



CARTAS AL EDITOR

La enfermera de pediatría de atención primaria, referente de salud para los pacientes y las familias en la edad infantojuvenil



Primary care nurse in pediatrics, a reference of health for patients and families in infants-youth age

Sr. Editor:

La carencia de pediatras en España y en concreto en atención primaria (AP) nos hace plantear posibles líneas de atención en la etapa infantojuvenil.

Las proyecciones del Ministerio de Sanidad en España son que en 2025 faltarán hasta 28.031 médicos especialistas, representando el –18,6% en la profesión médica, siendo la AP pediátrica y del adulto una de las áreas con mayor desajuste¹.

En nuestro país la población infantojuvenil (0-14 años) es atendida por el pediatra, en colaboración con enfermería; la carencia de pediatras hace que en algunas zonas sea atendida por médicos de familia, o pediatras con título no homologado en España.

En Cataluña, en los últimos años, equipos de salud pediátricos apuestan por la redistribución de competencias y potenciar la autonomía de la enfermera en las revisiones de salud en esta etapa.

La optimización de la enfermería podría ser una posible solución a la acusada carencia de pediatras. Aumentar las competencias de la enfermera es una estrategia efectiva que mejora los servicios de salud².

La redistribución de roles en pediatría con enfermeras de práctica avanzada y formadas, capacitadas para realizar actividades preventivas y de promoción de la salud, permite que el pediatra pueda dar atención a la patología que requiera de una mayor formación y atención.

No podemos olvidar el carácter prioritario de la prevención y promoción de la salud en la edad pediátrica. La pediatría de AP proporciona una asistencia sanitaria próxima a los niños y sus familias, cuyo objeto fundamental no es la enfermedad sino la población infantil en todas sus etapas³.

En cuanto a las competencias de la enfermera, están descritas y recogidas en diversas leyes e instituciones oficiales.

El Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España⁴, en el artículo 53.1 recoge: «Los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo (...)».

El artículo 53.2 recoge: «El enfermero generalista, (...), responsable de sus actos profesionales de enfermero que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, (...)». De ambos artículos de ley se deduce que la enfermera formada en pediatría sería el profesional con las competencias propias en la atención del niño, capacitada para la detección de alteraciones de salud, del individuo y de su entorno.

El Plan estratégico de Ordenación de la Atención de Pediatría en la AP (PE) elaborado por el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña en 2007, con el fin de dar respuesta a los problemas organizativos y a la carencia de pediatras en Cataluña, señala: «La enfermera del equipo de AP de Pediatría trabajará en coordinación con el pediatra, compartiendo competencias y dando soporte para poder dar una atención integral al niño, así como la distribución de funciones de enfermeras y pediatras»⁵.

Las conclusiones de una revisión sistemática en Cochrane Library (18 ensayos aleatorios) que evalúa el impacto de las enfermeras que trabajan en reemplazo de médicos se obtuvo como mínimo la igualdad en diversas acciones de la enfermera versus el médico (no en el área de pediatría)⁶.

Como reflexión final, no hay literatura que evidencie ausencia de competencias de la enfermera como el profesional de referencia en las revisiones de salud para el niño-adolescente y sus familias.

La redistribución de roles en el equipo pediátrico, siendo la enfermera el referente en salud, genera en muchos casos controversia/rechazo en el colectivo médico; como argumento se expone la falta de competencias, el cual es infundado dado que estas están claramente descritas y recogidas, y son inherentes a la profesión. La literatura existente y comparativa con el colectivo médico corrobora la buena práctica de la enfermera.

Bibliografía

1. Pérez PB, López-Valcárcel BG. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025). Canarias: Universidad de las Palmas de Gran Canaria; 2009.
2. Galao Malo R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. *Index Enferm.* 2009;18:221-3.
3. Domínguez Aurrecoechea B, Valdivia Jiménez C. La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. *Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.* 2012;26 Supl.1:82-7.
4. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre de 2001. Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería referente a la misión de la enfermería. Órgano Ministerio de Sanidad y Consumo. Publicado en BOE núm. 269, 09/noviembre/2001. Vigencia desde 10 de noviembre de 2001 [consultado 17 Sep 2018]. Disponible en: <https://boe.es/boe/dias/2001/11/09/pdfs/A40986-40999.pdf>
5. Enrubia Iglesias M. La situación de la Pediatría de Atención Primaria en Cataluña. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2010;12 Supl. 19:s149-58.
6. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught A JAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; CD001271, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3>.

Cristina Laserna Jiménez*

Programa de doctorat en Infermeria i Salut, Universitat de Barcelona (UB), Campus Bellvitge (HUBc), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cristinitajl@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.11.009>
0212-6567/

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Delayed Sleep Phase Syndrome: A common sleep disorder in adolescents, with important quality of life repercussions



Síndrome de fase de sueño retrasada: un trastorno del sueño frecuente en adolescentes, con importante repercusión en su calidad de vida

Dear Editor:

We have read the article about how sleeping difficulties can be a predictor of worse health-related quality of life.¹ Sleep disorders and delayed sleep phase syndrome (DSPS), are frequently overlooked in adolescents presenting with poor school performance or mood disorders. Primary care doctors should routinely screen for DSPS in adolescents by specifically inquiring about difficulties awakening, late bedtimes, excessive daytime sleepiness, and late weekend wake times.

DSPS is one of the most frequently diagnosed sleep disorders in adolescents. It is defined by the International Classification of Sleep Disorders (ICSD) as a circadian rhythm disorder including a delay in the onset of sleep and a great difficulty getting up at conventional hours, (affecting school performance in children, and work, social or family-life in older patients). DSPS is not secondary to pathology or drug intake and it affects patients with normal quantity and quality of sleep when allowed to follow his preferred schedule.² Patients with DSPS have a delayed circadian rhythm, which regulates our preferred sleep-wake times, relative to clock time. Consequently, they have difficulty falling asleep at night and waking up in the morning, at the conventional hours, but if allowed to sleep on their preferred schedule,

there would be no perceived abnormalities of sleep time or sleep quality.³ DSPS is different from insomnia in which patients have difficulty initiating sleep at any time and often report poor quality sleep, and therefore should be managed and treated differently.^{2,4} They have a feeling similar to "Jet-Lag," as if every weekend they are crossing multiple time zones. A person with DSPS, could be quite comfortable going to bed at 3-4 in the morning and getting up at noon. The problem with this schedule is that it interferes with schooling and employment.^{4,5}

DSPS is common in adolescents, but it can occur at any age. The etiology of this syndrome is complex and multifactorial, including behavioral, psychological and biological factors, and the prevalence between 5 and 10%, is increasing in the last decade.^{3,5} Technology use, including screen activity and excessive exposure to artificial light in the evening exacerbates DSPS and caffeine use and napping further dis-regulate the sleep-wake cycle.

Recent studies propose as a causal factor a delay in the circadian rhythm due to inadequate melatonin secretion, others propose that the circadian rhythm length is greater than 24h, or that patients present a diminished neuronal sensitivity to light, but without doubt, an important predisposing factor is when trying to sleep on two different schedules (week and weekends).³ In these cases, the internal clock will adjust with the latest schedule, the weekend, producing a major problem on week days. Adolescents with DSPS usually have lack of sleep during the week and try to recover it by sleeping until later on weekends, actually worsening the problem.^{4,5}

The initial treatment is based on adequate sleep hygiene and progressively adjusting the internal clock to social needs, following these basic guidelines⁴:

- Get up at the same time every day (no differences greater than one hour between week-days and weekend).