

## La importància de comunicar-se entre professionals

Sóc una metgessa oftalmòloga dedicada a l'oftalmologia pediàtrica des de fa anys. La majoria dels metges que llegeixen aquesta revista se sorprendran que un oftalmòleg hi enviï una carta. Crec que aquí és on comença el problema que passo a explicar-li.

Fa uns mesos va venir a la meua consulta de l'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron un nen al qual anomenarem Marc. En Marc tenia 2 anys.

En Marc és un nen sa, almenys aparentment ho era. La seva mare va venir al nostre hospital quan en Marc tenia 21 mesos perquè estava angoixada. Li notava una taca blanca a l'ull esquerre des que tenia 6 mesos. Li ho va explicar al seu pediatre. El metge li va dir que no tenia cap mena d'importància i que allò era una "taca de llet", molt freqüent a la seva edat, li va comentar. Aquell pediatre es va jubilar i darrere seu en van venir cinc més. Segons la mare, tots van confirmar el mateix diagnòstic.

Jo no puc dir que això sigui tal i com la mare d'en Marc m'explica. Només puc dir que, després de moltes visites per part de pediatres i infermeres, a la història d'en Marc no consta cap exploració del reflex de fons d'ull, ni normal ni anormal.

Quan vam dir a la mare d'en Marc que el seu fill tenia un retinoblastoma bilateral, el seu dolor va ser molt gran, però el que més ens va mostrar va ser la seva ràbia perquè ella ja sabia que aquella taca no podia ser normal. Estava molt i molt enfadada. Jo, com a mare, hauria mostrat la mateixa reacció. Com a metge, el sentiment que vaig tenir inicialment va ser el d'una tristesa enorme. Tristesa de pensar que no havíem fet les coses bé. Amb els minuts, aquest sentiment es va transformar en el d'una gran frustració perquè allò que a nosaltres ens sembla tant obvi que hem de fer, no ho hem sabut transmetre correctament als nostres companys.

M'atreveixo a dir que ens falta comunicació, ens falta saber comunicar-nos en el dia a dia i trobar els moments per compartir els nostres dubtes. La nostra feina diària (feinada, diria) no ens permet veure que ens continuem necessitant i continuem necessitant hores i hores de formació que no sabem o no podem trobar. Seria fàcil atribuir-ho al context econòmic actual, però no crec que en sigui el responsable. És per això que li deia al principi que molts dels metges que llegeixen PEDIATRIA CATALANA se sorprendrien de veure les paraules d'una oftalmòloga, quan potser hauria de ser una cosa

habitual que els que ens dediquem als més petits compartim els mateixos mitjans de formació i informació.

No sabria dir-li quina és la millor manera de solucionar aquests problemes, però sí que crec que ho hem de fer entre tots. Hauríem de seure i revisar els nostres protocols per veure si són adients i després els hauríem de saber i poder aplicar a la nostra pràctica diària. Actualment el nostre protocol de referència es el *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la Salut en l'edat pediàtrica*, que data de l'any 2008<sup>1</sup>. L'última actualització, de l'any 2010<sup>2</sup>, recomana l'exploració del reflex de fons d'ull durant el primer mes de vida, als 12-15 mesos i als 2 anys. Tot i estar escrit pels millors experts en oftalmologia pediàtrica, sota el meu parer, sembla que no és prou efectiu. El reflex de fons d'ull és una exploració totalment innòcua i molt, molt ràpida de fer. La literatura científica no ens ofereix cap ajuda ni proposa cap calendari sistematitzat, però crec que s'hauria de fer a tots els infants en totes i cadascuna de les visites que es fan per a temes preventius, com les vacunacions, els controls de pes i talla etc. Només així podrem fer un diagnòstic precoç de patologies poc freqüents, però amb conseqüències devastadores com el retinoblastoma o la cataracta congènita.

Tan sols puc oferir la meua ajuda perquè ens trobem tots junts, pediatres i oftalmòlegs, i revisem el que estem fent actualment, decidim si ens sembla correcte o no i tirem endavant nous protocols que ens facilitin la feina i ens ajudin perquè un cas com el d'en Marc no es repeteixi.

**Sílvia Alarcón i Portabella**

Unitat d'Oftalmologia Pediàtrica.  
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

### Bibliografia

1. Direcció General de Salut Pública (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya). Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica 2008. Disponible a la xarxa [data de consulta: 02-12-2013]. Disponible a: [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocols\\_i\\_recomanacions/17\\_salut\\_de\\_la\\_mare\\_i\\_de\\_l'infant/documents/ptocolactivitatspreventives.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocols_i_recomanacions/17_salut_de_la_mare_i_de_l'infant/documents/ptocolactivitatspreventives.pdf)
2. Direcció General de Salut Pública (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya). Actualització del quadre de visites del protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica (2010). Disponible a la xarxa [data de consulta 02-12-2013]. Disponible a: [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocols\\_i\\_recomanacions/17\\_salut\\_de\\_la\\_mare\\_i\\_de\\_l'infant/documents/actualitzacioquadrevisites.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocols_i_recomanacions/17_salut_de_la_mare_i_de_l'infant/documents/actualitzacioquadrevisites.pdf)

# Les fractures d'os llarg per maltractament són freqüents en els menors de 2 anys

He llegit amb gran interès i sorpresa el treball original de Miriam Triviño Rodríguez et al.<sup>1</sup> publicat en el número d'abril-juny de PEDIATRIA CATALANA.

Interès pel tema i sorpresa per les conclusions que se'n podrien inferir.

Com ja comenten els autors, com que és un estudi retrospectiu i sense base poblacional, és difícil treure conclusions sobre la freqüència general de fractures en aquest grup d'edat i comparar les xifres amb els, d'altra banda, escassos estudis de base poblacional. Deixant de banda les xifres absolutes d'incidència, sí que concorden en el fet que les fractures són molt més infreqüents com més baixa és l'edat dels infants: 3,6/1.000 infants/any en el grup de menys d'1 any vs 26,6/1.000 en el grup de 12 a 16 anys en l'estudi de Rennie<sup>2</sup>, i 16/1.000 en el grup de 0 a 4 anys vs 57/1.000 en el grup de 10 a 14 anys en l'estudi de Lyons<sup>3</sup>. Aquesta incidència més baixa en infants de menys edat és fàcil d'explicar per la diferència d'activitat i perquè els més petits són sotmesos a més vigilància.

Ja l'any 1986, Worlock<sup>4</sup> va arribar a la conclusió que el 80% de les fractures per maltractament es donaven en infants per sota dels 18 mesos. Multitud d'estudis han confirmat aquestes dades. El 1998, Kemp<sup>5</sup>, en una metaanàlisi sobre sis treballs publicats, conclouia que entre el 25% i el 56% de les fractures en infants per sota de l'any són degudes a maltractament. El 2002, Sibert<sup>6</sup>, en un estudi prospectiu amb base poblacional, conclouia que les fractures per maltractament tenien una freqüència de 48/100.000 infants/any en els més petits d'un any i de 5/100.000 en els que en tenen entre 1 i 5. Leventhal<sup>7</sup>, en un estudi sobre les altes clíniques de 2.521 hospitals l'any 2003 als EUA, conclouia que la incidència de fractures per maltractament era de 36,1/100.000 infants menors de 12 mesos (el 24,9% del total de fractures en aquesta edat) i només de 4,8/100.000 infants entre 24 i 35 mesos d'edat (el 2,9% del total de fractures en aquesta edat). El mateix autor va tornar a trobar unes dades similars amb idèntica metodologia l'any 2006<sup>8</sup>: el 24,8% de les fractures en menors de 12 mesos eren per maltractament.

És per tot això sorprenent que entre un total de 248 infants menors de 2 anys (dels quals 55 eren menors de 12 mesos i 39 van necessitar ingrés hospitalari) en cap cas es va considerar el maltractament com a causa de les fractures (només en tres casos es va investigar i va ser descartat, encara que en el 24% no s'especificava cap causa de la fractura).

L'aparent discordança entre aquestes xifres i les esmentades més amunt proporcionades per la literatura mèdica pot tenir diverses causes. Potser a Catalunya la

xifra de maltractament físic en els menors de 2 anys sigui molt inferior a la descrita de manera universal o que, per atzar, no acudissin a les consultes d'Urgències de l'hospital on es va efectuar l'estudi. És possible, però molt poc probable.

La infracomunicació i, sovint, l'infradiagnòstic de les lesions per maltractament físic infantil ja s'han descrit. El 18% de casos de lesions per maltractament<sup>9</sup> i fins al 31% de lesions greus per traumatisme cranial no accidental<sup>10</sup> havien passat indagnosticades en exploracions prèvies.

Flaherty<sup>11</sup> ho ha resumit perfectament en el que ell anomena la «inconsistència de la comunicació del maltractament infantil». En primer lloc, el diagnòstic requereix una bona formació dels professionals que atenen els infants (pediatres, metges de família, traumatòlegs) pel que fa als patrons típics de les lesions per maltractament, els diversos estadis del desenvolupament psicomotor infantil, la valoració crítica de les circumstàncies en què es va produir la lesió (manca d'explicació causal o canvis en aquesta, inconsistència o manca de versemblança, etc.) i a la pràctica, quan es consideri oportú, d'exploracions complementàries (sèrie esquelètica, fons d'ull, etc.). Un cop establert que hi ha una «sospita raonable» només l'existència d'una coordinació eficaç i flexible amb els organismes de protecció infantil permetrà un funcionament eficient del binomi diagnòstic-comunicació.

Seria un error que del treball que comentem algú extragués la conclusió, per descomptat els autors no ho fan, que en el nostre medi les fractures en infants menors de 2 anys són, pràcticament sempre, de causa accidental.

**Antoni Natal Pujol<sup>1</sup>, Rosa M. Isnard<sup>2</sup>, Friné Brosa<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Pediatre emèrit. <sup>2</sup> Servei de Cirurgia Pediàtrica. <sup>3</sup> Servei de Pediatria. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona

## Bibliografia

1. Triviño-Rodríguez M, Trenchs-Sainz de la Maza V, Curcoy-Barcenilla A, Ullot-Font R, Pou-Fernández J. Són realment infreqüents les fractures d'os llarg en menors de 2 anys? *Pediatr Catalana*. 2013; 73(2): 54-56.
2. Lyons RA, Delahunty AM, Kraus D, Heaven M, McCabe M, Allen H, et al. Children's fractures: a population based study. *Inj Prev*. 1999; 5(2): 129-132.
3. Rennie L, Court-Brown CM, Mok JY, Beattie TF. The epidemiology of fractures in children. *Injury*. 2007; 38(8): 913-922.
4. Worlock P, Stower M, Barbor P. Patterns of fractures in accidental and non-accidental injury in children: a comparative study. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986; 293(6539): 100-102.
5. Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, Morris S, Mann M, Rolfe K et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ*. 2008; 337: 1.518.

6. Sibert JR, Payne EH, Kemp AM, Barber M, Rolfe K, Morgan RJ et al. The incidence of severe physical child abuse in Wales. *Child Abuse Negl.* 2002; 26(3): 267-276.
7. Leventhal JM, Martin KD, Asnes AG. Incidence of fractures attributable to abuse in young hospitalized children: results from analysis of a United States database. *Pediatrics.* 2008; 122(3): 599-604.
8. Leventhal JM, Martin KD, Asnes AG. Fractures and traumatic brain injuries: abuse versus accidents in a US Database of hospitalized children. *Pediatrics* 2010; 126: e104-e115.
9. Jackson G. Child abuse syndrome: the cases we miss. *Br Med J.* 1972; 2(5816): 756-757.
10. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA.* 1999; 281(7): 621-626.
11. Sege RD, Flaherty EG. Forty years later: inconsistencies in reporting of child abuse. *Arch Dis Child.* 2008; 93(10): 822-824.

## Rèplica:

Hem llegit amb molt d'interès la carta del Dr. Natal i col·l. referent al nostre article «Són realment infreqüents les fractures d'ós llarg en menors de dos anys?»<sup>1</sup>. El nostre estudi tenia com a objectiu determinar la freqüència diagnòstica de fractures d'ossos llargs en els infants atesos a Urgències i les característiques que presentaven. Com que es tractava d'un estudi retrospectiu, hi ha dades que no es van poder esbrinar perquè no constaven a la història clínica. El que sí que podem confirmar és que no es van diagnosticar maltractaments en cap dels casos.

La mostra és molt petita i inclou infants tramesos des d'altres centres per a tractament; aquesta és la raó de l'elevada proporció d'ingressos i del biaix que podria estar relacionat amb el fet que la prevalença de maltractament fos baixa. No obstant això, és conegut que les fractures per maltractament tenen una alta probabilitat de ser infradiagnosticades<sup>2,4</sup>. En la majoria d'ocasions, la informació recollida a les històries clíniques per determinar la causa de les fractures és insuficient, fet que queda constatat al nostre estudi (en el 24% dels casos, la possible causa de la fractura no constava a la història clínica).

La introducció de millores en l'anamnesi dels cuidadors dels infants amb fractures, junt amb més sensibilització cap al maltractament de tots els metges és essencial per disminuir el nombre de casos infradiagnosticats<sup>2,5</sup>. En aquest sentit, al nostre centre vam fer difusió dels resultats de l'estudi<sup>1</sup> i arran d'això ha augmentat la conscienciació davant aquest diagnòstic.

Actualment s'està fent un seguiment prospectiu de tots els infants de menys de tres anys amb fractures d'ossos llargs diagnosticats a Urgències, emfatitzant en una anamnesi acurada. Els resultats preliminars d'aquest seguiment es van presentar a la 19a Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria (Vilafranca del Penedès 2013)<sup>6</sup>. D'una mostra de 186 pacients, s'ha identificat un cas de maltractament, que representa el 0,5% (IC95% 0,09-2,9%) de les causes de fractures diagnosticades en aquest grup d'edat. Les dades són difícilment comparables amb altres estudis a causa de les característiques de la mostra, ja que només es valoren fractures d'ós llarg, mentre que els

altres estudis esmentats pel Dr. Natal i col·l. inclouen també les de d'altres ossos (p. ex. cranials).

De totes maneres, la prevalença de maltractament podria ser més baixa en el nostre país que en altres indrets<sup>7</sup>. Una part de la diferència es podria deure a diferències socioculturals, amb uns nivells de violència més baixos en la nostra societat<sup>8</sup>. Però també, podrien contribuir-hi altres factors, com menys reconeixement dels casos de maltractament o un lliandar més alt a l'hora de diagnosticar-los. Per tant, encara que la probabilitat de maltractament sigui baixa, sempre cal tenir presents i estudiar els casos sospitosos.

**Miriam Triviño Rodríguez<sup>1</sup>, Victoria Trenchs Sainz de la Maza<sup>1</sup>, Ana Curcoy Barcenilla<sup>1</sup>, Rosendo Ullot Font<sup>2</sup>, Jordi Pou Fernández<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Servei d'Urgències. <sup>2</sup> Servei de Traumatologia.

<sup>3</sup> Servei de Pediatria. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona)

## Bibliografia

1. Triviño-Rodríguez M, Trenchs-Sainz de la Maza V, Curcoy-Barcenilla A, Ullot-Font R, Pou-Fernández J. Són realment infreqüents les fractures d'ós llarg en menors de 2 anys? *Pediatr Catalana*, 2013; 73(2): 54-56.
2. Oral R, Blum KL, Johnson C. Fractures in young children: are physicians in the emergency department and orthopedic clinics adequately screening for possible abuse? *Pediatr Emerg Care*, 2003; 19(3): 148-153.
3. Taitz J, Moran K, O'Meara M. Long bone fractures in children under 3 years of age: is abuse being missed in Emergency Department presentations? *J Paediatr Child Health*, 2004; 40(4): 170-174.
4. Ravichandiran N, Schuh S, Bejuk M, Al-Harthi N, Shouldice M, Au H, et al. Delayed identification of pediatric abuse-related fractures. *Pediatrics*, 2010; 125(1): 60-66.
5. Louwers EC, Affourtit MJ, Moll HA, de Koning HJ, Korfage IJ. Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. *Arch Dis Child*, 2010; 95(3): 214-218.
6. Rodà D, Curcoy A, Trenchs V, Martínez AD, Pou J, Luaces C. Fractures d'ós llarg a urgències. És freqüent el maltractament a menors de 3 anys? Accessible a la xarxa [data de consulta: 18-11-2013]. Disponible a: <http://postersdigitals.academia.cat/posterDetall.php?idDiapo=1068>.
7. Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla A, Gelabert Colome G, Macias Borrás C, Pou Fernández J. Evolución de los ingresos por maltrato infantil durante 15 años. *An Pediatr (Barc)*, 2013; 78(2): 118-122.
8. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, DC: OPS; 2002.

# Sistema actual per obtenir cefadroxil 250 mg/5 mL oral

Recentment, Rodrigo C i col·l. van enviar una carta al director d'aquesta revista<sup>1</sup> en què introduïen una reflexió sobre les implicacions que tenia el recent desproveïment de l'especialitat farmacèutica Duracef® del laboratori Juste, una formulació en suspensió oral de 60 mL de cefadroxil a una concentració de 250 mg/5 mL. Quan l'Agència Espanyola del Medicament i Productes Sanitaris (AEMPS) va comunicar aquest fet, vam establir una gestió directa amb l'entitat per tal de resoldre la situació. Com a resultat d'aquesta gestió vam rebre una en què es comunicava que a partir d'ara aquest antibiòtic es podria obtenir mitjançant el departament de Gestió de Medicaments en Situacions Especials. L'especialitat farmacèutica subministrada per aquest departament conté la mateixa concentració de cefadroxil (250 mg/5 mL) que el Duracef®, però en flascons amb més volum de solució, concretament 100 mL. Aquesta especialitat és subministrada pel Laboratori Aurobindo SLU i només es pot tramitar per mitjà de la farmàcia de l'hospital sota la recepta d'un pediatre especialista a l'àmbit hospitalari.

D'aquesta manera es pot tornar a disposar de cefadroxil, una cefalosporina de primera generació que presenta unes característiques farmacocinètiques superiors a la gran majoria d'antibiòtics d'aquesta família (Taula I). Addicionalment, presenta un espectre d'activitat més reduït que el cefaclor, situació que també la fa especialment interessant perquè evita una pressió antibiòtica innecessària sobre altres microorganismes enfront els quals presenta menys activitat que el cefaclor (Taula II). Així doncs, la recuperació d'aquesta molècula és una bona notícia, ja que és la cefalosporina oral més recomanable per al tractament d'infeccions per *Staphylococcus aureus*<sup>2</sup>.

**TAULA I**
**Farmacocinètica del cefadroxil i el cefaclor**

|                           | Cefadroxil | Cefaclor                     |
|---------------------------|------------|------------------------------|
| Biodisponibilitat         | > 90%      | > 70%                        |
| Administració amb menjars | Sí         | Disminució biodisponibilitat |
| $t_{1/2}$                 | 1,2-1,6 h  | 0,58 h                       |
| UPP                       | 20%        | 50%                          |

$t_{1/2}$ : temps de semivida. UPP: Unió a proteïnes plasmàtiques.

**TAULA II**
**Activitat antibacteriana de cefadroxil i cefaclor**

|                               | CIM <sub>90</sub> cefadroxil (mcg/mL) | CIM <sub>90</sub> cefaclor (mcg/mL) |
|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <i>Staphylococcus aureus</i>  | 2                                     | 2                                   |
| <i>Escherichia coli</i>       | 16                                    | 8                                   |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i>  | 4-125                                 | 8                                   |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | 8-63                                  | 2                                   |
| <i>Streptococcus pyogenes</i> | 0,63                                  | 0,25                                |

**Santiago Grau, Mónica Marín**

Servei de Farmàcia. Hospital del Mar  
Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona

**Bibliografia**

- Rodrigo C, Bosch M, Martínez-Colls MM. Suspensió de comercialització de Duracef (cefadroxil) 250 mg/5 ml solució oral. *Pediatr catalana*. 2013; 73(3): 138.
- Paterson DL, Gomez MU. Cephadroxil, cephaloridine, cephacetrile, cephapirin, cephradine, and other rarely used first-generation cephalosporins. A: Lindsay Grayson M, ed. Kucers'. The use of antibiotics (6a ed.). Londres: Edward Arnold Ltd; 2010.