en los protocolos de quimioterapia, avances en la esfera de la radioterapia, terapias dirigidas e inmunoterapia, evolución en técnicas quirúrgicas, manejo de los cuidados intensivos, tratamiento de infecciones, etc..) que permiten que más del 75% de los pacientes pediátricos sobrevivan a los 10 años.

Sin embargo, este éxito presenta un nuevo conjunto de desafíos y es importante conocer que esta creciente población, es vulnerable a una variedad de aspectos bio-psico-sociales que predisponen a un exceso de morbilidad y mortalidad temprana, en comparación con sus hermanos y con la población general y que este riesgo aumenta a medida que pasan los años.

Se estima que 2/3 de los supervivientes de cáncer infantil van a desarrollar al menos una complicación relacionada con la terapia y de estas complicaciones 1/4 será grave o potencialmente mortal. Estos efectos tardíos y secuelas están relacionados con la localización y biología del tumor, la edad al debut, la carga de quimioterapia necesaria para su tratamiento, la presencia de radioterapia o trasplante.

Cualquier órgano puede estar afectado, siendo las secuelas y o efectos tardíos más frecuentes: las alteraciones endocrinas, el crecimiento y el desarrollo,

la función neurocognitiva y el rendimiento académico, el fallo gonadal y la alteración de la fertilidad, secuelas físicas, alteraciones ortopédicas o toxicidad ósea, déficits auditivos y/o visuales, enfermedad cardiovascular prematura, la posibilidad de segundas neoplasias como leucemia mieloide, cáncer de tiroides, cáncer de mama, meningiomas, etc.

El cáncer y su tratamiento también tienen consecuencias psicosociales que pueden afectar negativamente las relaciones familiares y / o de pares, dificultades en la adaptación social y académica. El compromiso del logro educativo (tanto el conocimiento formal como el práctico, obtenido de la experiencia del mundo real) se suelen ver afectados, por lo que las oportunidades vocacionales y del empleo se ven amenazadas.

Además, los supervivientes pueden experimentar grandes cambios en la imagen corporal o sufrir síntomas crónicos (por ejemplo, fatiga, dolor, alteraciones del sueño) que afectan negativamente la salud emocional y la calidad de vida.

El camino que sobrellevan los supervivientes del cáncer pediátrico puede ser difícil para muchos y el aumento del riesgo relativo de complicaciones futuras es una realidad que justifican, que el seguimiento a largo plazo se convierta en un componente crucial de su atención integral, permitiendo la detección temprana y el manejo de posibles complicaciones. Por lo tanto, los equipos de atención sanitaria necesitan adaptarse a esta situación emergente con estrategias de seguimiento holístico que consideren los diferentes aspectos que están o pueden estar afectados para optimizar la atención post-tratamiento.

Las comunidades científicas internacionales como el PanCare (Pan-European Network for Care of Survivors after Childhood and Adolescent Cancer) y el COG (Children's Oncology Group), recomiendan que todo paciente que haya finalizado su tratamiento tenga un informe de este, sumado a un plan de seguimiento individualizado construido según protocolos de vigilancia y detección temprana de complicaciones, sumado a la promoción de estilos de vida saludable, más allá de la supervisión de la salud habitual y orientación preventiva proporcionada a todos los pacientes.

En la unidad de seguimiento del Pediatric Cancer Center Barcelona del Hospital Sant Joan de Déu, se controlan anualmente más de 750 supervivientes y se subraya la importancia del seguimiento a largo plazo, destacando los desafíos médicos y psicosociales, sin reemplazar al médico de cabecera. Se trabaja a medida que crece en el empoderamiento y educación sanitaria del superviviente y su familia. Luego se realiza una estratificación según riesgos y se realiza la transición a la medicina del adulto para seguimiento, ya sea en el ambulatorio o en un hospital de tercer nivel según corresponda, con el resumen de antecedentes y la propuesta de plan de se-

guimiento como las buenas prácticas recomiendan.

Actualmente como estrategia para un seguimiento efectivo, el área de experiencia del paciente del Hospital Sant Joan de Déu, ha realizado un proyecto de mejora de la unidad asistencial y seguimiento multidisciplinario del superviviente, con un gran enfoque psicosocial siendo este el aspecto que los pacientes y las familias expresan con más necesidades desatendidas. Una clave importante en el seguimiento a largo plazo es mejorar los lazos hospitalarios con la atención primaria y así coordinar un seguimiento cercano, integral y específico acorde a los riesgos individuales del superviviente de cáncer.

Para concluir, el seguimiento a largo plazo de los supervivientes de cáncer infantil y del adolescente, es esencial para brindar una atención completa y personalizada. La implementación de estrategias multidisciplinarias, la detección temprana de complicaciones y el apoyo continuado en el ámbito emocional y social, son fundamentales para optimizar su calidad de vida. Es imperativo que la comunidad médica y la sociedad en su conjunto se involucren en el cuidado y bienestar de los supervivientes de cáncer infantil y del adolescente a lo largo de toda la vida.

19

Bibliografía

1. <https://www.pancare.eu/>
2. <https://childrensoncologygroup.org/>
3. Long-term Follow-up Care for Childhood, Adolescent, and Young Adult Cancer Survivors. Volume 148, Issue 3 AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. CLINICAL REPORT. September 2021. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-053127>.
4. Late Mortality Among 5-Year Survivors of Childhood Cancer: A Summary From the Childhood Cancer Survivor Study. Gregory T. Armstrong, MAY 2009 JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY
5. Life-Altering Consequences of Neurocognitive Impairment in Survivors of Pediatric Cancer. Melissa M. Hudson. JUN 2021. JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

Un adolescent a la consulta: la tempesta perfecta

Consulta de traspàs de pediatria a medicina de família.

Pepe Serrano Marchuet

Pediatra
Societat Catalana de Pediatria

Maria Fernández Vallejo

Infermera pediàtrica
CAP Ribes. Barcelona.

L'etapa de l'adolescència és una de les més importants en l'ésser humà. Recull diferents processos biològics que marquen el present i intervindran decisivament en el futur del desenvolupament de la seva salut i de la seva integració en la societat.

Apareixen condicionants genètics i psicològics als quals se sumen la influència de circumstàncies tant ambientals com socials. Tot això es barreja amb altres determinants que incideixen en aquesta etapa com poden ser les actituds, els valors i les conductes, tant del propi adolescent com de les persones properes al seu entorn. Aquest ampli context influeix en la construcció i en la maduració de l'adolescent, d'aquí la importància de tenir una especial cura en aquesta etapa.

Podem citar algunes de les particularitats generals dels adolescents i més específicament les centrades en els àmbits que interfereixen en la seva salut i que, per més que enumerem, sempre ens quedarem curts.

D'entre totes elles veiem rellevant enumerar les següents:

- Són, en la seva major part, coneixedors del risc, però la percepció que els pugui "passar alguna cosa a ells" és més aviat baixa.
- Desconeixen les seves necessitats de salut, tant a nivell preventiu: alimentació, vacunes... com a nivell curatiu.
- Pertanyen (i tenen la necessitat de pertànyer) a un grup d'iguals. I passen a donar més valor a les opinions d'aquests cercles que a les dels seus adults més propers: família, professors... En aquests cercles incloem les xarxes socials, que, a causa del seu nivell de maduració, els fan especialment vulnerables i influenciables. Ja que encara no tenen facilitat per contrastar allò que reben prenent, en ocasions, el que s'hi diu com a dogmes de fe.
- En el grup solen compartir, en ocasions sense tenir en compte les normes d'higiene, (habitació, coberts, menjar, gots, begudes...).
- S'inicien en les pràctiques sexuals i la majoria de les vegades la informació i formació que tenen prové dels seus iguals.
- Tot plegat provoca, entre d'altres, que siguin poc amants dels centres de salut, amb l'afegit que se senten tan poc identificats en una sala d'espera de pediatria com en una de medicina de família.
- Sumem-li a això que no existeix una especialització adequada per a aquesta franja d'edat i que, en massa ocasions, la formació reglada dels professionals és escassa en temes d'adolescència.

En l'àmbit de l'atenció primària el seguiment des del naixement i durant totes les etapes del creixement fins a l'adolescència el duen a terme un pediatre i una infermera de pediatria, la consulta de pediatria. Entre ambdós, consulta de pediatria i adolescent, es va creant un vincle que facilita l'acompanyament d'aquesta població en aquesta etapa tan important de la vida, pel coneixement dels antecedents personals, familiars i de l'entorn i per la relació que ha existit al llarg del temps. A l'edat de 15 anys (depenent de la comunitat autònoma i el sistema sanitari) aquest seguiment passa a dependre de Medicina de Família i Comunitària, amb la qual cosa es veuen truncats, de forma sobtada, aquesta relació que s'ha generat, aquesta confiança i aquest establiment de diàleg mutu, entre d'altres.

Aquesta situació hauria de posar sobre la taula solucions per seguir amb l'acompanyament i assessoria de l'adolescent.

Una d'elles és l'anomenada consulta de traspàs, en la qual s'impulsa el salt d'aquest grup de població de pediatria a medicina de l'adult de manera gradual, en un context de col·laboració entre els dos serveis, juntament amb els altres proveïdors del territori, per poder donar una atenció integral i transversal i així contribuir que assoleixi una etapa adulta més sana.

La seva implementació podria ser tan senzilla com generar una agenda conjunta un dia al mes entre ambdós serveis en la qual s'incloguin tots els adolescents que en aquest període compleixen els 15 anys (edat de pas d'un servei a un altre), i fer una valoració de tots ells i una especial revisió d'aquells casos que necessitin especial atenció o la intervenció d'altres agents de salut. El pediatre i la infermera de pediatria de l'adolescent farien aquesta visita conjuntament amb els seus nous responsables de medicina de família.

Es pot? Sí, es pot.

L'esmentat programa hauria de donar resposta als següents objectius assistencials:

- Reforçar les capacitats, competències i coneixements dels professionals que atenen els adolescents.
- Crear un espai de comunicació entre els serveis de pediatria i medicina de l'adult.
- Donar continuïtat i/o establir el vincle dels adolescents creat durant el pas per l'equip de pediatria i mantenir-lo en l'equip d'adults.
- Posar en coneixement de famílies, escoles, serveis socials i municipals el programa de traspàs.
- Mantenir l'activitat d'aquest pacient de major complexitat o de més difícil maneig, derivant-lo a atenció primària de l'adult amb un seguiment conjunt durant el primer any del traspàs.
- Establir una detecció, seguiment i disminució de conductes de risc. Promovent i reforçant la informació per part dels diferents professionals de la salut
- Promoure estils de vida saludables.
- Revisar l'estat vacunal i actualitzar-lo en cas de ser necessari.
- Recollir les necessitats dels adolescents i dels centres educatius a través de programes conjunts entre serveis sanitaris i escolars.

Enfermedad rara: Mastocitosis

Dr. Marcelo Andrade Vigo
Consultas Externas de Pediatría General HSJD
Referente clínico del Programa Vincles amb Primària

22

Definición y epidemiología:

Las mastocitosis incluyen un grupo de enfermedades que se caracterizan por presentar acúmulo y proliferación anómala de mastocitos en el cuerpo. Aproximadamente afecta a 1 cada 10.000 personas, aunque probablemente la frecuencia sea mayor debido a que algunos casos sutiles no suelen ser diagnosticados.

El inicio de la mastocitosis en los niños sigue una distribución bimodal con un pico en los primeros dos años y un segundo pico más pequeño después de los 15 años.

En los primeros años de la vida afecta más a los varones, pero después de la pubertad a las mujeres.

Historia natural:

En lactantes y niños prepuberales la enfermedad suele estar **limitada a la piel y tener una evolución benigna**. Los pacientes pediátricos en general presentan resolución de la enfermedad hacia la adolescencia.

En la mayoría de los niños afectados las lesiones se evidencian durante el primer año de vida y en algunos pacientes desde el nacimiento.

Etiología:

La mastocitosis ocurre de forma esporádica, aunque raramente se presentan casos familiares.

Se han identificado varias mutaciones del **gen KIT** en muchos niños con mastocitosis. Estas mutaciones favorecen una activación descontrolada del receptor del factor de células madres de los mastocitos. Esta activación determina que la migración, la supervivencia y la activación de mastocitos sea independiente y no dependa de la estimulación del factor de células madre.

Manifestaciones clínicas:

La mastocitosis puede ser **cutánea o sistémica**.

Cuando la mastocitosis está limitada a la piel se denomina **mastocitosis cutánea**.

Cuando la acumulación de mastocitos se produce en otros órganos además de la piel se denomina **mastocitosis sistémica**.

Se reconocen 3 tipos de mastocitosis cutánea:

1

Mastocitosis cutánea máculopapular o urticaria pigmentosa

Representa alrededor del 80% de los casos pediátricos. Las lesiones más frecuentes son máculas o pápulas ligeramente elevadas, que varían en color de amarillo tostado a marrón rojizo, aunque también pueden observarse placas y/o nódulos. Las lesiones pueden afectar todo el cuerpo incluso la cara y el cuero cabelludo.

La mastocitosis cutánea máculopapular puede presentarse con lesiones de 2 morfologías diferentes:

Lesiones polimorfas: son las más comunes en niños. Varían en forma y tamaño, algunas de varios centímetros. Los pacientes con lesiones polimórficas suelen padecer una enfermedad limitada a la piel.

Lesiones monomorfas: suelen verse luego de la pubertad y en adultos. Las lesiones son más pequeñas que la de la forma polimorfa (1 a 3 mm). Los pacientes con lesiones monomórficas tienen mayor riesgo de padecer mastocitosis sistémica, sobretodo si las lesiones aparecen o empeoran luego de la pubertad.

2

Mastocitomas

Los mastocitomas cutáneos aislados representan alrededor del 15% de los casos pediátricos. Pueden ser únicos o múltiples, hasta un máximo de 3 lesiones. En caso de presentarse un mayor número de lesiones debiera considerarse como mastocitosis máculopapular.

Suelen aparecer en los primeros meses de vida y frecuentemente están presentes al nacimiento. Tienen una coloración amarilla o naranja.

Con la fricción o el roce pueden presentar inflamación y bullas (signo de Darier) y síntomas sistémicos determinados por la liberación de mediadores químicos contenidos en los mastocitos como: flushing (enrojecimiento corporal), prurito e incluso hipotensión arterial; por lo que debiera evitarse la exposición a traumatismos.

Suelen involucionar durante la pubertad.

23

3

Mastocitosis cutánea difusa o mastocitosis eritrodérmica

Representa menos del 1% de las formas pediátricas. Suele manifestarse desde el nacimiento. Hay afectación difusa de la piel que aparenta engrosada con aspecto de **piel de naranja** (imagen 5 y 6). Los pacientes con esta forma presentan muchos síntomas sistémicos, en ocasiones severos. Puede evolucionar a mastocitosis sistémica.



Se define como **signo de Darier** a la aparición de lesiones urticarianas - incluso con bullas- unos minutos luego de friccionar, rascar o traumatizar las lesiones de mastocitosis cutánea. Se produce por la liberación de mediadores químicos. La provocación de este signo puede causar también síntomas sistémicos severos en pacientes con mastocitomas o mastocitosis cutánea difusa, por lo que esta maniobra debiera evitarse en quienes tienen este tipo de lesiones.

Algunos pacientes con mastocitosis máculo papular presentan dermografismo cutáneo en zonas aparentemente no afectadas de la piel.

SINTOMATOLOGÍA:

Si bien los pacientes con mastocitosis cutáneas pueden ser asintomáticos, en general refieren prurito y síntomas sistémicos de diversa gravedad causados por la liberación de mediadores químicos como flushing, urticaria, hipotensión, dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, sangrado digestivo, cefalea, coagulopatía y anafilaxia.

Desencadenantes de la activación de los mastocitos en pacientes con mastocitosis:

- Picaduras: heminópteros, medusas, serpientes.
- Medicaciones: antiinflamatorios no esteroideos, morfínicos y derivados, materiales de contraste iodados, antibióticos como la vancomicina, anestésicos locales y relajantes musculares utilizados en anestesia.
- Cambios bruscos de temperatura
- Baños calientes
- Ejercicio
- Fricción y traumatismos
- Procesos invasivos como cirugías o endoscopías
- Estrés
- Infecciones
- Fiebre y reacciones febriles asociadas a la vacunación.
- Erupción dentaria

Es importante que los médicos responsables de la atención de pacientes con mastocitosis tengan presente las distintas situaciones que podrían desencadenar la activación mastocitaria y que apliquen protocolos específicos como los publicados por la Red Española de Mastocitosis (REMA) ante las situaciones de riesgo.

Los pacientes con mastocitosis máculopapular y mastocitomas suelen tolerar bien las vacuna-

ciones. Los niños con mastocitosis pueden recibir las vacunas según esquema. Algunos recomiendan premedicar con antihistamínicos anti H1 y paracetamol.

En pacientes con antecedentes de reacciones asociadas a las vacunas, se recomienda administración individual de las mismas y además de la premedicación.

A diferencia de lo que generalmente se cree, son raros los síntomas desencadenados por alimentos en pacientes con mastocitosis. Estos tienen un riesgo similar a la población general de padecer reacciones alérgicas asociadas a los alimentos. No hay evidencia científica para recomendar la restricción sistemática de alimentos liberadores de histamina en todos los pacientes. Se indicará la restricción específica de alimentos en quienes presenten una probable reacción alérgica, la cual deberá ser confirmada por el especialista.

Las picaduras de insectos heminópteros (abejas, abejorros, avispas y hormigas) suelen causar reacciones menos severas en niños que en adultos.

Problemas de conducta y síntomas como irritabilidad, cambios del humor, ansiedad y depresión son más prevalentes en pacientes con mastocitosis que en la población general.

Mastocitosis sistémica:

La mastocitosis sistémica explica menos del 10% de los casos pediátricos. Es más frecuente en aquellos pacientes en cuales la enfermedad se inició o empeoró luego de la pubertad. Los pacientes con lesiones cutáneas monomorfas tienen mayor riesgo de presentar mastocitosis sistémica, aunque pacientes con lesiones polimorfas también podrían padecerla.

En general los pacientes pediátricos con mastocitosis sistémica presentan una forma indolente no agresiva, ha diferencia de los adultos.

Menos del 5% de los pacientes menores de 18 años con mastocitosis sistémica indolente evolucionarán a formas más agresivas.

El diagnóstico de mastocitosis sistémica requiere la realización de punción de médula ósea.

La misma debe ser considerada en pacientes con elevación persistente de los valores de triptasa sérica, anemia inexplicada, trombocitopenia, leucopenia o leucocitosis, elevación de enzimas hepáticas, hepatoesplenomegalia, adenomegalias inexplicadas y/o síntomas sistémicos severos.

En pacientes con elevación persistente de los valores de triptasa debe considerarse como diagnóstico diferencial la posibilidad de hipertriptasemia familiar benigna.

El tratamiento de la mastocitosis es principalmente sintomático utilizándose medicamentos antihistamínicos, antileucotrienos y esteroides. Se aconseja evitar los factores desencadenantes de la activación mastocitaria.

Es recomendable que todos los pacientes con mastocitosis tengan siempre disponible medicación para casos de emergencia. El tipo de medicación dependerá del perfil clínico de cada paciente. Las medicaciones recomendadas son antihistamínicos tipo dexclorfeniramina, los esteroides como prednisona y en aquellos pacientes que tengan el antecedente de haber presentado algún tipo de reacción anafiláctica autoinyector de adrenalina. Tanto los pacientes como sus familiares que porten un autoinyector de adrenalina deben recibir un entrenamiento adecuado acerca de su uso.

Bibliografía

- 1.- PROTOCOLOS ESPECÍFICOS PARA SITUACIONES DE RIESGO EN PACIENTES CON PATOLOGÍA MASTOCITARIA (MASTOCITOSIS Y SÍNDROMES DE ACTIVACIÓN MASTOCITARIA) Y ALFA TRIPTASEMIA HEREDITARIA, Instituto de estudios de mastocitosis de Castilla-La Mancha. Red Española de Mastocitosis (REMA). Mayo 2022.
- 2.- Dharshana Krishnaprasadh, MD, Kelly Levasseur, DO: Mastocitosis. Pediatrics in Review, Vol. 42 No. 8. August 2021
- 3.- Paller MD and Mancini MD: Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology. A Textbook of Skin Disorders of Childhood & Adolescence, 6th Edition. December 8, 2020

ATENCIÓ COMUNI TÀRIA

PROJECTE INNOVADOR SAP BAIX
LLOBREGAT CENTRE

Grup psicoeducatiu:
*“Hàbits saludables
per famílies i nens que
pateixen obesitat”*

Dra. Cynthia Crespo Mora

Pediatra Atenció Primària EAP Montclar

Carolina Alves Tafur

Dietista-nutricionista

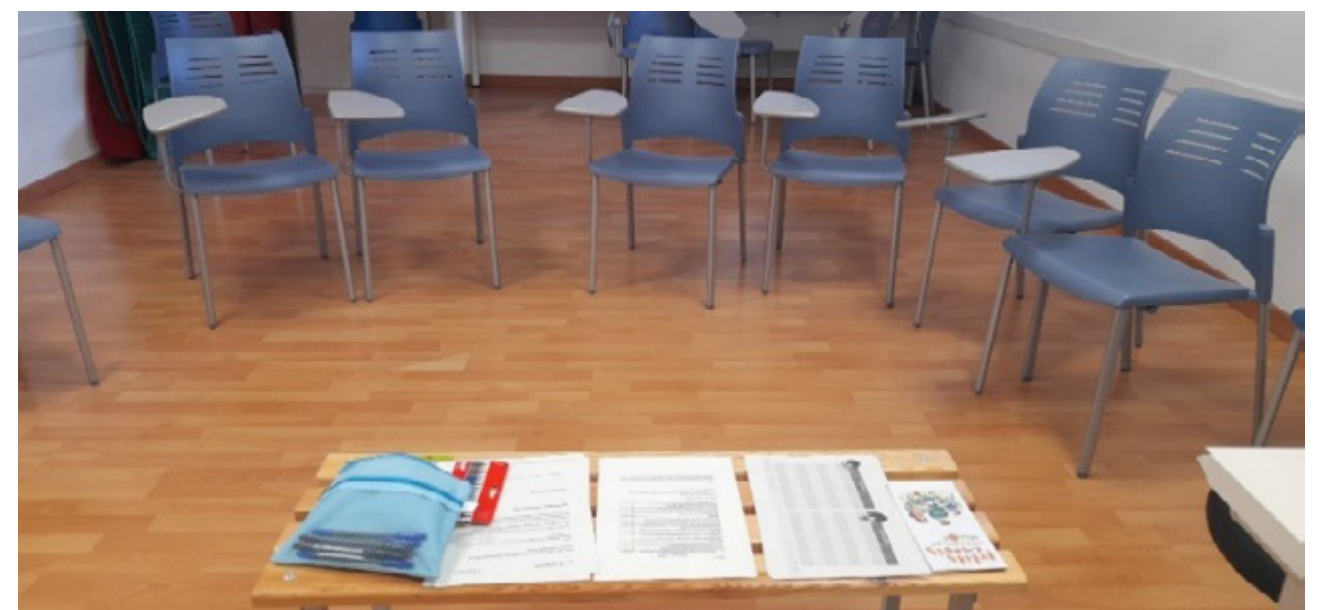
EAP Montclar i EAP Camps Blancs

L'increment de l'obesitat infantil es un fet des de fa anys al nostre territori. Es per això que moltes activitats s'encaminen a la millora i la prevenció d'estats greus de obesitat, però quasi ve sempre van dirigides a la població adulta.

Durant el curs 2022-2023 es va iniciar un projecte liderat per la Nutricionista de l'Equip de EAP Montclar, Carolina Alves Tafur amb el suport de l'Equip de Pediatria del mateix centre. El projecte va ser una prova pilot per tal de extrapolar-lo posteriorment a altres centre del territori, i perquè no, a tot el territori. En aquest cas s'ha realitzat un grup psicoeducatiu per treballar amb les criatures que pateixen sobrepes i obesitat i amb les seves famílies per millorar la implicació i l'assoliment dels hàbits a tota la família. El nostre primer grup s'ha ofert a les famílies de 8 nens del CAP Montclar.

Per tots es sabut que la obesitat i la dificultat en l'adquisició d'hàbits de vida saludables es un problema social general que cal abordar des de la infantesa. Es per això que hi ha altres projectes com InfadiMed, que ja s'estan realitzant directament amb infants a les escoles. Es va detectar, però que hi ha un grup pediàtric fora de la influència de InfadiMed, de inclús preadolescents i adolescents que no tenen aquests hàbits i que, alguns d'ells, aviat esdevindran adults amb potencials problemes relacionats amb la falta de prevenció alimentària. Per aquesta raó principal es va decidir crear aquest projecte que es va presentar a la SAP Baix Llobregat Centre (BLLC) i es va implementar de forma prioritària al EAP Montclar.

Conjuntament amb l'equip de nutricionistes, han intervingut, l'equip de fisioteràpia y treball social per incidir en l'activitat física i l'ús de pantalles.



S’ha estat realitzant durant tot un trimestre i les característiques a les que volia respondre son les següents:

Objectiu Principal:

- Aportar informació i millorar els coneixements sobre alimentació saludable per prevenir malalties cròniques.

Objectius secundaris

- Millorar la ingesta alimentaria de grups d'aliments com fruites i verdures per assolir un patró dietètic mediterrani.
- Establir dinàmiques familiars per millorar els hàbits alimentaris de tota la família.

Població: Infants amb diagnòstic de sobrepès o obesitat (P>95) que han rebut indicacions per part del seu equip de atenció primària, INF + PED i que estan interessats en millorar els coneixements sobre alimentació.

Edat: 6-9 anys

Participants: Els nens son els titulars del grup però la informació i els tallers es realitzen per a tots els membres de la família.

Durada: 8 sessions. Realitzades al CAP Montclar. Abril-Juny 2023

Procediment: Es va desenvolupar entre els mesos de Abril i Juny en 8 sessions, de les quals 7 eren de temàtica de alimentació i canvis d’hàbits alimentaris i una impartida por la RBEC i els Fisioterapeutes del Centre.

Els diferents temes de les sessions s’han elaborat per l’equip de nutricionistes de BLLC, i en totes les sessions s’explicava una part teòrica i finalment es feia una pràctica entre tots els assistents; entre d’altres es tractaven els grups d'aliments, com estructurar un menú saludable, com realitzar esmorzars, berenars saludables sense productes processats...

Els assistents eren totes les persones implicades en la alimentació de les criatures, per això van venir els dos progenitors, germans, i en algunes sessions també els avis. La interacció grupal ha estat molt enriquidora i així ens hem anat assegurant que la informació arriba a totes les persones implicades en el procés de la adquisició d’hàbits saludables . La RBEC i els Fisioterapeutes a més a més van fer reforç del temes que es tracten normalment a les consultes i seguiments pediàtrics, activitat física, temps d’oci i pantalles. Totes aquestes activitats “secundaries” respecte el tema alimentari, van estar molt ben rebudes pels membres del grup.

La participació del grup ha estat molt enriquidora i es preveu realitzar una edició anual.

Els resultats s’estan avaluant amb Mesures de pes i talla, conjuntament amb el Qüestionari KID MED de dieta mediterrània.Per a completar la informació

i fer d’aquest article un document mes enriquidor, vaig fer unes breus preguntes a la Carolina, la nostra nutricionista i directora del projecte:

Quina es la seva opinió personal com a professional del feedback amb les pacients i les famílies?

“Com a experiència personal, ha estat molt enriquidora a part de divertida ja que els nens han aportat moltes idees interessants. La implicació de les famílies ha estat crucial i crec que en aquest tipus d’activitat es generen millors relacions. També serveix per que les famílies vegin les capacitats d’adaptació mitjançant el joc i la diversió que poden tenir amb els seus fills”

Què ha passat durant aquests tres mesos, quines coses son interessants per explicar a futurs professionals que vulguin desenvolupar una activitat similar?

“En una de les dinàmiques, es preguntava quins eren els plats preferits dels pares i els pares havien d’escriure quin eren els plats preferits dels seus fills. En algun cas es van sorprendre de les respostes del seus fills.. Els hi agradaven coses que no sabien! Una altra de les dinàmiques sorprenents va ser una relaxació guiada per la RBEC. Els progenitors es van sorprendre de la capacitat de les nenes i els nens per mantenir-se ben quiets i seguint totes les indicacions”.

Algunes de es frases amb la que et vols quedar:

Els nens (6-8 anys) deien que servia per anar a classe amb els seus pares i aprendre junts:

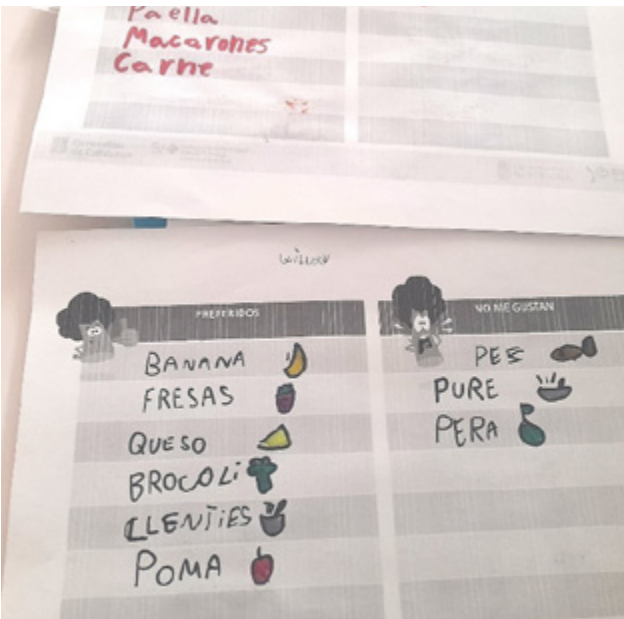
“Cuinem junts i està tot mes bó”.

“Negociar el menú es millor que menjar sempre el que volen els pares”.

“ Ara jo controlo als meus pares”.

En resum, ha estat una activitat engrescadora i on hem pogut detectar les necessitats de la majoria de les famílies independentment de les seves característiques intrínseques. El ritme de vida que portem els adults es difícilment compatible amb la educació y la prevenció en hàbits alimentaris saludables, i aquests tipus de intervencions ajuden a les famílies i perquè no, també als professionals a prendre consciencia de la importància de rebre informació i rebre la be sobre com ens alimentem i quines coses podem millorar.

Esperem en un futur pròxim poder presentar els resultats amb dades objectives, així com poder realitzar noves edicions de aquest taller i que altres centres també puguin realitzar-lo.



PROGRAMA HENKA:

Benestar emocional a les escoles, als alumnes i les famílies

El 16% dels joves declara haver patit problemes de salut mental



Sant Joan de Déu i Zurich España, en col·laboració amb Z Zurich Foundation, presenten Henka, un programa centrat en la prevenció i la promoció de la salut mental dels adolescents

Barcelona, 9 de maig de 2023.- Sant Joan de Déu i Zurich España, a través de la Z Zurich Foundation, han presentat avui el programa Henka: Creixent en benestar emocional, un projecte inclusiu i universal que es dirigeix a tota la comunitat educativa i que posa al centre els adolescents. Es tracta d'una iniciativa que centrarà les seves actuacions en la prevenció i la promoció del benestar emocional en joves d'entre 12 i 16 anys. A més, promourà la sensibilització social perquè la salut mental dels joves sigui una prioritat a l'entorn educatiu. Les actuacions previstes en aquest programa arribaran a Catalunya, la Comunitat de Madrid i altres zones d'Espanya. La durada serà superior als tres anys.

A Catalunya, el programa compta amb el suport de les conselleries d'Educació i de Salut i està alineat amb les estratègies del Pla Director de Salut Mental i Addiccions per impulsar la promoció i la prevenció de la salut mental en la població infantil i juvenil.

L'objectiu de Henka, paraula japonesa que significa "transformació", és que els joves afrontin de manera saludable les adversitats, amb eines que promoguin el desenvolupament de les capacitats de resiliència, com a factor protector. D'aquesta manera, es redueix tant el risc de patir un trastorn de salut mental com l'impacte negatiu de molts problemes que afecten negativament el benestar dels adolescents.

Els responsables del programa Henka esperen que impacti positivament sobre més de mig milió de persones, sobretot alumnes, però també sobre famílies, mestres i altres col·lectius que contribueixin a que la salut mental dels adolescents sigui una prioritat en els entorns educatius. Unes 450 escoles estaran implicades en aquesta iniciativa, més de 70 de les quals són escoles d'entorns vulnerables.

El programa pretén ser una aproximació holística a les escoles d'educació secundària començant pels infants de 12 anys, ja que es considera que és un període evolutiu caracteritzat per una gran neuroplasticitat i en què l'adolescent té molta capacitat per aprendre, fet que és clau per treballar en prevenció. Els seus familiars, mestres i altres agents de socialització rebran formació en promoció i desenvolupament d'habilitats de resiliència dels especialistes de Sant Joan de Déu per tal de que puguin implementar el programa de manera autònoma en el context educatiu.

Un cop implementades les activitats d'adquisició d'aquestes habilitats (tallers d'aprenentatge socioemocional, aprenentatge d'estratègies d'afrontament, etc.), els adolescents i els cuidadors seran apoderats per valorar la seva experiència i, en base a aquesta, i en el seu context particular, lliuraran les eines i recomanacions per desenvolupar un pla d'acció que permeti incorporar els aprenentatges a la cultura dels centres, perquè el benestar emocional es converteixi en un més dels eixos principals del seu projecte educatiu.

Aquest nou projecte suposa un avenç en els programes socials de Zurich Espanya, amb el suport de la Z Zurich Foundation, orientats a donar suport a aquelles comunitats de joves amb entorns vulnerables per fomentar l'equitat social i la diversitat en el futur dels adolescents.

"En la nostra acció social, prioritzem els col·lectius vulnerables especialment joves i dones i cuidem el planeta, i per això hem de ser exemple de com-

promís i convertir-nos en activistes. Això significa passar a l'acció, fer projectes que millorin la vida de les persones, que creïn un món més just i treballar per un futur sostenible" afirma Cristina Gomis, directora de RSC de Zurich España. "Realitzar aquest projecte de la mà de Sant Joan de Déu ens dona la confiança i l'experiència d'un equip que treballa per i per als joves".

Per la seva banda, pel responsable del Programa de Millora del Benestar Mental de la Z Zurich Foundation, Sofyen Khalfaoui, "l'ambició del programa Henka no té precedents a Espanya i creiem fermament que tindrà un impacte positiu i durador en el jovent, així com en la resta de la societat: el seu enfocament comunitari i innovador pot canviar, de manera sostenible, la manera com els adolescents i el seu entorn educatiu parlen sobre el benestar emocional, gestionen eficaçment l'estrès i els permeten assolir el seu ple potencial."

Impacte en la societat i ciutadania

Per tal de que la iniciativa suposi una transformació en la manera com s'aborda el malestar emocional i els problemes de salut mental dels adolescents i joves a nivell de tota la comunitat, el projecte inclourà l'organització d'espais de reflexió, debat i intercanvi de coneixement en què participaran representants de l'administració pública, especialistes en desenvolupament i salut mental infantojuvenil, pedagogia i educació emocional, joves, agents socials i ciutadans en general. Seran biennals i la primera se celebrarà a Barcelona el 2024 i la segona, a Madrid el 2026.

Amb aquest mateix objectiu es duran a terme campanyes de sensibilització basades en la sèrie documental #JoHoCanvioTot, i es potenciarà la plataforma SOM Salut Mental 360, un projecte que es va engegar fa tres anys i que ja és un referent en salut mental a Espanya i Amèrica Llatina, amb més de 40.000 visites mensuals.

16% de joves amb trastorns de salut mental

El 15,9% de la població jove va declarar el 2021 haver patit algun trastorn de salut mental, xifra que s'ha incrementat significativament en quatre anys, ja que el 2017 representava un 6,25 aquest col·lectiu, segons xifres del Baròmetre Juvenil sobre Salut i Benestar. Les dades de l'Enquesta Nacional de Salut de 2017 ja mostraven que el percentatge de població d'entre 4 i 14 anys en risc de tenir una mala salut mental era del 13,2%, i les comunitats autònomes d'Andalusia, Castella i Lleó i Catalunya eren les que presentaven els percentatges més elevats, amb un 15%.

La probabilitat de patir un problema de salut mental en aquesta població ha mostrat una tendència creixent en els darrers anys i s'ha accentuat amb les conseqüències de la pandèmia de la COVID-19.

En el context de la salut mental, els problemes que impacten en el benestar emocional dels adolescents són de diferents tipus. D'una banda, hi ha els trastorns mentals, com els trastorns de l'espectre autista, els trastorns psicòtics, el TDAH, o els trastorns de la conducta alimentària, gran part dels quals (75%) s'inicien en la infància i primera joventut.

Per la seva part, el malestar psicològic es distribueix en un ampli ventall de gravetat, i no tot són trastorns mentals. De fet, gran part de l'increment de la demanda actual d'assistència i ajuda prové del malestar associat a problemes emergents que impacten negativament sobre la salut mental dels adolescents. Aquests són, entre d'altres, el consum abusiu de pantalles, l'assetjament i les relacions interpersonals abusives, la violència filiofamiliar, i la generalització en la població general de conductes anteriorment restringides a l'àmbit clínic, com són la conducta autolesiva no suïcida.

Segons Anna Sintes Estévez, psicòloga clínica de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona i directora del programa Henka, "davant d'aquesta situació, cal desenvolupar estratègies de promoció de la salut mental i de prevenció dels trastorns en diferents

contextos i nivells, segons el grau de malestar". A més, afirma que "emfatitzant la promoció dels factors protectors i la detecció precoç del risc es pot millorar la salut mental de tots els adolescents, sense introduir en l'àmbit natural de socialització intervencions especialitzades i orientades a poblacions específiques".

D'altra banda, segons la seva opinió, les intervencions han d'estar centrades en la persona i en el seu procés de desenvolupament cognitiu, emocional i social, posant èmfasi en l'autonomia, la participació i la responsabilitat dels adolescents i les seves famílies.

La resiliència com a constructe

Els especialistes en desenvolupament infantil i juvenil han identificat la resiliència com un constructe, amb validesa científica i que engloba tota una sèrie d'eines personals (capacitats socioemocionals i cognitives) que determinen el nivell de vulnerabilitat personal davant de les dificultats i esdeveniments vitals que generen desequilibri i malestar.

Actualment, tots els programes a nivell internacional dirigits a la promoció de la salut mental en infants i joves es basen en el concepte de resiliència, com a eix vertebrador, per millorar les relacions socials, el rendiment acadèmic, la participació i la integració social.

En definitiva, una resiliència més gran es relaciona amb una menor vulnerabilitat psicològica i, per tant, amb una actitud més saludable i perspectiva més equilibrada.

Un projecte inclusiu i universal

El projecte impulsat per Sant Joan de Déu i la Z Zurich Foundation és inclusiu i universal, s'adreça a tota la comunitat educativa i posa en el centre els adolescents en general. No exclou cap jove, ja que promou el desenvolupament d'habilitats socioemocionals generals que milloren la capacitat d'afrontament de tots els adolescents, independentment de l'estat actual de la salut mental. La família és important perquè és l'entorn on es desenvolupa

l'infant i també ho és la comunitat educativa. El programa s'ha co-creat amb mestres i altres professionals del món educatiu i té una cura especial de les escoles d'entorns vulnerables, on s'implementarà amb recursos addicionals.

Els responsables d'Henka parteixen de la revisió sistemàtica, exhaustiva i crítica dels programes sobre l'impuls de la resiliència que ja s'han aplicat i validat amb èxit a altres països. D'aquesta manera, s'han seleccionat components dels que han mostrat més eficàcia i aplicabilitat en el nostre context cultural.

El programa de capacitació, acompanyament i transferència posterior contempla intervencions tipus tallers o dinàmiques de grup, per ser dutes a terme a les aules, i amb les famílies, però també es preveu sortir a contextos lúdics i de socialització en general, mitjançant la incorporació de recursos per a la integració, sensibilització i impacte social.

Per què Sant Joan de Déu?

L'Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu té una llarga experiència i una àmplia xarxa de centres d'atenció a la salut mental, tant d'infants i joves com d'adults, que donen servei a través de dispositius a tot Espanya.

Pel que fa a l'àmbit infantil i juvenil, Sant Joan de Déu compta amb dispositius a Catalunya (Esplugues de Llobregat i Terres de Lleida), el País Basc i Madrid.

A Catalunya, aquesta xarxa infantojuvenil compta amb diversos centres, dispositius i programes d'atenció i tractament de nens i adolescents amb trastorn mental, i també desenvolupa actuacions per atendre altres situacions i problemes que poden impactar negativament al benestar emocional, com ara el programa d'atenció en adopcions, la premaritatut o l'atenció emocional a l'infant hospitalitzat,

entre d'altres.

D'altra banda, Sant Joan de Déu desenvolupa diversos programes per lluitar contra l'estigma mitjançant iniciatives que contribueixen a sensibilitzar sobre la salut mental i afavoreix la integració de persones amb trastorn mental mitjançant el foment de l'ocupació i la recuperació del projecte de vida.

Per què Z Zurich Foundation?

A la Z Zurich Foundation creiem en un món on els joves tinguin les eines i els recursos necessaris per millorar el seu benestar mental. A través dels diversos projectes que donem suport, pretenem crear un moviment de benestar mental que ajudi els joves a veure els seus sentiments tal com són perquè puguin evitar que l'estrès es converteixi en ansietat.

La Z Zurich Foundation treballa juntament amb els empleats de Grupo de Seguros Zurich, les empreses i les ONG en la recerca d'un futur en què les persones puguin prosperar davant dels creixents riscos climàtics, en què aquells que sentim les tensions de la vida estiguem capacitats per parlar, i en què les persones vulnerables de la nostra societat puguin assolir tot el seu potencial.

La Z Zurich Foundation és una fundació benèfica amb seu a Zurich establerta per Zurich Insurance Company Ltd i Zurich Life Insurance Company Ltd d'acord amb la legislació suïssa. És el principal vehicle mitjançant el qual el Zurich duu a terme la seva estratègia global d'inversió a la comunitat.

NOU A VINCLÉS

34

Prevención del Déficit de Vitamina K en el recién nacido

Dra. Elisa Iaura Gonzalez Forster

Facultativo especialista hematología HSJD

El déficit de vitamina K al nacimiento supone un **factor de riesgo de desarrollar la enfermedad hemorrágica del recién nacido (EHRN)**. Puede presentarse de tres formas distintas: **precoz** (<24 horas de vida), **clásica** (1ª semana de vida) y **tardía** (2ª a 12ª semana de vida). Los niveles disminuidos de esta vitamina generan una actividad inadecuada de ciertos factores de la coagulación, **incrementando el riesgo de sangrado en diversos órganos, principalmente a nivel cutáneo, gastrointestinal y cerebral**. Se puede prevenir con la administración de vitamina K en las primeras horas de vida.

En los últimos años se ha documentado un **aumento en el número de progenitores que rechazan la administración de vitamina K al nacimiento por diversas razones**. Considerando que **la hemorragia intracraneal es el sangrado más frecuente en**

los casos de EHRN tardía y que genera altas tasa de mortalidad y morbilidad, el **rechazo parental a la profilaxis con vitamina K se considera un problema grave de salud pública en la actualidad**.

Consideramos **relevante realizar una correcta educación a las familias** con respecto a los riesgos que puede suponer no administrar la vitamina K al nacimiento y por el contrario desmitificar los riesgos que pueda suponer su administración. Además, como profesionales de la pediatría debemos aprender a reconocer esta entidad y poder ofrecer el mejor tratamiento una vez que se haya instaurado la EHRN.

Con el fin de cumplir estos objetivos hemos elaborado un documento informativo para las familias que rechacen la profilaxis con vitamina K o presenten dudas al respecto.

35

MALALTIA HEMORRÀGICA DEL RECENT NASCUT

Informació per a pacients i famílies

Consulta més informació a:

<https://faros.hsjdcbn.org>
<https://www.sjdhospitalbarcelona.org>

Servei d'Hematologia
Escola de Salut SJD



FOR MACIÓ I RECER CA

36

DESCUBRE TODA
LA OFERTA FORMATIVA
PEDIÁTRICA Y OBSTÉTRICA
DE ALTA ESPECIALIZACIÓN
Y APRENDE CON LOS
PROFESIONALES DEL HOSPITAL

<https://formacion.sjdhospitalbarcelona.org/>

37

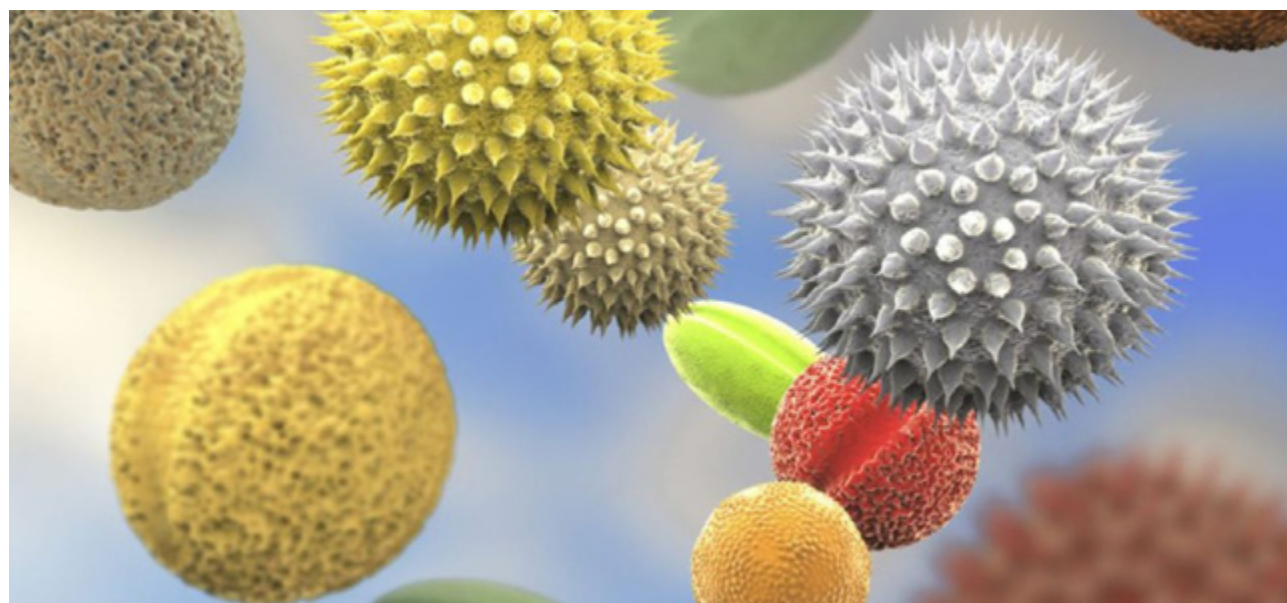


**Protocolització i actualització en
pediatria d'atenció primària de salut**

29/11/2023 - 12/06/2024

Una oportunitat única per millorar la teva
formació, la teva xarxa de contactes i la
teva satisfacció professional.

bit.ly/atencio-primaria-sjd



Avances en alergia e inmunología clínica

29/02/2024 - 01/03/2024

Actualízate en el tratamiento de pacientes con alergia respiratoria y alimentaria en base a la inmunoterapia.

<https://bit.ly/avances-alergia-24>

+ Taller de inmunoterapia a alérgenos ambientales para profesionales de Atención Primaria

<https://bit.ly/taller-inmunoterapia-alergenos>



Actualización en diagnóstico y tratamiento en endocrinología pediátrica

14/03/2024

Ponte al día en las patologías endocrinas más frecuentes y revisa las pautas de actuación en Atención Primaria.

<https://bit.ly/endocrinologia-pediatrica-sjd>



Per què l'especialitat de Pediatria sembla cada vegada menys interessant?

Dra. Elba Clots Figueras
Pediatria de l'EAPT Garraf

Dra. Anna Gatell Carbó
Pediatria de l'EAPT Garraf

Els últims anys hem pogut observar que l'elecció de l'última plaça de Pediatria i les seves àrees específiques durant el procediment d'elecció dels MIR cada vegada es realitza amb números més elevats.

Aquest fet ens porta a reflexionar el perquè la Pediatria, que és una de les especialitats més satisfactòries i completes de la medicina, ja no està entre les primeres opcions a triar pels futurs residents.

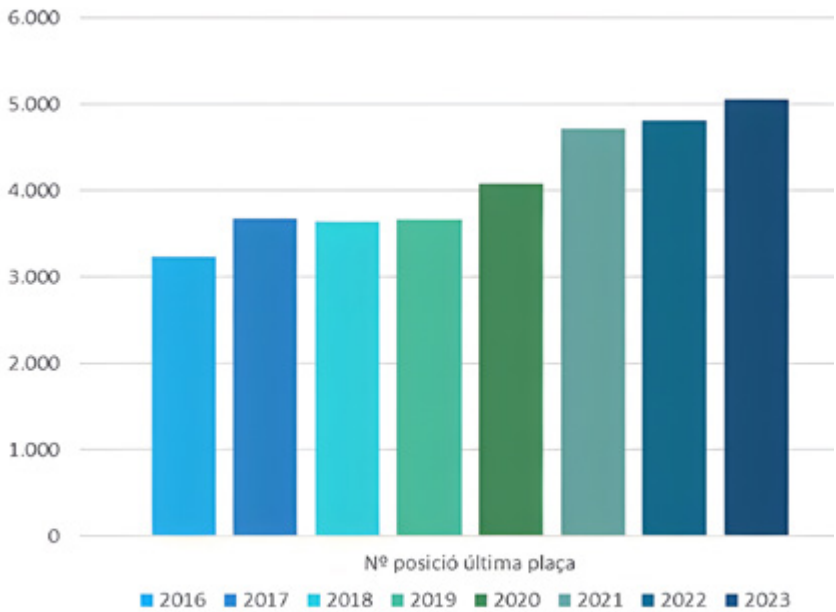
La Pediatria estudia l'infant en la seva totalitat. És una especialitat vertical, total i completa de l'edat evolutiva de la vida d'un ésser en permanent canvi en interdependència amb el medi on es desenvolupa

(familiar, escolar i social) Té unes peculiaritats biològiques, mèdiques i socials que la diferencien de les especialitats mèdiques "transversals". Són precisament aquestes peculiaritats les que obliguen a una formació diferenciada i específica. L'objectiu final se centra per tant a preparar pediatres generals competents per a una bona atenció de l'infant i l'adolescent.

En els darrers anys no han augmentat de forma significativa el nombre de places disponibles pels MIR a Catalunya d'aquesta especialitat. L'any 2016 hi havia 62 places i l'any 2023 n'hi ha hagut 77.

Històric de l'última posició en què s'ha escollit plaça de Pediatria a Catalunya de l'any 2016 al 2023.

2016	3242
2017	3684
2018	3645
2019	3667
2020	4089
2021	4720
2022	4812
2023	5064



Pels que ens dediquem i estimem la nostra especialitat aquest fet genera molta preocupació. El problema és doble, ja que les places de formació MIR de Pediatria augmenten de forma molt lenta i es calcula que d'aquí a deu anys seran insuficients per a poder cobrir el relleu generacional en el primer nivell assistencial i si a això li sumem la tendència a la baixa dels adeptes a la nostra especialitat, no podem predir un futur massa esperançador.

Cal fer una profunda reflexió del per què cada vegada costa més que els residents de medicina estiguin disposats a formar-se en l'especialitat de Pediatria. Segurament es deu a molts factors comuns a altres especialitats mèdiques (horaris, sou, conciliació, guàrdies, condicions laborals, prestigi, etc.), però per altra banda també som nosaltres que hauríem de saber projectar què implica ser pediatra no només en l'àmbit hospitalari i de les subespecialitats si no també en altres àmbits com és el de l'atenció primària i comunitària.

La Pediatria d'atenció primària és la que es veu més perjudicada, amb més d'un 30% de places sense cobrir per metges amb el títol d'especialista; ocupades per metges de Medicina Familiar i comunitària i d'altres sense cobrir. A part, les zones més allunyades de les àrees metropolitanes són les que es veuen més afectades per aquesta problemàtica, el que suposa una manca d'equitat en l'àmbit assistencial que no hauríem de permetre. El fet que durant la residència de Pediatria no hi hagi una formació més completa en atenció primària fa que sigui una part de l'especialitat desconeguda pels que acaben el MIR, provocant que es quedin en els hospitals fent guàrdies i algun màster de subespecialitat. Aquesta situació poc regulada i poc dissenyada des d'un punt de vista estratègic provoca que hi hagi un excedent de subespecialitats i una manca de pediatres d'atenció primària. S'ha de potenciar la Pediatria de primària durant la residència, ampliant l'estada formativa dels residents i amb tutors implicats en aquesta vessant de la Pediatria.

El Model d'Equip Territorial de Pediatria, cada vegada més present i desplegat arreu del territori és una

gran oportunitat per a millorar la Pediatria d'atenció primària, ja que permet la gestió i direcció amb visió pediàtrica (fugint del model adultcentrista) També permet la millora en la formació continuada dels professionals que hi treballen, la participació en activitats de recerca, la millor atenció comunitària en diferents àmbits com a les escoles i també permet exercir especialitats pediàtriques en les consultes. Amb la recent incorporació d'alguns tests de diagnòstic ràpid i alguna eina diagnòstica (dermatoscop, bilirrubinòmetre, autorefractòmetre, timpanòmetre, ecografia, etc.) cada vegada el pediatra que treballa a primària pot ser més resolutiu. Així doncs, el model d'equip pediàtric territorial que s'està impulsant de nou des del Departament de Salut ha de fer més atractiva la participació dels pediatres en el primer nivell assistencial i oferirà una atenció sanitària als infants, adolescents i a les seves famílies més equitativa, justa i de qualitat.

Per altra banda també cal promoure l'elecció de l'especialitat de Pediatria per part dels MIR ja des de la universitat i els períodes de formació. Cal buscar maneres per fer que els metges que han de decidir el seu futur coneguin la Pediatria en totes les seves vessants i els generi interès. Potser seria productiu pensar en noves estratègies de promoció mitjançant les xarxes, tot augmentant la nostra presència en les diferents plataformes.

Aquest article vol fer una revisió de les dades i servir per a poder iniciar un procés de reflexió perquè els metges que han de triar una especialitat pensin més en la Pediatria. És una especialitat amb un abordatge biopsicosocial i que es pot exercir amb molts àmbits diferents que tracta no només a l'infant i adolescent, sinó a les seves famílies i entorn. La coordinació, la recerca conjunta, la formació continuada i el treball interdisciplinari entre la Pediatria d'atenció primària i la Pediatria hospitalària és un dels pilars per fer créixer la Pediatria com a especialitat, per això continuarem treballant en aquesta direcció.

La millor manera de promocionar la nostra especialitat és amb orgull i estima.

CAS CLÍNIC:

Febre i dolor abdominal

Dra. Elba Clots Figueras
Pediatra de l'EAPT Garraf

Dra. Cinta Valldepérez
Pediatra de l'EAPT Garraf

Introducció:

Nen de 5 anys que va ser visitat a urgències, derivat d'Hospital Comarcal de zona, per febre i dolor abdominal de 4 dies d'evolució. Explicaven dolor abdominal de tipus còlic de predomini a flanc dret que havia anat en augment, associant febre fins a 39°C i vòmits alimentaris esporàdics. No presentava alteracions del ritme deposicional.

42 A urgències d'Hospital Comarcal, davant la sospita d'abdomen agut, van realitzar analítica sanguínia on destacava leucocitosi (31.000 leucòcits) i augment dels reactants de fase aguda (PCR 73 mg/L). Van realitzar sediment d'orina que va resultar normal i ecografia abdominal on s'objectivà important distensió de nanses sense poder visualitzar l'apèndix. Es va derivar a Urgències d'Hospital Sant Joan de Déu per a revaloració.

Va ser valorat conjuntament amb Cirurgia pediàtrica i havent passat unes hores es va repetir ecografia abdominal on es visualitzaven nanses intestinals sense engruiximents murals significatius i on es podia visualitzar apèndix cecal d'aspecte normal, sense líquid lliure; va ser donat d'alta explicant els signes d'alarma per a tornar a consultar.

Consulten a les 48h per persistència de dolor a flanc dret i febre. Sense altra simptomatologia associada excepte una deposició líquida.

Antecedents personals:

Vacunes sistemàtiques al dia. Faringitis de repetició amb sospita de síndrome PFAPA. Ingress previ per amigdalitis amb adenitis acompanyant amb mala resposta a antibioteràpia oral.

Exploració física:

Tª 36'8°C, Pes 19Kg

TEP estable. Bon estat general. Bona coloració. Bona hidratació de pell i mucoses. No exantemes ni petèquies. No expressió de dolor en el moment de la visita. Auscultació cardíaca: No buf, tons rítmics. Bona perfusió perifèrica. Temps de recapiHarització menor a 2 segons. Auscultació pulmonar: Sense signes de dificultat respiratòria. Bona entrada d'aire bilateral, no sorolls afegits. Entrada d'aire simètrica. Exploració abdominal: Abdomen tou i depressible, dolorós a la palpació en fossa ilíaca i flanc dret. Signe de Blumberg negatiu. Rovsing positiu. Ambdós testicles a bossa, no dolorosos a la palpació. Canals engonals lliures, no dolorosos, no hèrnia palpable. Exploració orofaríngia: congestiva. No hipertròfia amigdalar ni exsudats. Sense asimetries ni bombaments. Úvula centrada. No torticollis. Otoscòpia normal bilateral. Mastoides bilaterals normals. Exploració neurològica normal.

Exploracions complementàries a l'ingrés:

- Analítica de sang: hemoglobina 12.1 g/dl, hto 35 %, plaquetes 259.000/mm3, leucòcits 19.000/mm3 (N 15.000, L 2.900) Coagulació: TP 12 seg, TTPA 25 seg, INR 1.04, Fibrinògen 8'6 g/L. Na 135 mmol/L, clorur 120 mmol/L, calci iònic 1.13 mmol/l, urea 19 mg/dl, creatinina 0.41 mg/dl, AST 48 UI/L, ALT 22 UI/L. PCR 246.7 mg/L, PCT 3.08 ng/ml.
- Sediment urinari: 0 hematies /camp, 1 leucòcit/ camp, 0 cèl.lules descamació/ camp, no microorganismes al Gram.
- Hemocultiu i urinocultiu en curs
- Virus respiratoris negatius

Evolució i maneig del cas:

Va ingressar a planta de Pediatria per persistència de la clínica amb empitjorament dels reactants de fase aguda. Es va realitzar nova ecografia abdominal que objectivava imatge suggestiva de pielonefritis vs abscess renal dret. Davant la sospita de nefritis aguda amb possible abscess i sediment d'orina negatiu es va decidir iniciar tractament amb ceftriaxona ev.

Es realitzà una Tomografia Computeritzada (TC) abdominal que mostrava un focus hipovascularitzat a pol superior del ronyó dret, de 44 X 32 mm, mal delimitat, amb múltiples imatges ben delimitades hipodenses, en relació a focus de nefritis i múltiples microabcessos al seu interior.

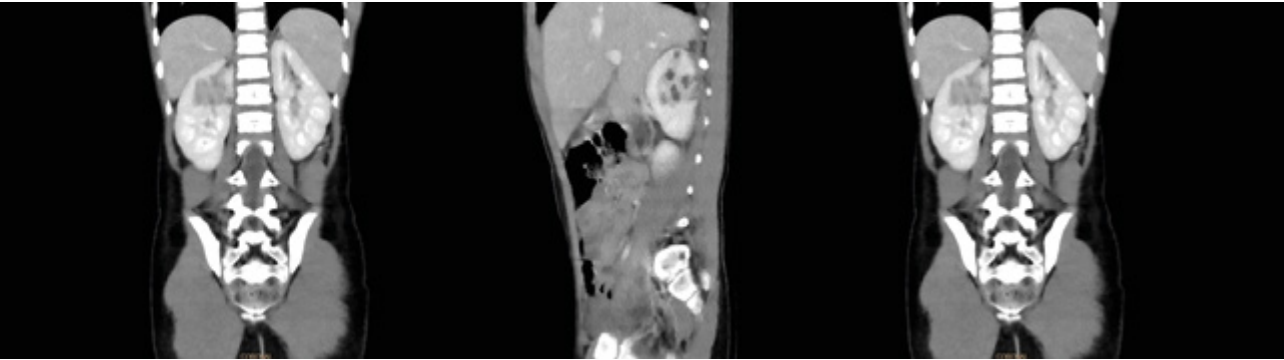
Va ser valorat conjuntament amb els serveis de

Nefrologia, Cirurgia i Infectologia. Durant l'ingrés va presentar bon curs clínic, quedant sense febre les primeres 24h de tractament i amb millora progressiva del dolor.

Les analítiques de control mostraven millora dels paràmetres infecciosos i inflamatoris. El resultat de l'hemocultiu i de l'urinocultiu van resultar negatius.

Va realitzar 10 dies de tractament ev i posteriorment va seguir tractament oral amb ciprofloxacino; amb ecografia renal que mostrava disminució de les alteracions.

Es va decidir l'alta a domicili per a continuar antibioteràpia oral fins a completar 3 setmanes de tractament antibiòtic. Es van programar controls posteriors a consultes externes de Nefrologia i Infectologia.



Imatges de la TC: nefritis a pol superior de ronyó dret. Associa formació de microabcessos al seu interior

Diagnòstic:

Nefritis a pol superior de ronyó dret amb formació de microabscessos al seu interior

Discussió:

La nefritis focal aguda (NFA) és una infecció bacteriana que afecta al parènquima renal, involucrant un o més lòbuls. És considerada una entitat que es troba entre la pielonefritis aguda (PNA) i l'abscess renal, dins l'espectre d'infeccions del tracte urinari. És una patologia infreqüent en l'edat pediàtrica.

La via d'infecció habitual és ascendent a través del tracte urinari produïda principalment per *Escherichia coli*, sobretot si hi ha reflux vesico-uretral (RVU). El RVU s'associa en el 40% dels casos. També s'han descrit casos d'infecció per via hematògena per *Staphylococcus aureus*, menys freqüents.

Histològicament la PNA es presenta amb edema i infiltració leucocitària difusa, en canvi, la NFA es caracteritza per una inflamació de major intensitat de forma localitzada. Si aquest procés es dona en diverses àrees del ronyó simultàniament, es denomina Nefritis Aguda Multifocal.

La clínica és similar a la PNA, amb dolor lumbar, febre i deteriorament clínic progressiu. Té més risc de produir complicacions i cicatrius renals, pel que és important tenir present aquesta entitat i diferenciar-la de la PNA. La sospita de NFA apareix en el context d'una suposada PNA amb presentació atípica, evolució perllongada o desfavorable.

En algunes ocasions les analítiques d'orina i els urinocultius són normals, fet que dificulta més la seva detecció. Es pot trobar en els casos en que la NFA és adquirida via hematògena, hi ha pocs casos descrits en la literatura. En el nostre cas clínic el sediment d'orina i l'urinocultiu van resultar negatius, ens fa pensar en la via hematògena com a probable origen.

El seu diagnòstic és radiològic. En la fase aguda és de gran utilitat l'ecografia ja que és una prova senzilla i sense risc associat a irradiació, també és útil pel seguiment i evolució de la malaltia. La TC és la prova més sensible i específica pel diagnòstic, però es reserva pels casos en que l'ecografia és dubtosa i no hi ha una adequada resposta al tractament antibiòtic. En tots els casos de PNA atípica tant en pre-

sentació com en evolució és important realitzar una ecografia renal, ja que un diagnòstic precoç permet instaurar el tractament adequat i minimitzar o evitar la lesió renal.

El tractament es realitza amb antibiòtics endovenosos durant un mínim de 7 dies i el posterior tractament oral durant 14 dies més, sempre realitzant ecografies de control per observar la tendència a la resolució. Com que la NFA pot donar lloc a complicacions i lesions residuals s'aconsella un tractament més perllongat i un seguiment estret. Les cicatrius renals es detecten per gammagrafia amb DMSA, també s'aconsella realitzar una cistouretrografia miccional per avaluar la presència de RVU.

El nostre pacient està seguint controls a consultes externes de Nefrologia pediàtrica. S'han realitzat controls ecogràfics que mostren resolució de les lesions i s'ha realitzat una gammagrafia amb DMSA que ha resultat normal. No ha tornat a presentar més infeccions de la via urinària.

Bibliografia

1. Rosenfield A, Gilckman M, Taylor K, Crade M, Hodson J. Acute focal bacterial nephritis [acute lobar nephronia]. *Radiology*. 1979; 132(1):553-61
2. Vijayakumar M, Prahlad N, Nandhini G, Prasad N, Muralinath S. Child with acute lobar nephronia. *Indian J Nephrol*. 2010; 20(3):162-5
3. Piñera C, Loyola F, Hernández P. Nephronia in pediàtrics: part of the spectrum of upper urinary tract infections. Clinical cases and review of the literature. *Rev Chilena infecto*. 2015; 32(5):564-8
4. Cano F, Strodthoff P, Muñoz O. Nefritis Aguda Focal. Caso clínico. *Rev.chil.pediatr*.2010; 81(3):247-252
5. Granados A, Espino M, Gancedo A, Albillos J, Álvarez-Cortinas J, Molina C. Nefronia focal aguda bacteriana: diagnostico, tratamiento y evolución. *An Pediatr (Barc)*.2007;66(1):84-6
6. Cheng C, Tsau Y, Lin T. Effective Duration of Antimicrobial Therapy for the Treatment of Acute Lobar Nephronia. *Pediatrics* 2006; 117(1):84-9
7. Barragán Arévalo V, Mancera Morales J, Echeverri Restrepo V, Niño Salcedo J, Luengas Monroy JP. Nefronia lobar aguda en el paciente pediátrico. Reporte de caso. *Pediatr*.2022;55(s2): 1-4

CIÈNCIA I HUMA NISME

46

Es posa en marxa un espai pioner de divulgació de ciència adreçat a pacients i famílies de Sant Joan de Déu



47

L'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona ha inaugurat un espai de divulgació de la recerca i la innovació orientat a famílies i pacients. Es tracta d'un espai interactiu situat a l'accés de Consultes Externes que, mitjançant elements de realitat immersiva, vídeos i una dinàmica basada en el joc presenta projectes de recerca que es duen a terme sota el paraigua de [l'Institut de Recerca Sant Joan de Déu](#). Amb aquesta iniciativa es vol donar visibilitat als resultats de la investigació, promoure l'educació i fomentar la participació i col·laboració dels pacients i les famílies en els projectes.

[L'Àgora de la Ciència](#), que és com s'ha denominat l'espai, ha obert les portes amb una mostra centrada en [l'epilèpsia](#) que es podrà veure durant els propers tres mesos. Les persones que la visitin podran conèixer com funcionen el cervell i el sistema nerviós central, veure imatges que mostren què passa al cervell quan es produeix una crisi epilèptica o entendre com els equips de [neurocirurgia](#) mapegen les àrees cerebrals durant les intervencions més complexes.

Es tracta d'un recorregut lúdic i didàctic en què els visitants podran anar recollint pistes per a la resolució d'un enigma mitjançant vídeos, preguntes o una experiència de realitat immersiva, entre d'altres recursos informatius. En la mostra també es vol recordar la importància de [col·laborar amb la recerca](#), sovint, la principal resposta per a famílies amb tot tipus de patologies, des de les més prevalents com l'epilèpsia, fins a les minoritàries, que centren nombroses línies de recerca. En diverses franges horàries l'equip de voluntaris facilitarà a les famílies que ho desitgin en la seva visita i exploració de la mostra interactiva.

L'IRSJD ha impulsat la creació d'aquest espai a l'Hospital després que al 2022, més de 200 famílies de pacients manifestessin en una enquesta el seu interès a rebre més informació sobre els projectes i línies d'investigació en pediatria mitjançant un espai expositiu interactiu i activitats complementaries amb la col·laboració dels professionals de la recerca.

La recerca, clau en el tractament de l'epilèpsia

Alguns dels projectes relacionats amb l'epilèpsia que es duen a terme a [l'IRSJD](#) i que es donen a conèixer a l'Àgora de la Ciència són:

Estudi de l'impacte funcional de mutacions dels gens GRIN, causants d'alteracions dels receptors de glutamat de tipus NMDA. La mutació dels gens GRIN altera la funció d'unes proteïnes anomenades receptors de glutamat de tipus NMDA que estan implicades en la sinapsi o comunicació de les neurones. Un equip d'investigadors liderat per la neuròloga Àngels García Cazorla estudia quines mutacions disminueixen i quines potencien la funció d'aquests receptors. L'objectiu és predir les conseqüències de cadascuna d'aquestes mutacions (han detectat més d'un centenar) per tal de poder desenvolupar en el futur una medicina de precisió o personalitzada per a les encefalopaties.

Estudi comparatiu de proves de neuroimatge per a determinar quina és la que identifica amb més precisió la zona del cervell on es produeix la crisi epilèptica. En alguns casos severos d'epilèpsia refractària pediàtrica (que no respon al tractament amb fàrmacs) està indicada la cirurgia. Amb aquest estudi liderat per Javier Aparicio, neuròleg i cap de la Unitat d'Epilèpsia, es volen identificar amb precisió mitjançant la imatge clínica les zones on s'originen les crisis epilèptiques focals. Gràcies a aquesta investigació s'ha recomanat canviar la tècnica mitjançant la qual es determina la zona d'origen de l'epilèpsia focal per guanyar precisió en el tractament.

Projecte BIO-KCNQ2. Estudi de la canalopatia KCNQ2: anàlisi de biomarcadors, efectes de les mutacions i avaluació de l'eficàcia dels tractaments. Els canals neuronals poden tenir un funcionament anormal com a conseqüència de mutacions. Aquest funcionament anormal, entre els quals hi ha les canalopaties, pot causar epilèpsia i altres símptomes neurològics. Un equip d'investigadors liderat per la neuròloga Carme Fons treballa en la recerca de mutacions que serveixin com a marcadors de la canalopatia de tipus KCNQ2; estudien quins símptomes produeixen i analitza l'efecte de tractaments. Fins al moment s'han descrit 11 noves mutacions del gen KCNQ2 relacionades amb l'epilèpsia neonatal i s'ha començat a aplicar una teràpia dirigida que ha permès controlar-los les crisis epilèptiques.



Una oportunitat única per millorar la teva formació, la teva xarxa de contactes i la teva satisfacció professional.



BLOGOSFERA PEDIÀTRICA

50

La ciencia de lo singular

El pòdcast per connectar pacients i famílies que conviuen amb una malaltia minoritària

Aquesta iniciativa de Share4rare i Ciberer també explora els nous avenços en la recerca d'aquestes patologies.

[Share4Rare](#), una iniciativa que connecta pacients i famílies que viuen amb una malaltia minoritària i impulsa la recerca col·laborativa i el Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras ([CIBERER](#)), llancen un pòdcast mensual que pretén unir pacients i famílies que tinguin un diagnòstic d'una malaltia rara i explorar nous avenços en la recerca en el camp de malalties minoritàries.

El pòdcast, titulat **La ciencia de lo singular**, abordarà problemes com l'obtenció del diagnòstic, la importància dels biobancs o els registres de pacients per poder investigar malalties rares, o models d'experimentació d'animals i els darrers avenços en teràpia gènica.

A través de cada capítol es coneixeran de primera mà les **vivències de diferents pacients i famílies i es parlarà amb experts en diversos camps** sobre els avenços que s'estan duent a terme en la recerca de malalties minoritàries i l'impacte que aquests avenços poden tenir en la qualitat de vida d'aquesta petita gran comunitat de 300 milions de persones.

L'obtenció del diagnòstic, un tema clau en malalties minoritàries

El primer capítol del pòdcast, que s'estrena el 21 de febrer, destaca la importància d'obtenir un diagnòstic cert i precoç, tant per a pacients com per a famílies i per a professionals de la salut.

Aquest primer programa explica les històries de la Mei, mare d'una adolescent amb citrulinèmia i en Miguel, un fisioterapeuta afectat per una distròfia muscular de Becker. Tracta també com es diagnostica una malaltia genètica, gràcies a l'ajuda de la investigadora i divulgadora Gemma Marfany i les tècniques de diagnòstic molecular més innovadores amb [Rafael Artuch](#).

A més, es donen a conèixer programes punters de diagnòstic, com el que lidera [Janet Hoenicka](#) a l'[Institut de Recerca Sant Joan de Déu](#), i es compta amb la presència d'**Ángel Carracedo**, responsable d'una gran infraestructura que facilitarà el diagnòstic genètic a Espanya anomenada **IMPACT-GENÓMICA**.

51

POSANT EN VALOR

52



Pepe Serrano va estar qualificat amb excel·lència per la Facultat de Medicina de l'UAB en 1982. I l'any 1988 va finalitzar la residència MIR de pediatria a l'hospital de Terrassa, on va continuar com adjunt del Servei de Pediatria, fins que el 1990 va treure plaça a l'ICS. Llavors va marxar de pediatre d'Atenció Primària al CAP de l'alt Berguedà i Berguedà Rural, compaginant les guàrdies a l'hospital de Berga. Finalment, va aterrar a Sant Pere de Ribes en 1992 on ha estat com a Pediatre d'Atenció Primària fins ara. Pepe és una persona molt proactiva i compromesa amb la seva professió, compromissari de la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, és membre del Comitè Assessor de Vacunes de l'Asociación Española de Pediatría i del Consell Assessor de Vacunacions de Catalunya.

Coordina el Grup de Treball de Vacunes de la Societat Catalana de Pediatria d'on és membre de la Junta directiva, i també forma part del Grupo de Docencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. També té la seva part investigadora com a membre dels grups de COPEDI-CAT i ReCAVIP.

ENTREVISTA AMB: Dr. Pepe Serrano

Maria Mercè Fernandez Vallejo

Infermera de Pediatria del CAP Sant Pere de Ribes

Pepe crec que et fa especial il·lusió aquesta entrevista, ja que portes des del 2015 col·laborant amb el projecte VINCLES, com vas començar aquesta aventura?

Bé, com sovint comencen aquestes coses va ser mitjançant una trucada telefònica. En Vicente Morales, director del nostre equip aleshores i molt implicat en el projecte em va proposar d'unir-m'hi de manera activa per anar fent un "traspàs" de funcions. Òbviament, em va faltar temps per a dir que sí. D'una banda, soc un pediatre fàcil (de convèncer), de l'altra el projecte sempre m'havia cridat molt l'atenció de forma positiva. Com ens passa als "motivats" en qualsevol proposta hi veiem més una oportunitat de ficar el nas en un nou camp que un afegit de feina. No en vaig tenir cap dubte.

Dono fe de què sempre estàs disposat a donar un cop de mà. El tema de ser Pepepediatre ho vas tenir clar des que vas començar la carrera de Medicina?

Pot sonar a tòpic, però ja tenia clar ser pediatre abans de començar la carrera, és a dir, vaig fer la carrera perquè volia ser pediatre. Possiblement, això ve que des de petit havia viscut en un edifici en què tenia la seva consulta, i hi vivia també, un dels pediatres més afamats de Terrassa, la seva consulta donava al cel obert de l'edifici, a on també donava la finestra de la meua habitació. Em vaig passar part de la infantesa i de l'adolescència sentint com aquell bon home passava consulta, sentint com tractava a la mainada, sentint els plors dels més petits i lluny d'agafar aversió a tots aquells sorolls continuats els hi vaig agafar afecte. D'altra banda,

53

aquell pediatre era una persona molt carismàtica i prou “moderna” aleshores, amb el decurs del temps es va fer amic dels meus pares i jo dels seus fills i vaig poder descobrir tot el modern que era: anava en moto, li agradaven els cotxes esportius, convivia amb la seva família i una boa i sempre que podia posava música pop, sense anar més lluny vaig descobrir a Tony Ronald gràcies a ell. Motos, cotxes, animals, música... i pediatre, eren les passions que també s’anaven despertant en la meua adolescència. Tenia clar que no volia ser ell, però, en certa manera, volia ser com ell.

Doncs sí, sí que tens un “aire”. I pel que fa a aquestes aficions quotidianes que comparteixes amb el teu veí pediatra, ens podries fer “cinc cèntims”?

Les aficions i els punts d’interès van variant en el decurs de la vida, però jo en tinc al cap algunes que sempre m’han fet patxoca, els cotxes, per exemple, ja des de ben petit era capaç d’identificar-los de negra nit només per la llum dels fars. Crec que va ser el meu pare qui em va posar aquesta passió al cos. A diferència d’això a ell no li agradaven gens les motos, li feien por, i a casa mai me’n van deixar tenir una. Va ser la primera cosa que em vaig comprar en marxar de casa dels pares, una Dominator vermella que feia patxoca. El mateix em va passar amb la música, la meua mare n’era molt aficionada, però consideraven una despesa inútil tenir un equip de música. Va ser la inversió del meu primer sou de resident.

Els viatges de llarga distància, el tennis, en Barça, la cuina, els animals... s’han de tenir aficions per emplenar el temps lliure, encara que no en tinguis.

Com bé he dit abans ets una persona molt proactiva, estàs sempre al dia de totes les novetats pel que fa al món de la pediatria es refereix, pot ser que demostris especial interès en el tema de vacunes i alimentació?

Soc el que s’anomena un cul inquiet, en el bon sentit de l’expressió, d’allò que m’agrada en faig un leit-motiv. No tan sols en el tema científic, sinó en les meves aficions quotidianes també. Sí, dins del món de la pediatria les vacunes i l’alimentació (o més ben dit: la lluita contra la mala alimentació) són els

dos aspectes que més m’han cridat l’atenció. Val a dir que he tastat d’altres disciplines, sense anar més lluny de resident vaig estar tres anys a la consulta externa de nefrologia, fins que em vaig adonar que no era lo meu.

Al cap i a la fi, vacunes i alimentació, són dos aspectes de la pediatria preventiva ben rellevants. Moltes de les fites de la salut de la població venen marcades per aquestes dues vessants.

Conec moltes de les teves presentacions en congressos i jornades, que a part de presentar continguts actuals són molt didàctiques i divertides, d’on treus la inspiració per fer aquesta barreja de creativitat i pedagogia?

He de confessar que el món de les presentacions és una altra de les meves aficions.

M’encanta descobrir programes nous, esbrinar el seu funcionament i possibilitats. Hi dedico moltes hores, cert, però ho faig de gust i m’agrada veure els resultats finals. Més sovint del que la gent pensa aquest resultat final és un autèntic nyap, està clar, això ni us ho ensenyo, ni us ho comento. No ho considero “feina” pròpiament dita, és un divertiment que m’ajuda a portar millor la feinada de preparar qualsevol presentació. Val a dir, també, que sovint penso que soc més curós en la forma (presentació) que en el fons (la ciència), però això no ho diré mai en públic. La veritat és que si no se li posa una mica de salsa preparar xerrades pot ser “pesadet”, donar-li un aspecte visualment agradable, pensar que a l’audiència se li farà lleuger i intentar transmetre no massa conceptes, però de forma entenedora, ajuden a fer-ho.

Aquesta creativitat segurament la portes a terme també a l’hora de cuinar, sé que t’agrada la cuina i que tens traça, d’on et ve aquesta afició?

Doncs la veritat és que no ho sé. La meua mare i les meves dues àvies eren molt bones cuineres, de petit no m’importava passar el temps a la cuina veient-les fer, però el cert és que la meua afició em va venir de més gran. No sé si se’m dona tant bé com dius, però el cert és que a mi em relaxa molt. Només agafar el ganivet i posar-me a pelar patates ja m’ajuda a entrar en un altre món. Em poso musiqueta de

fons (a casa un dels millors equips de música està a la cuina) i soc feliç mentre vaig fent. Possiblement, si hagués de fer menjar per tota una família amb canalla un parell o tres de cops al dia maleiria els ossos als ganivets i a les patates. Però poder fer-ho quan et ve de gust i poder ser “creatiu” assumint les conseqüències resulta divertit.

Ara que deixes la consulta de Ribes, i després de tantes coses en les quals participes, quin pla de futur tens en el terreny professional, descansaràs o continues en actiu en algun projecte?

Deixo la consulta de Ribes i deixo de viure al Garraf, però no tinc intenció d’anar a jugar a la petanca o a mirar com progressen les obres. La meua intenció és continuar lligat al Comité Asesor de Vacunas de l’AEP i a tot el que envolta el món de les immunitzacions, a la Societat Catalana de Pediatria i al món de l’alimentació infantil. A banda d’encetar nous projectes. Sense anar més lluny aquest cap de setmana passat, juntament amb un altre pediatre, vam muntar una jornada de divulgació científica que va ser tot un èxit... doncs sí, soc un cul inquiet.

I Alguna cosa que tinguis present per fer ara, ja que no tindràs tantes obligacions professionals?

Això de què tindré menys obligacions és el que jo em pensava, de moment l’agenda es va emplenant. Cert, potser no sonarà el despertador cada dia a la mateixa hora, però a un altre ritme la intenció és continuar fent feina amb una altra orientació.

Si et sembla acabarem amb una roda de preguntes ràpides...

- **Un color:** tret del negre, qualsevol.
- **Una ciutat:** Brugge
- **Un animal:** el gos
- **Mar o muntanya:** mar a l’estiu. Muntanya a l’època d’esquí.
- **Una olor:** a pluja
- **Un menjar:** Okonomiyaki (truita/pizza d’Osaka)
- **Un libre:** La Carretera, de Coman McCarthy, recentment desaparegut.
- **Una cançó:** Tubular Bells de Mike Oldfield
- **Un grup de música:** Pink Floyd
- **Una pel·lícula:** The Terminator de James Cameron. Sarah Connor és la meua ídola de joventut.
- **Un record de la infància:** jugar al carrer. Vaig tenir la gran sort de poder ferho gairebé a diari
- **I per acabar una frase o dita que t’agradi o que t’hagi arribat especialment:** No soc massa d’aquestes coses, m’agrada més conversar amb tu de qualsevol cosa que retenir frases enginyoses.

Moltes gràcies per passar una estoneta més amb nosaltres, ha sigut un plaer compartir aquests anys amb tu. Bon camí i seguim en contacte.

Gràcies a vosaltres, ja sabeu a on em podeu trobar sempre i si no hi soc... no em busqueu a les obres.

vinclocces

PEDIATRIA TERRITORIAL