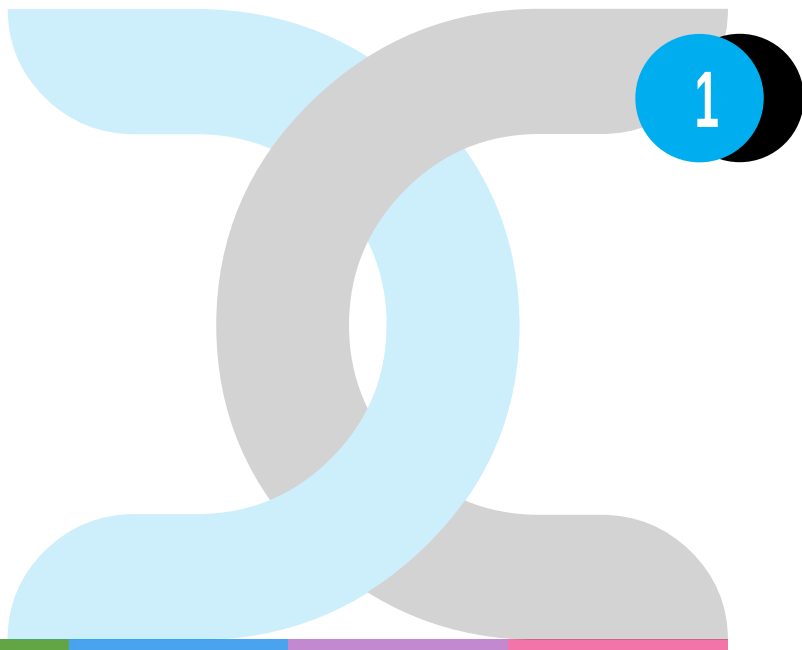




Presentació

HSJD, a prop teu

- Unitat de trastorns de la son

Compartint el coneixement

- Diabetis infantil
- Nen i adolescent amb asma
- Consells KidsHealth
- Consells HSJD

Aplicant el coneixement

- Casos clínics

Toca ocupar-nos-en!

- Higiene de manos

Què hi ha de nou en Vincles?

- El projecte Vincles
- Maneig sibilacions en nens < de 3 anys
- Tractament de l'asma
- Malalties al·lèrgiques pediàtriques

Formació continuada

- Cursos Aula Pediatria HSJD
- Xerrades per a pares

Àrea solidària

- Solidaridad aquí y afuera

Activitats de la comunitat

- Guies infermeria
- Curs actualització pediatria d'AP

El racó d'en Santi

Presentació

Tinc el plaer de presentar-vos el primer número del butlletí **NOUS VINCLES**, una nova eina de comunicació que aspira a poder ser un nexe periòdic d'unió entre els professionals d'Atenció Primària, especialment pediatres i infermeres pediàtriques i els pediatres generals i especialistes de l'Hospital Sant Joan de Déu.

NOUS VINCLES sortirà quatre cops l'any i es lliurarà per missatgeria electrònica als professionals de pediatria de la Xarxa Pública, i als que ho desitgin de la xarxa privada. Neix amb la pretensió de ser un vehicle de contacte i de difusió del coneixement pediàtric, sempre centrat en aquells aspectes rellevants per a l'Atenció Primària de Salut.

El professional que treballa la pediatria en el sí de la Comunitat no pot arribar a resoldre tota la problemàtica que li arriba, i es fa necessària la col·laboració amb altres professionals per atendre alguns casos urgents i els problemes de salut que requereixen tecnologies més complexes. Per una altra part, no és menys obvi que l'especialista que treballa en l'Hospital Sant Joan de Déu es nodreix d'aquests casos urgents i més complexos i quan millor sigui el flux d'informació i relació entre ambdós nivells, millor serà la qualitat de l'assistència que entre tots es podrà prestar. **NOUS VINCLES** vol ser una eina per ajudar a catalitzar aquest propòsit.

Us convido a gaudir de **NOUS VINCLES** i a fer-ne un ús intens i extens. Si és així, serà en benefici de tots plegats: professionals, nens, nenes i joves que atenem i de les seves famílies.

Manel del Castillo

Director Gerent
de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

Sant Joan de Déu crea la primera unitat de trastorns de la son pediàtrics de Catalunya

L'Hospital Sant Joan de Déu ha creat la primera unitat de Catalunya especialitzada en el tractament dels trastorns de la son pediàtrics. La unitat, que està coordinada pel servei de neurologia i integrada per dos metges i dos professionals d'infermeria, atén els infants d'entre 0 i 18 anys que presenten problemes de la son i que els hi són derivats pel pediatra d'atenció primària o per qualsevol especialista de l'hospital.

S'estima que un de cada quatre nens pateix alteracions de la son que afecten el seu rendiment escolar, poden repercutir en la seva salut i creixement, i causen trastorns en el seu entorn familiar més immediat. Els problemes de la son més freqüents en els nens són les disòmnies o dificultats per agafar el son; les parasòmnies o problemes durant el son, i l'excessiva somnolència diürna. En els infants d'entre 3 i 12 anys, els trastorns més prevalents són les parasomnies -despertars confusionals, terrors nocturns, sonambulisme, enuresi, bruxisme, malsons i síndrome d'apnees obstructives de la son- mentre que en els adolescents són més freqüents la síndrome de cames inquietes i la narcolèpsia. Els símptomes d'aquests trastorns es manifesten de manera diferent en els infants que en els adults i, en alguns casos, requereixen també d'un tractament diferent.



Els professionals de la unitat de trastorns de la son visiten aquests nens per fer una primera valoració del cas i, si ho consideren adient, els fan un estudi del son i/o un test de latències múltiple per tal de determinar-ne el diagnòstic i prescriure'ls un tractament. La unitat de trastorns de la son pediàtrics de Sant Joan de Déu aplica actualment un tractament pioner a l'Estat per combatre les apnees del son que, en alguns casos, evita que el nen hagi de ser sotmès a una extirpació de les amígdales. En d'altres trastorns, el tractament es basa en el restabliment de les rutines de la son.



Compartint el coneixement

Diabetis infantil

La diabetis mèllitus tipus I (DM I) en el nen, a diferència de la DM I en l'adult, és inestable, ja que hi influeix el seu desenvolupament i creixement, les seves emocions, la seva sensibilitat a l'insulina, la seva dificultat en la col·laboració per l'edat, la por a les injeccions, les hipoglucèmies per falta de gana o per exercici no controlat, la inclinació a les lliminadures, la presència contínua de malalties intercurrents (que ràpidament pot desencadenar en una descompensació), debut en edats cada vegada més primerenques (lactants) i la situació social en què els pares treballen. Tot plegat dificulta i implica un gran esforç en el control de la diabetis del nen.



control glucèmic

L'educació terapèutica. L'activitat educativa en diabetis és un dels pilars bàsics en l'abordatge del nen i adolescent amb diabetis. És el conjunt d'activitats encaminades a que els pares o els nens, segons la seva edat, adquireixin els coneixements, habilitats i l'actitud necessària per al maneig de la diabetis i, d'aquesta manera, aconseguixin ser autònoms i independents. Han de saber:

1. Injectar la insulina,
2. Realitzar l'autoanàlisi, fer 5- 6 i inclús 8 controls glucèmics diaris.
3. Modificar la dosi d'insulina per a normalitzar en tant que sigui possible les glicèmies.
4. Tractar i prevenir una hipoglucèmia.
5. Corregir una hiperglucèmia
6. Tractar una situació de cetosi evitant arribar a una cetoacidosi que comportaria l'ingrés a l'hospital.
7. Portar una alimentació més sana i equilibrada. Treballar els aliments amb hidrats de carboni per racions i saber fer intercanvis.

Per tot això l'educació diabetològica ha de ser continuada, dinàmica, progressiva i adaptada al nen segons l'edat, a les circumstàncies i les seves necessitats. Es tracta d'aconseguir un bon control metabòlic i així poder evitar les complicacions de la diabetis a llarg termini.

Hem d'intentar que el nen amb diabetis s'integri en la societat i s'adhereixi al tractament de la forma menys traumàtica possible. Per això, i per a ajudar-lo a mantenir glicèmies adequades, és importantíssim facilitar-li el material que han d'utilitzar en consonància a la seva edat i situació:

- Xeringues d'un sol ús de 0,5 o 1 unitat d'insulina segons edat, ja que per a un lactant o un nen petit 0,5 unitat d'insulina de més o de menys, fa variar moltíssim el seu control glucèmic.
- Agulles d'un sol ús de 5mm o 6mm (no reutilitzables i mínima longitud per aconseguir una injecció subcutània correcta) per als pens d'insulina. Cal tenir en compte que segons les pautes d'insulina poden necessitar de 4 a 6 agulles diàries.
- Tires reactives necessàries per a mesurar la glucèmia capil·lar, de 5 a 8 tires reactives diàries. L'autoanàlisi és l'eina fonamental amb què obtenim la informació per a corregir i ajustar la pauta d'insulina en el dia a dia del nen amb diabetis.



Un nen amb DM1 s'ha de realitzar un control de glucosa abans dels menjars principal (dejuni, dinar i sopar) i 2h després i moltes vegades de matinada.

A més poden precisar controls glucèmics per situacions com:

- Sospita d'hipoglucèmia .
- Davant d'una malaltia intercurrent, ja que aquesta situació afecta directament a les glicèmies produint oscil·lacions. És important un nombre més gran de controls en aquests casos per evitar una situació de descompensació (cetosi, cetoacidosi).

Com a reflexió a això que s'ha exposat, és necessari i imprescindible el rol de la infermera pediàtrica de primària conjuntament amb l'equip diabetològic, col·legi i tots els que conviuen amb el nen, perquè tot i la seva diabetis pugui gaudir d'una vida saludable, activa i feliç.

L'hospital Sant Joan de Déu disposa d'una pàgina web de diabetis, <http://diabetes.hsjdbcn.org>. Davant de qualsevol consulta poden posar-se en contacte amb nosaltres a través del telèfon 93 600 97 54 o correu electrònic educdiab@hsjdbcn.org.

Cristina Anguita
Ana Gómez

Infermeres Educadores en diabetis



Normas de buena práctica clínica en la atención al niño y adolescente con asma

En los momentos actuales, la **medicina basada en la evidencia** empieza ya a formar parte de nuestra actividad diaria y sus recomendaciones suelen recogerse en las **Guías de Práctica Clínica**. Sin embargo éstas, por sí solas, no parecen ser capaces de cambiar la asistencia de los pacientes. En el caso que nos ocupa, el del paciente asmático, para intentar alcanzar una mejor atención sanitaria y conseguir una mayor implicación de los profesionales, se han desarrollado las **Normas de Buena Práctica Clínica**.

Las normas de Buena Práctica Clínica en la atención al niño y adolescente con asma elaboradas por el Grupo de Vías Respiratorias de la AEPap (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria), recogen los siguientes puntos clave:

1. Evaluación de la gravedad y/o grado de control del asma.
2. Estudio de la función respiratoria.
3. Estudio de la sensibilización alérgica.
4. Medidas de control ambiental.
5. Revisión del tratamiento farmacológico.
6. Revisión de la técnica de inhalación.
7. Educación terapéutica y plan de acción.

Estos puntos se detallan adecuadamente uno por uno. Todos ellos deberían figurar en el registro de la historia clínica de los niños y adolescentes con asma incluidos en los programas de seguimiento de esta patología. Creemos que serán de gran utilidad para la práctica diaria de los pediatras

asma



de atención primaria, y pueden permitir medir mejor el grado de desarrollo del asma y evaluar la calidad asistencial de nuestros niños y adolescentes. Por ello aconsejamos encarecidamente su consulta y revisión.

Estas normas, así como otros protocolos de patología respiratoria (tratamiento de las crisis y de fondo del asma, rinitis, laringitis, bronquiolitis, neumonía, sinusitis, etc.) se pueden encontrar en la siguiente dirección:

<http://www.aepap.org/gvr/protocolos.htm>

Dr. Joan Martí i Fernández
Pediatra
CAP Carles Ribas . Barcelona.



Bronquiolitis: Virus Respiratorio Sincitial. Información para padres.



El virus sincitial respiratorio (VSR) es la principal causa de enfermedades respiratorias en los niños pequeños. El VSR provoca infecciones en los pulmones y las vías respiratorias. En los adultos, puede provocar solo los síntomas típicos de un catarro

común, como nariz tapada o secreción nasal, dolor de garganta, dolor de cabeza leve, tos, fiebre y malestar general. Pero en los bebés prematuros y los niños con enfermedades pulmonares, del corazón o del sistema inmunitario, las infecciones por VSR pueden ocasionar consecuencias más graves.

El VSR es sumamente contagioso, y se puede contagiar a través de gotitas que contiene el virus cuando una persona infectada tose o estornuda. El virus también puede vivir sobre superficies como las encimeras o los pomos de las puertas, así como en las manos y las prendas de ropa. El VSR se contagia fácilmente al tocar objetos o superficies contaminadas. La infección se puede diseminar rápidamente en los colegios y guarderías. Los lactantes suelen contraer la infección cuando sus hermanos mayores se exponen al virus en el colegio y luego lo llevan a casa, contagiando a sus hermanos pequeños. Prácticamente todos los niños se habrán infectado con el VSR por lo menos una vez cuando cumplan dos años.

Las infecciones por VSR suelen darse en epidemias que duran desde finales del otoño hasta principios de la primavera. Las enfermedades respiratorias provocadas por el VSR — como la bronquiolitis o la neumonía — suelen durar aproximadamente una semana, pero en algunos casos duran varias semanas. Por lo general, los médicos diagnostican las infecciones por VSR haciendo una buena anamnesis (re-paso de los antecedentes médicos del paciente) y examen físico. Generalmente, en los niños sanos no es necesario distinguir entre una infección por VSR y un catarro común. Pero en aquellos casos en que el niño tiene otros problemas médicos, al pediatra puede interesarle hacer un diagnóstico específico. El VSR se detecta en las secreciones nasales, de las cuales se puede tomar una muestra con una torunda de algodón o bien succionando las mucosidades con una perita de goma.

Prevenir las infecciones por VSR

Debido a que el VSR se contagia fácilmente al tocar a personas o superficies infectadas, lavarse las manos con fre-

cuencia puede contribuir considerablemente a prevenir la propagación del virus en el entorno doméstico. Lo mejor que puede hacer es lavarse las manos después de estar en contacto con una persona que tenga síntomas catarrales. Y, si tiene más de un hijo y su hijo en edad escolar está acatarrado, manténgalo alejado de su hermano o hermanos —especialmente si éstos últimos son todavía lactantes— hasta que remitan los síntomas.

Para prevenir las enfermedades respiratorias graves relacionadas con el VSR, a los niños de alto riesgo se les puede administrar una inyección mensual de un medicamento que contiene anticuerpos contra el VSR, durante la estación en que la infección por VSR es más prevalente (básicamente entre noviembre y abril). Puesto que estas inyecciones proporcionan una protección a corto plazo, se deben administrar en años consecutivos hasta que el niño deje de pertenecer a la categoría de alto riesgo de infección grave por VSR. Pregunte al pediatra si su hijo se puede considerar de alto riesgo.

Tratar las infecciones por VSR

Afortunadamente, la mayoría de los casos de infección por VSR son leves y no requieren ningún tratamiento médico específico. No se utilizan antibióticos porque el VSR es un virus, y los antibióticos solo sirven para tratar las infecciones bacterianas. A veces se administran fármacos para ayudar a despejar las vías respiratorias.

De todos modos, en un lactante, una infección por VSR puede ser más grave y requerir su hospitalización a fin de controlar atentamente su estado, administrarle fluidos y, en caso necesario, tratarle la dificultad respiratoria.

En casa, cuando su hijo contraiga una infección por VSR, intente que esté lo más cómodo posible, déle tiempo para que se recupere y ofrézcale abundante líquido. No obstante, esto último puede resultar un tanto complicado, ya que es posible que a un bebé infectado por el VSR no le apetezca beber. En tal caso, ofrézcale a su hijo líquido en pequeñas cantidades y a intervalos más cortos de lo habitual.

Para ayudar a su hijo a respirar mejor, utilice un humidificador de vapor frío durante los meses de invierno para mantener un nivel de humedad adecuado en su casa —el invierno puede reseca las vías respiratorias y hacer que se peguen los mocos. Evite los vaporizadores y los humidificadores de vapor caliente, que pueden ser peligrosos al conllevar cierto riesgo de quemaduras. Si utiliza un humidificador de vapor frío, lávelo diariamente con lejía de uso doméstico para impedir que se forme moho.

Si su hijo está molesto y es demasiado pequeño para sonarse, utilice un aspirador nasal (o una perita de goma) para extraerle los fluidos nasales pegajosos.

Si su hijo tiene fiebre, trátela administrándole un fármaco antipirético (para bajar la fiebre) que no contenga ácido ace-

tilsalicílico, como el paracetamol. No se deben administrar nunca fármacos que contengan ácido acetilsalicílico, como la aspirina, a un niño que tenga una enfermedad de origen vírico, puesto que su uso en tales circunstancias se ha relacionado con el desarrollo de una enfermedad grave conocida como síndrome de Reye, que puede poner en peligro la vida del niño.

Cuándo llamar al pediatra

Llame al pediatra si su hijo presenta cualquiera de los siguientes síntomas:

- Fiebre alta con aspecto de estar enfermo.
- Secreciones nasales densas de color amarillo, verde o gris.
- Tos cada vez más fuerte o tos asociadas a expectoración amarilla, verde o gris.

Llame también al pediatra si le parece que su hijo podría estar deshidratado.

Si su hijo es todavía un lactante, aparte de los síntomas mencionados, llame al pediatra si está más irritable o inactivo que de costumbre, o se niega a mamar o a tomar el biberón.

Pida ayuda médica inmediata si le parece que su hijo tiene dificultades para respirar o respira muy deprisa, está muy amodorrado o se le ponen azules los labios y/o las uñas de las manos.

Obtener copias en:

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&article_set=56702&lic=194&cat_id=20256



Ansiedad, miedos y fobias.

Todas las personas, desde los niños(as) hasta los adultos más mayores, experimentan ansiedades y miedos de vez en cuando. Sentirse ansioso en una situación particularmente incómoda nunca es agradable. Sin embargo, cuando se trata de los niños(as), experimentar este tipo de sentimientos es normal y necesario. Sentir y lidiar con la ansiedad puede preparar a las personas más jóvenes a hacer frente a experiencias y situaciones retadoras en la vida.

La ansiedad y el miedo son normales

La definición de la ansiedad es “una aprehensión sin una causa aparente”. Suele ocurrir cuando no existe una amenaza inmediata a la seguridad o el bienestar de una persona, sin embargo la amenaza se siente como algo real. La ansiedad hace que una persona quiera escapar de una situación –rápidamente. El corazón late con velocidad, el cuerpo puede que empiece a sudar y pronto la persona sentirá “mariposas” en el estómago. Sin embargo, un poco de ansiedad puede ayudar a las personas a mantenerse alertas y concentradas.

Sentir miedo o tener ansiedad sobre ciertas cosas puede ser positivo porque hace que los niños(as) se comporten de una manera más segura. Por ejemplo, un niño(a) que tenga miedo al fuego evitará jugar con fósforos.



**...miedo
a los
monstruos
y a los
fantasmas...**

La naturaleza de las ansiedades y de los miedos cambia a medida que los niños(as) crecen y se desarrollan:

- Los bebés experimentan ansiedad ante los extraños, abrazando fuertemente a sus padres cuando personas que no reconocen se acercan a ellos.
- Entre los 10 y 18 meses experimentan ansiedad debido a la separación, sintiéndose emocionalmente disgustados cuando uno o ambos padres se apartan de su lado.
- Con edades entre cuatro y seis años de edad sienten ansiedad respecto a las cosas que no se basan en la realidad, como por ejemplo, el miedo a los monstruos y a los fantasmas.
- Con edades entre los siete y 12 años generalmente tienen miedos que reflejan circunstancias reales que pueden ocurrirles como por ejemplo, lastimarse o enfrentar desastres naturales.

A medida que los niños(as) crecen, un tipo de miedo puede desaparecer o ser reemplazado por otro. Por ejemplo, un niño(a) que no puede dormir con la luz apagada a los cinco años puede que disfrute un cuento sobre fantasmas años después al asistir a una fiesta. Algunos miedos pueden referirse únicamente a un cierto tipo de estímulo. En otras palabras, un niño(a) puede que quiera acariciar a un león en el zoológico pero ni soñaría con acercarse a acariciar al perro de un vecino.

Reconociendo los síntomas de la ansiedad

Los miedos típicos de la niñez cambian con la edad. Estos incluyen el miedo a los extraños, a las alturas, a la oscuridad, a los animales, a la sangre, a los insectos o a estar solo(a). Los niños(as) generalmente aprenden a tenerle miedo a un objeto específico o a una situación después de haber tenido una experiencia desagradable, como la mordedura de un perro o un accidente.

La ansiedad a causa de la separación es muy común cuando los niños(as) pequeños comienzan la escuela; mientras

que los adolescentes pueden experimentar un tipo de ansiedad relacionada con la aceptación social y los logros académicos.

Si los sentimientos de ansiedad persisten, pueden afectar la sensación de bienestar de los niños(as). La ansiedad asociada con evitar situaciones sociales puede tener efectos a largo plazo. Por ejemplo, un niño(a) con miedo a de ser rechazado puede dejar de aprender ciertos hábitos para relacionarse en la sociedad, ocasionando su aislamiento social.

Muchos adultos se sienten atormentados por miedos que comenzaron a partir de experiencias en la infancia. El miedo de un adulto de hablar en público puede ser el resultado de haber sido avergonzado en frente de compañeros del colegio muchos años atrás. Es importante reconocer e identificar los signos y síntomas de las ansiedades de sus hijos(as) para que la preocupación no sea excesiva.

Algunos de los signos que pueden revelar la ansiedad de un niño(a) respecto a algo, pueden incluir:

- una actitud demasiado apegada, impulsiva o distraída,
- movimientos nerviosos, como un tic temporal,
- problemas para quedarse dormido(a) o lo contrario, dormir más de lo normal,
- manos sudadas,
- ritmo cardíaco y respiración acelerada,
- náuseas,
- dolores de cabeza,
- dolores de estómago.

Además de estos signos, los padres generalmente pueden darse cuenta de cuando su hijo(a) no se siente cómodo respecto a algo. Escucharles con atención siempre ayuda; algunas veces simplemente hablar sobre el miedo puede ayudar a un niño(a) a superarlo.

¿Qué es una fobia?

Cuando las ansiedades y los miedos persisten, algunos problemas pueden surgir. Independientemente de cuánto un padre desee que su hijo(a) supere ciertos miedos, a veces lo contrario ocurre, y la causa de la ansiedad abarca más terreno y se hace más prevalente. La ansiedad entonces se convierte en una fobia o un miedo que es extremo, severo y persistente.

Una fobia puede ser difícil de tolerar, tanto para los niños(as) como para las personas que los rodean, especialmente si los estímulos que producen la ansiedad (cualquier situación u objeto que la motive) sea difícil de evitar (e.g., las tormentas).

Las fobias “reales” son una de las principales causas por las que los niños(as) son referidos a los profesionales de la salud mental. Pero la buena noticia es que a menos que la fobia de un niño(a) impida su capacidad de funcionar diariamente, el niño(a) a veces no necesitará tratamiento con un profesional ya que con el tiempo la fobia desaparecerá.

Enfocándose en las ansiedades, los miedos y fobias de su hijo(a)

Intente contestar a las siguientes preguntas con honestidad:

¿Los miedos y el comportamiento que su hijo(a) demuestra son típicos de un niño(a) de su edad? Si la respuesta a esta pregunta es sí, es muy probable que los miedos de su hijo se resuelvan antes de que se conviertan en una causa para preocuparse. Esto no significa que la ansiedad debe ser ignorada u olvidada; en su lugar, debe ser considerada como un factor en el desarrollo normal de su hijo(a).

Muchos niños(as) experimentan miedos apropiados para su edad, como el miedo a la oscuridad. La mayoría de los niños(as), con el apoyo humano y quizás una lámpara nocturna, superarán este miedo. Sin embargo, si el problema continúa o si existe ansiedad frente a otros temas, la intervención puede que tenga que ser más intensiva.

¿Cuáles son los síntomas del miedo y cómo afectan al funcionamiento personal, social y académico de su hijo?

Si los síntomas pueden ser identificados y considerados en base a las actividades diarias de su hijo(a), pueden hacerse ajustes para aliviar algunos de estos factores de tensión.

¿Parece el miedo poco razonable en relación a la realidad de las situaciones, y pudiera ser un signo de un problema más importante? Si el miedo de su hijo(a) parece estar fuera de proporción con lo que ocasiona su preocupación, esto puede ser una señal de que es necesaria la ayuda de un consejero, un psiquiatra o un psicólogo.

Es una buena idea que los padres busquen patrones de comportamiento. Si un incidente aislado se resuelve, los padres no deberían hacerlo más significativo de lo que fue. Sin embargo, si existe un patrón persistente o si surge uno que trascienda, usted debe intervenir. Si no lo hace, es posible que la fobia influya sobre su hijo más adelante.

Usted puede contactar con el doctor de su hijo(a) o con un profesional de la salud mental con experiencia para trabajar con niños(as) y adolescentes.

Cómo ayudar a su hijo(a)

Los padres pueden ayudar a sus hijos(as) a desarrollar los elementos y la confianza en sí mismos para superar los miedos evitando que se conviertan en reacciones fóbicas. A continuación detallamos algunos consejos para que usted pueda ayudar a su hijo(a) con los miedos o ansiedades que pueda tener:

- Reconozca que el miedo es real. Tan trivial como parezca, para su hijo(a) es real y está causando que sienta ansiedad y miedo. Ser capaz de hablar sobre el miedo ayuda – las palabras a veces le quitan el poder a los pensamientos negativos. Si usted habla acerca de ello, el miedo puede ser menos poderoso.
- Nunca opine que el miedo es insignificante para forzar a su niño(a) a que lo supere. Decirle a su hijo(a), “¡No seas ridículo! ¡No hay monstruos en tu armario!” puede que haga que su hijo vuelva a la cama, pero no hará que el miedo desaparezca.

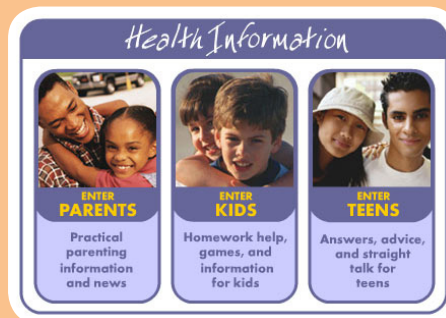
- No se rinda ante los miedos. Si a su hijo no le gustan los perros, no cruce la calle a propósito para evitar encontrarse con un perro. Este comportamiento fortalecerá el pensamiento de que los perros deben evitarse. Brinde apoyo y demuestre protección a medida que se acerque con su hijo(a) al objeto o situación que genere temor.
- Enseñe a su hijo(a) a cómo evaluar el miedo. Si su hijo(a) puede visualizar la intensidad del miedo en una escala del uno al 10, con el número 10 como el más fuerte, él o ella puede que “vean” al miedo con menos intensidad de lo que originalmente imaginaron. Los niños(as) más jóvenes pueden pensar en sentir miedo “hasta las rodillas” como algo no muy temido, “hasta el estómago” como algo más temido y “hasta la cabeza” como petrificado.
- Enseñe a sus hijos(as) estrategias para hacer frente al miedo. Intente estas técnicas fáciles de implementar. Utilizándolo a usted como la “base” el niño(a) puede atreverse a acercarse al objeto temido y luego volver a acercarse a usted en busca de seguridad antes de volverse a acercarse al objeto o situación temida. Los niños(as) también pueden aprender frases positivas sobre sí mismos(as) como por ejemplo “*Yo soy capaz de hacer esto*” y “*Yo voy a estar bien*”, las cuales su hijo(a) puede repetirse a sí mismo(a) cuando sienta ansiedad. Las técnicas de relajación también ayudan, incluyendo la visualización (flotar sobre una nube o descansar en la playa, por ejemplo) y respirar profundamente (imaginando que los pulmones son globos y dejar que se desinflen lentamente).

La clave para resolver los miedos y las ansiedades es superarlas. Utilizando estas sugerencias, usted puede ayudar a que su hijo(a) lidie con las situaciones de la vida.

Para obtener copias:

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&article_set=55493&lic=194&cat_id=20257

Altres consells KidsHealth



Guía para Padres como sobrevivir la Adolescencia

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20258&article_set=25997&ps=104

Hemorragias nasales

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20505&article_set=35505&ps=190

Los soplos cardíacos y su hijo

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20261&article_set=39795&ps=104

Mononucleosis infecciosa

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20256&article_set=37835&ps=104

Preparando la llegada de un nuevo bebé (Celos)

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20286&article_set=25991&ps=104

Consells Hospital Sant Joan de Déu

La bronquiolitis i el seu fill. Informació pels pares. Servei d'Urgències / Pediatria.

Què és la bronquiolitis?

La bronquiolitis és una infecció pulmonar causada per un virus. Els nens menors de 2 anys solen contagiar-se durant l'època hivernal, sobretot entre desembre i març. La majoria dels pacients estan malalts durant una o dues setmanes, després es curen.

Quins són els símptomes de la bronquiolitis?

Els signes inicials són els d'un refredat comú: mucositat nasal, una mica de febre i tos lleugera. Al cap de dos o tres dies, el nen pot començar a respirar més ràpid o amb dificultat, amb sorolls en el pit, tossir més i menjar menys. Aquests

símptomes acostumen a augmentar durant uns altres dos o tres dies. La febre no sol ser alta (si ho és, s'ha de descartar que s'hagi afegit una altra infecció (les més freqüents són otitis o pneumònies).

Què puc fer pel meu fill?

Li recomanem que, si el seu fill té “bronquiolitis”:

- No el forci a menjar. És preferible que mengi menys quantitat i més a sovint. Ofereixi-li aigua o sucres entre menjars.



- En cas de que tingui febre i el noti molest o irritable, pot donar-li un antitèrmic.
- Practiqui-li rentats nassals amb sèrum fisiològic, sobretot abans de les preses.

Quan he d'acudir al pediatra?

Vostè ha d'acudir al seu pediatra si el seu fill presenta:

- Vòmits freqüents (vomita fins i tot els líquids).
- Respiració ràpida, més de 50 respiracions per minut.
- La respiració és difícil, i es marquen molt les costelles.

Si té algun problema de cor o ha nascut prematur, vagi quan s'inicien els primers símptomes d'aquesta malaltia.

Què pot fer el meu pediatra?

El seu pediatra pot controlar al seu fill i comprovar si té signes d'alguna complicació; si ho creu necessari, prescriurà algun medicament per millorar els símptomes.

No existeix cap medicament que actuï eliminant el virus (al ser un virus, els antibiòtics no són efectius). Els tractaments ajuden a millorar l'estat del nen i els seus símptomes, mentre la infecció segueix el seu procés.

Si ho creu necessari, pot suggerir-li el seu ingrés en un hospital, per proporcionar-li la vigilància i les cures apropiades. Si ingressa, pot ser que sigui necessària la utilització de mesures preventives (bata, guants...) per evitar nous contagis.

Poden contagiar-se els meus altres fills?

La bronquiolitis es contagia, igual que el refredat, per contacte directe a través de la saliva o els mocs, però els nens grans no acostumen a contagiar-se. Si ho fan, generalment no tenen més que un quadre catarral.

Vostè pot ajudar a prevenir que s'estengui la malaltia deixant el seu fill a casa fins que la tos pràcticament hagi cessat. S'ha de rentar les mans després de cuidar al seu fill malalt i abans de cuidar un altre nen. Eviti que estigui amb nens de curta edat.

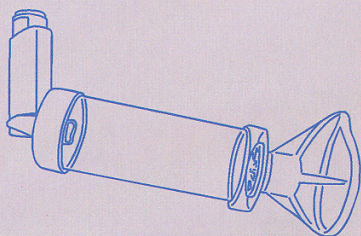


Cambres inhaladores.



hospitalamic

Les crisis d'asma són molt freqüents als serveis d'urgències. S'ha demostrat que el tractament amb inhalador amb cambra és igual d'eficaç que amb el nebulitzador, té menys efectes secundaris i és més còmode pel nen.

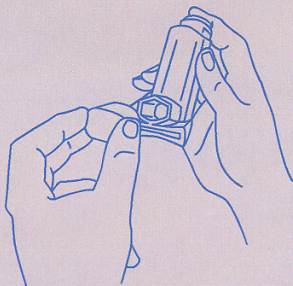


RECORDI!

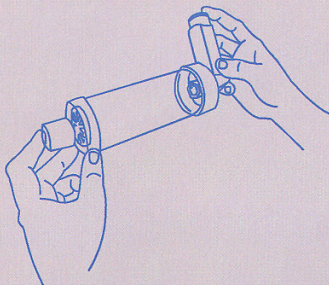
Quan vingui a Urgències per dificultat respiratòria, PORTI LA SEVA CAMBRA.

TÈCNICA D'ÚS DE LA CAMBRA

1. Retiri la tapa de l'inhalador, agafi'l com a la fotografia i agiti'l al menys durant 5 segons.

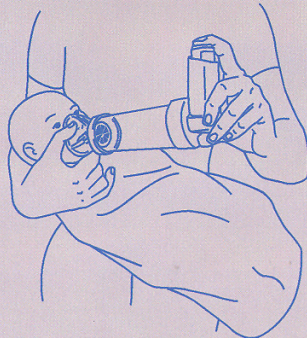


2. Col·loqui l'inhalador a la cambra.
3. El nen ha d'estar incorporat o semi-incorporat per a l'administració correcta del tractament.



Nens menors de 5 anys

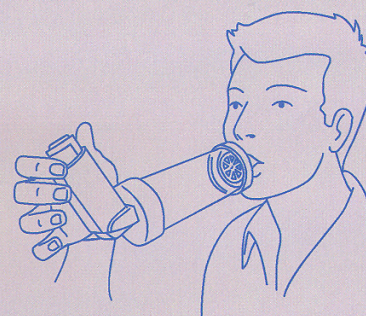
1. Col·loqui amb fermesa la mascareta sobre el nas i la boca del nen.
2. Polsi l'inhalador una cop i esperi fins que el nen hagi respirat de 5 a 10 vegades; comprovi que es mou la vàlvula de la cambra amb cada respiració.
3. Enretiri la cambra i esperi un minut a administrar la següent dosi.



Nens majors de 5 anys

El nen ha de:

1. Introduir el brocal a la boca, per darrera de les dents, i segellar-lo amb els llavis.
2. Pulsar l'inhalador una cop i respirar a través de la boca, de 5 a 10 cops comprovant que es mou la vàlvula amb cada respiració.
3. Enretirar la cambra i espera un minut fins a administrar la següent dosi.



AATENCIÓ:

- Si la cambra és nova o s'acaba de rentar, impregni-la amb 5-10 puff abans del seu ús.
- No agiti la cambra i l'inhalador alhora.
- Les cambres han de netejar-se un cop a la setmana amb detergent domèstic. Han d'eixugar-se a l'aire lliure sense utilitzar panys ni paper.
- Si s'usa mascareta facial, ha de rentar-se la cara del nen després de l'aplicació del tractament; si s'utilitza brocal, el pacient s'esbandirà la boca.



Ictericia en el niño escolar / M. Castillo, I. Aguilar, O. Cruz-Martínez

Motivo de consulta:

Acude a urgencias remitido por su pediatra niño de 6 años por presentar ictericia cutáneo-mucosa progresiva de 5 días de evolución, que se acompaña de dolor epigástrico de tipo cólico, acolia y coluria.

Afebril. Refiere discreta astenia. No prurito. No otros síntomas acompañantes.

No alergias conocidas. Vacunación al día. No viajes recientes. No refiere consumo de fármacos ni tóxicos.

Antecedentes personales o familiares: sin interés.

Exploración física:

Peso 23 kg. Tª axilar 36'5°C. FC 105 x'. TA 100/52.

Destaca ictericia cutánea y conjuntival. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en mesogastrio e hipocondrio derecho, con hepatomegalia dura y lisa, de 4 cm.

El resto de la exploración por aparatos es normal.

Signo guía: ICTERICIA

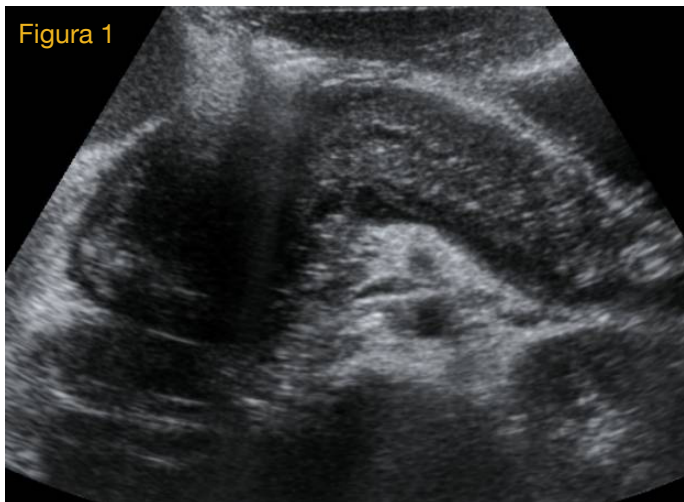
Exploraciones complementarias

Análítica sanguínea: Serie roja, blanca, plaquetar y coagulación normales. Bilirrubina total 5.1 mg/dl (0.2-1), Bilirrubina directa 3.8 mg/dl (<0.2), AST 94 UI/L (2-50), ALT 178 UI/L (2-31), GGT 397 UI/L (10-22), FA 473 UI/L (<279), Amilasa 260 UI/L (<110), Lipasa >1.200 UI/L (<60). Serologías virales para VHA, VHB, VHC, VIH, CMV y VEB negativas.

Estudio de orina: Bilirrubinuria ++.

Ecografía abdominal: aumento del volumen de la cabeza pancreática, con patrón hipoecogénico, dilatación del conducto de Wirsung y de la vía biliar (**Figura 1**)

Figura 1

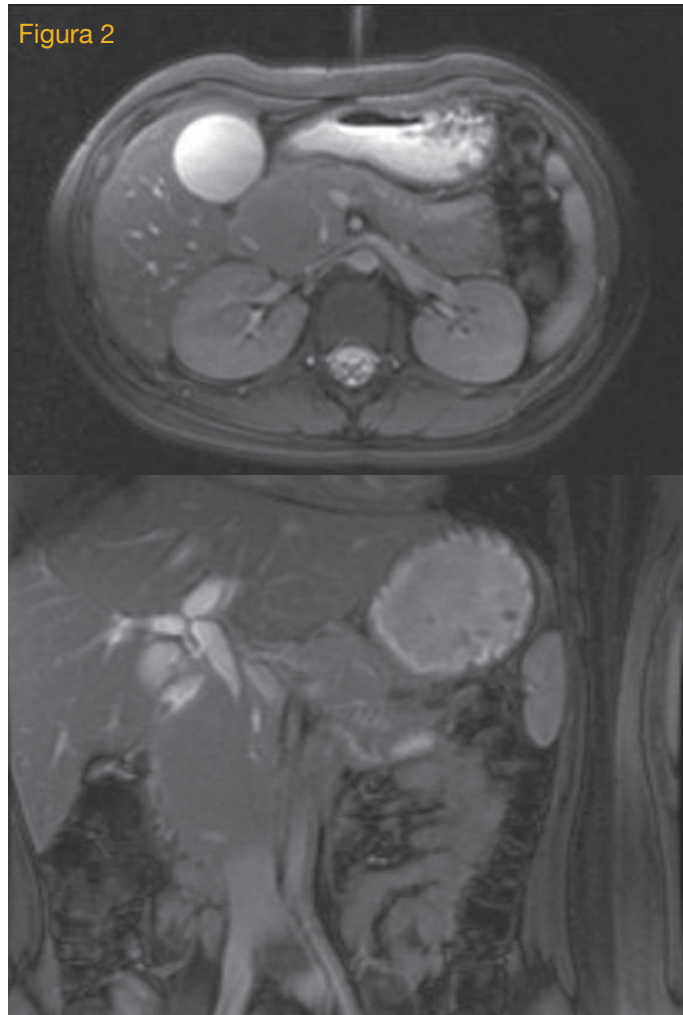


Respuesta al caso clínico:

El paciente presentaba una hiperbilirrubinemia directa, con patrón de colestasis y alteración del perfil pancreático. La ecografía abdominal sugiere un proceso inflamatorio agudo focal a nivel pancreático que fue el diagnóstico inicial de entrada. Se ingresó con tratamiento analgésico, antibiótico y alimentación parenteral.

A pesar de ello, la situación clínico-analítica empeoró progresivamente, por lo que se realizó RM abdominal (**Figura 2**), en la que se visualizaba un aumento de la cabeza del páncreas con efecto masa compatible con lesión neoplásica.

Figura 2



Dado el estado del paciente, se recurrió a laparotomía urgente para descompresión de la vía biliar y toma de biopsias de la tumoración que englobaba mesenterio, páncreas y duodeno. El estudio histológico mostró que se trataba de un Linfoma de células B de origen en las células linfoides del mesenterio. El estudio de extensión fue negativo.

Se inició tratamiento poliquimioterápico, con remisión completa hasta la fecha.

Discusión:

La ictericia es un signo guía que motiva consultas frecuentes en la época neonatal por la ictericia fisiológica del recién nacido pero que posteriormente cuanto mayor es el niño menos frecuente es, pero más valor patológico adquiere (a excepción de la enfermedad de Gilbert). La anamnesis, la exploración física y las exploraciones complementarias deben ir dirigidas en estos casos de niños mayores a buscar patología orgánica.

Se debe a una hiperbilirrubinemia que puede ser de tipo indirecto/no conjugada o de tipo directo/conjugada. En ocasiones podemos detectar tan sólo aumento de la bilirrubina pero generalmente va asociado a un patrón de colestasis (aumento de fosfatasa alcalina y gamma-GT) o de necrosis (aumento de las transaminasas). Según sea uno u otro caso, nos encontraremos con diferentes etiologías tal y como se aprecia en los algoritmos diagnósticos adjuntos.

En este caso, la ictericia se debe a una hiperbilirrubinemia conjugada con patrón de colestasis por alteración de la excreción en la vía biliar debida a una obstrucción extrínseca de ésta. Se trata pues de una ictericia obstructiva, que suele estar causada por procesos inflamatorios o litiasis. En cambio, la presentación de un linfoma abdominal con esta clínica es excepcional.

Los linfomas son la tercera neoplasia en frecuencia en la edad pediátrica, después de las leucemias y los tumores del sistema nervioso central y su localización abdominal es la más frecuente. Acostumbran a ser neoplasias de tipo B, no-Hodgkin, que se manifiestan con clínica de dolor abdominal, náuseas y vómitos, masa palpable y en los casos más evolucionados en forma de ascitis o abdomen agudo.

El diagnóstico diferencial incluye patología infecciosa (adenitis mesentérica inflamatoria o tuberculosa, absceso apendicular o perirrenal), quística (quiste y pseudoquiste pancreático, quiste mesentérico) o tumoral (insulinoma, rabdomiosarcoma biliar, neuroblastoma, carcinoma duodenal, linfangioma quístico, adenopatías metastásicas).

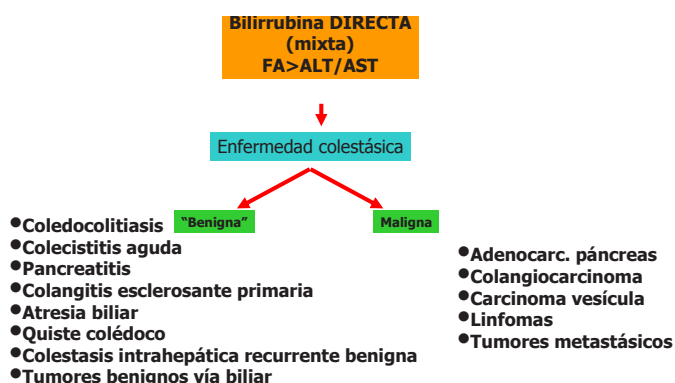
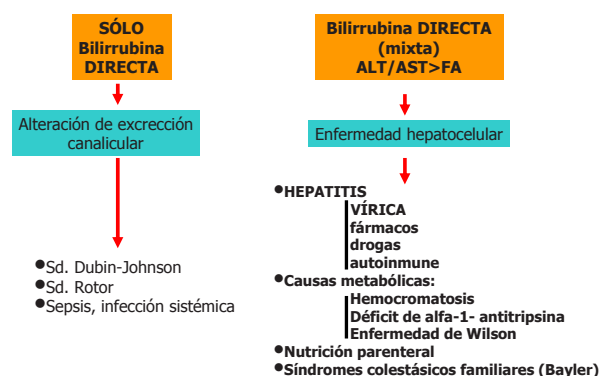
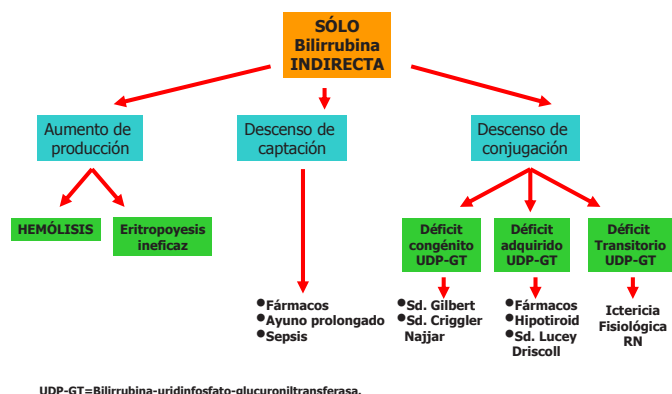
El tratamiento se basa en la poliquimioterapia y profilaxis intratecal.

DIAGNÓSTICO: ICTERICIA OBSTRUCTIVA POR LINFOMA MESENTÉRICO

Bibliografía

1. Cruz M. Tratado de Pediatría. 8ª Edición. 2001.
2. García de Andoni N, Lassaletta A, Scaglione C, Contra T, Madero L. Ictericia obstructiva como forma de presentación de neuroblastoma. An Pediatr (Barc). 2006; 64 (1): 85-8.
3. Pites JB, Shankar S, Ford C, Jonson JE. Obstructive jaundice secondary to lymphoma in childhood. J Pediatr Surg. 2001; 36: 1792-5.
4. Guelrud M, Mendoza S, Zager A, Noguera C. Biliary stenting in an infant with malignant obstructive jaundice. Gastrointest Endosc. 1989; 35: 259-61.

Algoritmos diagnósticos



Fiebre y exantema / A. Martínez Planas

Motivo de consulta:

Paciente de 9 años derivada por su pediatra a urgencias por cuadro de fiebre de hasta 39° C de 3 días de evolución. A las 8 horas del comienzo de la fiebre inicia lesiones maculares eritematosas en tórax. Son dolorosas y se extienden a abdomen, confluyen y aparecen, posteriormente, lesiones vesiculosas y costras. Refiere odinofagia acompañante y cefalea. Aumento de las lesiones y persistencia de la fiebre aún estando en tratamiento con amoxicilina-clavulánico a 50 mg/ Kg./ día desde hace 24 horas.

Origen magrebí, refería haber pasado la varicela hacía un año. No otros antecedentes de interés.

Exploración física:

Peso 40 kg. Tª axilar 39'3°C.

Estado general afectado, ojerosa. Exantema eritematoso máculopapular en tórax, parte proximal de extremidades inferiores y cuello con ampollas, alguna pústula y costras. En extremidades inferiores se objetivaban algunas lesiones violáceas sugerentes de púrpura. La paciente refería dolor a la palpación de las lesiones y sensación de quemazón. El resto de la exploración física por aparatos era normal.

En la analítica sanguínea destacaba: 19.400 leucocitos / mm³ (75% NS, 11% NB, 10% L, 2% M), PCR: 66, 1mg/ L. Poblaciones linfocíticas normales. Serologías a CMV, VIH, VHC i VHB y a *Yersinia*, *S. tify* y *S. paratify* negativas. Perfil reumatoide: Factor reumatoide, Complemento, inmunoglobulinas y AS-LOS normales.

En el frotis de lesiones no aparecían gérmenes en el gram pero sí un infiltrado de PMN abundante. La biopsia de las lesiones mostraba edema y componente inflamatorio constituido principalmente de polimorfonucleares en dermis papilar y superficial de predominio perivascular junto con leucocitoclasia.



¿Cuál es su diagnóstico?

SINDROME DE SWEET

El síndrome de Sweet o dermatosis febril neutrofílica aguda se caracteriza por inicio agudo de fiebre, leucocitosis y placas cutáneas eritematosas que muestran infiltrados neutrofílicos.

Aunque se puede presentar de manera aislada, frecuentemente se trata de un proceso reactivo a múltiples etiologías tales como infecciones bacterianas (estreptococos, micobacteras, *Yersinia*, salmonelosis...), y víricas (CMV, HIV, hepatitis crónicas), enfermedades autoinmunes (artritis reumatoide, LES, síndrome de Sjögren, ...), enfermedad inflamatoria intestinal, o a fármacos tales como litio o furosema. Aproximadamente el 20 -25 % presentan asociados procesos malignos especialmente de origen hematológico.

Clínicamente se observa:

- A. **Afectación cutánea:** lesiones cutáneas consistentes en pápulas eritematovioláceas confluentes hasta formar placas con superficie pseudovesicular que se pueden acompañar de pustulización de las mismas. Estas placas producen sensación de quemazón y dolor pero no picor. Predominio en cuello y extremidades (dorso de manos)
- B. **Afectación sistémica:** Fiebre, que puede asociarse a infección respiratoria de vías altas, conjuntivitis y, en un tercio de los casos, mialgias y artralgias. Pueden verse envueltos órganos internos (alveolitis neutrofílica, fallo renal agudo e incluso alteraciones psiquiátricas por afectación del sistema nervioso central).

Los hallazgos analíticos no son específicos encontrándose neutrofilia periférica junto con elevación de parámetros inflamatorios. El diagnóstico patológico se caracteriza por infiltrados perivasculares neutrofílicos que no afectan a la dermis profunda, junto con leucocitoclasia y ausencia de vasculitis.

El diagnóstico se basa en: 2 criterios mayores (1. inicio abrupto de las lesiones típicas, 2. anatomía patológica compatible) y 4 menores (1. antecedente de fiebre o infección, 2. fiebre, artralgias, conjuntivitis o patología maligna acompañante, 3. leucocitosis, 4. buena respuesta a corticoesteroides sistémicos)

El tratamiento estándar es la corticoterapia sistémica aunque no hay estudios randomizados que la avalen. El pronóstico depende de la enfermedad subyacente y las recaídas son poco frecuentes.

En nuestro caso, se trató de un **síndrome de Sweet** aislado que evolucionó favorablemente con buena respuesta a corticoides

Bibliografía

1. Cohen PR, Kurzrock R. "Sweet's syndrome: a review of disease concepts" Int. J Dermatol. 2003 Oct; 42 (10) 761-78.
2. Cohen PR, Kurzrock R. " Sweet's syndrome: a review of current treatment options " Am J Clin Dermatol. 2002; 3 (2): 117-31.
3. Burral B. "Sweet's syndrome (acute febrile neutrophilic dermatosis) ". Dermatol Online J. 1999 May; 5 (1): 8.
4. Lear JT, Atherton MT, Byrne JP. " Neutrophilic dermatoses: Pyoderma gangrenosum and Sweet's syndrome". Postgrad Med J. 1997 Feb; 73(856): 65-8.
5. Von den Driesch P. " Sweet's syndrome (acute febrile neutrophilic dermatosis). J Am Acad Dermatol. 1994 Oct; 31 (4): 535-56.
6. Farreras, Medicina interna, pág 1342.

La seguridad del paciente: higiene de manos

La infección relacionada con la atención sanitaria es...

"Infección que afecta a un paciente durante el proceso de atención en una instalación sanitaria y que no estaba presente ni estaba en incubación en el momento del ingreso. Incluye las infecciones que se han adquirido en el hospital pero que se manifiestan después del alta, así como las infecciones ocupacionales del personal del centro".

- Las manos son el vehículo más común de transmisión de los microorganismos patógenos asociados a la atención de salud. Por esto, la higiene de las manos se considera la medida más eficaz en la prevención de la transmisión cruzada de la infección en el entorno sanitario.

Es importante tener en cuenta que esta medida protege al paciente de gérmenes nocivos que pueda tener el personal sanitario en las manos o que estén en la piel del propio paciente; y por otra parte, protege al personal sanitario y al entorno de atención de salud de gérmenes nocivos.

Se considera que hay cinco momentos claves en los cuales se debe realizar una adecuada higiene de manos:

- Antes del contacto con el paciente
- Después del contacto con el paciente
- Antes de cualquier técnica aséptica (cura de lesiones, administración de colirios, accesos venosos, etc.)
- Después de la exposición a fluidos orgánicos (extracciones, aspiración de secreciones, etc.)
- Al salir del entorno inmediato del paciente.

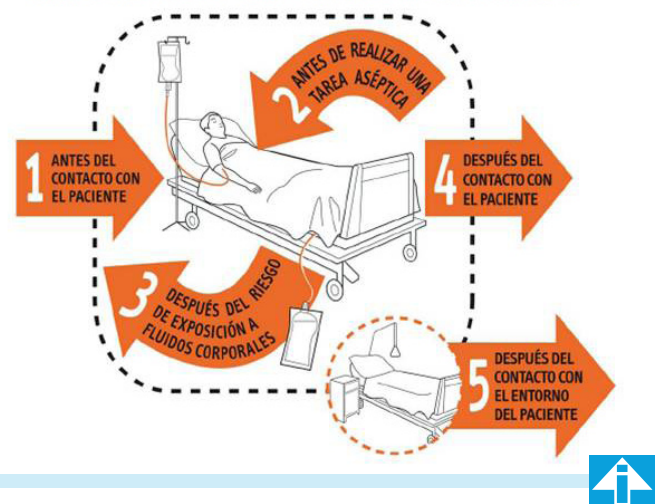
Esta técnica debe realizarse con un producto antiséptico, ya sea jabón o una base alcoholizada, realizando el lavado o fricción por todas las superficies de las manos incluyendo

los pliegues interdigitales y lechos ungueales, en un tiempo mínimo de 40-60 segundos si se utiliza agua y jabón ó 20-30 segundos con la base alcohólica.

- El lavado adecuado de las manos con agua y jabón requiere de 40 a 60 segundos.
- En general, el personal sanitario utiliza por término medio menos de 10 s.
- El grado de cumplimiento de la higiene de manos durante la atención sanitaria contribuirá a crear un entorno seguro para el paciente y para el profesional.

La seguridad del paciente es un compromiso de todos.!!!

Tus 5 momentos para la HIGIENE DE LAS MANOS



Què hi ha de nou en Vincles?

El projecte Vincles

Avui en dia parlar d'intervencions sanitàries de qualitat comporta necessàriament posar en joc pràctiques de coordinació. Cada cop es fa més evident que els problemes de salut s'han de afrontar amb visions interdisciplinars i per això sempre resulta desitjable la interacció de professionals de diferents disciplines i àdhuc de diferent nivells assistencials.

El projecte VINCLES neix de la voluntat de l'Hospital Sant Joan de Déu (HSJD), expressada en el seu pla estratègic -PAIDHOS-, d'establir xarxes de relació amb els professionals que treballen per a la salut de la població infantil i juvenil de la seva àrea d'influència. VINCLES pretén d'estructurar la comunicació d'aspectes assistencials i no assistencials entre els professionals de l'HSJD i els de l'Atenció Primària de Salut. S'adreça especialment al pediatra i a la infermera pediàtrica, sense voler excloure, però, al metge de família que participa en l'atenció a l'adolescència.

Molts professionals de pediatria de Costa de Ponent i de Barcelona Esquerre s'han format a l'HSJD i coneixen la institució de manera suficient com per a poder solucionar necessitats de suport que li puguin sorgir en la pràctica diària. Altres professionals porten tants anys treballant en la comunitat que poc a poc han anat trobant mecanismes d'interacció informals, però que funcionen. El programa VINCLES vol ser un canal de comunicació institucional, eficient entre ambdós nivells, i a l'hora el paraigua que doni aixopluc a diferents programes de col·laboració d'interès mutu.

Entre d'altres propostes el VINCLES es planateja assolir:

- Un millor coneixement entre professionals de la comunitat i de l'hospital.
- Un millor coneixement de l'oferta assistencial de l'HSJD.

.../...

- Una assistència compartida de pacients per problemes de salut específics.
- Nous canals de comunicació entre professionals d'ambdós àmbits.
- La programació d'activitats docents amb enfocament cap a l'APS.
- La millora del flux d'informació assistencial entre ambdós nivells.
- L'establiment del consens mínim respecte de la protocolització de problemes de salut.

I en general poder concretar altres aspectes assistencials que puguin ser útils, sempre pensant en la millora de la qualitat i de la capacitat resolutiva dels professionals.

El projecte VINCLES va iniciar-se al desembre 2007. El butlletí NOUS VINCLES vol ser la seu mitjà principal de comunicació i a través d'aquest recurs anirem exposant el seu abast, els seus propòsits i els seus resultats. En aquest primer exemplar, aprofitant l'època de l'any en que estem es presenten els documents de consens que han sorgit a partir del VINCLES.



Document de consens sobre el diagnòstic i tractament de l'asma en el nen menor de tres anys entre HSJD i APS de Costa de Ponent i Barcelona Esquerra. Maig de 2008.

Pediatría d'Atenció Primària:
Coordinadors: Dr. M. Enrubia i Dra. A. Vallés

Hospital Sant Joan de Déu (Esplugues, Barcelona)
Prof. M.A. Martín Mateos

Aquest document de consens va sorgir a partir de la jornada de treball específica del curs de protocolització conjunta entre HSJD i professionals d'APS del projecte VINCLES.

1. Generalitats

La majoria dels nens de menys de tres anys amb sibilacions no acabaran sent asmàtics

L'anamnesi i exploració ens dibuixen un fenotip i una orientació clínica raonablement segura.

Els nens amb fenotip "sibilacions persistents atòpics" són candidats a estudi pel Servei d'Immunoal·lèrgia previ screening a l'Atenció Primària.

2. Sol·licitud d'IgE

A l'Atenció Primària és possible efectuar determinacions d'IgE total i IgE específica. Els criteris per a demanar IgE específica són,

- **Àcars** → demanar sempre.
- **Alternària** → demanar només en zones de risc.
- **Pol·len** → demanar només en els casos dirigits (més propi de nens grans).
- **Epitelis** → demanar només a partir d'anamnesi dirigida.
- **Proteïnes de llet de vaca** → demanar en casos de dermatitis atòpica aïllada.
- **Proteïnes d'ou** → demanar en cas de dermatitis atòpica associada a asma.

3. Prova de screening en Atenció Primària

Amb els recursos diagnòstics existents en el moment present, ImmunoCap Rapid® és la primera opció de screening diagnòstic en Atenció Primària.

No està indicat en general l'estudi d'al·lèrgies en menors de 6 mesos de vida i, en majors de 2 anys pot efectuar-se estudi a pneumoal·lèrgens si el fenotip ho suggereix.

Aquest aparell proporciona un diagnòstic ràpid de sensibilització, no d'al·lèrgia. En el cas de positivitat obliga a sol·licitar IgE total i IgE específica a l'al·lèrgic positiu.

L'ús adequat de l'ImmunoCap Rapid® implica **VALORAR SEMPRE RESULTATS I CLÍNICA**, així és molt important tenir en compte que una positivitat sense clínica compatible no té cap significat i per tant no cal fer-hi res. Així, un resultat positiu no implica necessàriament que calgui fer la derivació del cas a un servei especialitzat.

La taula següent mostra l'algoritme de raonaments que se'n deriva de l'ús d'aquesta eina diagnòstica.

Resultat ImmunoCap Rapid®	Aspectes clínics del cas	Decisió adequada
+ a un aliment	No exposició prèvia	Remetre a immunoal·lèrgia HSJD per fer proves de provocació (amb major o menor nivell de preferència segons la importància de l'aliment implicat, la sospita d'al·lèrgia a proteïnes de llet de vaca sempre té un tracte preferent)
+ a un aliment	Exposició habitual a l'aliment sense clínica associada	No cal retirar l'aliment
+ a pneumoal·lèrgic	Valorar antecedents	Remetre a immunoal·lèrgia HSJD per completar estudi i valorar indicació immunoteràpia
- a pneumoal·lèrgic	Antecedents familiars d'al·lèrgia o atòpia	Repetir prova en el termini d'un any

4. Registre de l'activitat assistencial

El Servei d'Immunoal·lèrgia de l'HSJD ha dissenyat un llibre de registre d'asma que es lliura a cada pacient tractat per aquest problema de salut on, al marge de consells d'educació sanitària, s'enregistren les intervencions realitzades i on el pediatra d'APS pot afegir informació clínica rellevant del cas. Aquest quadern pot ser el nexa d'enllaç entre els diferents nivells assistencials i el propi pacient i la seva família.

5. Equipament assistencial

Es requereix utilitatge concret i adaptat a l'edat pediàtrica per a atendre correctament les crisis asmàtiques a l'APS. Per un millor diagnòstic i valoració del nivell de gravetat cal disposar de **pick-flow** i **pulsioxímetre** i per un acurat tractament cal l'ús de cambres d'inhalació adequades i fàrmacs específics.

6. Singularitats en el tractament

Es reitera la utilitat de Montelukast en el tractament de manteniment en aquest grup d'edat, tot i que les polítiques de prescripció de les organitzacions no afavoreixen en ocasions el seu ús.



Document conjunt sobre el tractament de manteniment de l'asma en pediatria entre assistència especialitzada i atenció primària.

Grup de treball:

Hospital Sant Joan de Déu:

Carme Fàbrega, Carles Luaces, M^a Anunciación Martín-Mateos i Miquel Villaronga

Institut Català de la Salut:

Marina Balanzó, Emili Fos, Manoli Martos, Gemma Rodríguez

Tractament de manteniment de l'asma del nen/a de 3 ó menys anys.

La **taula 1** reflecteix la dosi equivalent (baixa, mitjana o alta) per tipus de glucocorticoide inhalat (GCI), i la **taula 2** mostra el protocol consensuat de tractament per aquest grup de edat.

Corticoide	Dosi baixa	Dosi mitjana	Dosi alta
Budesonida	≤ 200	200-400	> 400
Fluticasona	≤ 100	100-250	> 250

Taula 1: dosi equivalent de glucocorticoides inhalats (GCI) en µgr/dia

TRACTAMENT DE MANTENIMENT ≤ 3 ANYS		
Gravetat asma	Elecció	Alternatiu
Episòdica freqüent	IPA + → GCI dosi baixa IPA - → No cal o ARLT	IPA + → ARLT * IPA - → GCI dosi baixa
Persistent moderada	GCI dosi mitjana	GCI dosi baixa/mitjana + ARLT
Persistent greu	GCI dosi alta. Afegir segons resposta: ARLT, AA-β2-LG (consentiment familiar), GC orals	

Taula 2: Protocol consensuat de tractament de l'asma en el nen/a de 3 o menys anys. IPA: Índex predictiu d'asma. ARLT: Antagonistes dels receptors dels leucotriens (Montelukast 4 mg/dia). AA-β2-LG: Agonistes beta-2-adrenèrgics de llarga durada (no autoritzats per fitxa tècnica a < 3 anys). * Per incompliment terapèutic, tècnica d'inhalació defectuosa, efectes secundaris a la via aèria superior o en cas de no resposta als GCI. Salbutamol inhalat a demanda i en l'asma

La **figura 1** mostra el tractament esglaonat segons el grau de control dels símptomes.



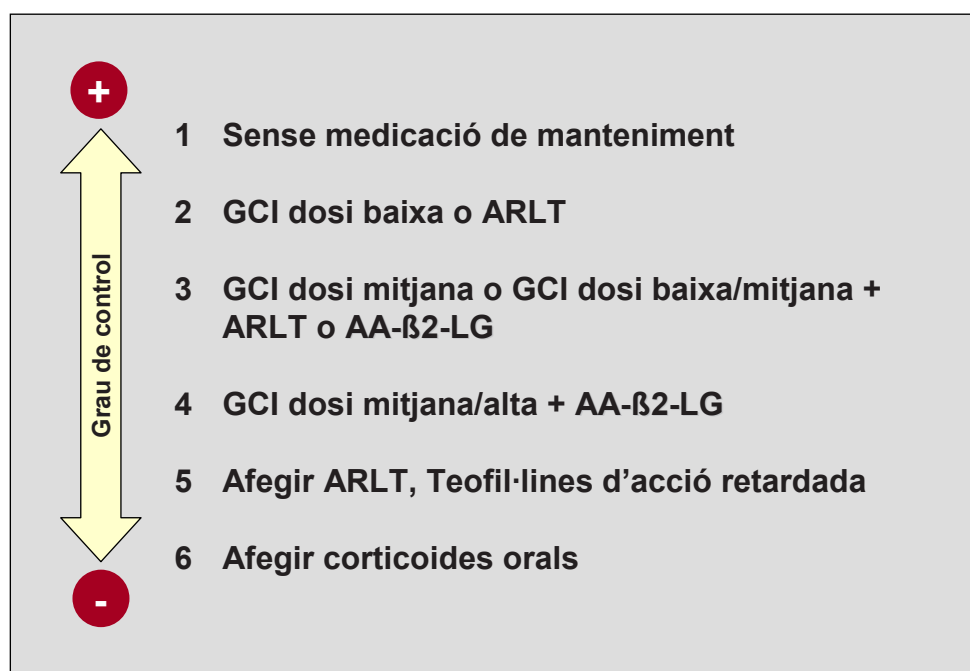
Figura 1: Tractament esglaonat de l'asma del nen/a de 3 o menys anys. Avaluar el compliment terapèutic, la tècnica inhalatòria i el control ambiental. Augmentar l'esglaó en 1-2 mesos si no hi ha bon control, disminuir després de 3-6 mesos amb bon control.

Tractament de manteniment de l'asma en nens de més de 3 anys.

TRACTAMENT DE MANTENIMENT > 3 ANYS		
Gravetat asma	Elecció	Alternatiu
Episòdica freqüent	GCI dosi baixa	ARLT*
Persistent moderada	GCI dosi mitjana	GCI dosi baixa/mitjana + ARLT o AA-β2-LG
Persistent greu	GCI dosi mitjana/alta + AA-β2-LG Afegir segons resposta: ARLT, teofil·lines, GC orals	

Taula 3: Protocol consensuat de tractament de l'asma en el **nén/a de més de 3 anys**. ARLT: Montelukast: 4-5 anys 4 mg/dia, 6-14 anys 5 mg/dia. *Per incompliment terapèutic, tècnica d'inhalació defectuosa, efectes secundaris a la via aèria superior. AA-β2-LG: Salmeterol (> 4 anys), Formoterol (> 6 anys). Salbutamol o Terbutalina inhalats a demanda i en l'asma episòdica ocasional.

La **taula 3** mostra el protocol consensuat de tractament per aquest grup de edat.



La **figura 2** mostra el tractament esglaonat segons el grau de control dels símptomes.



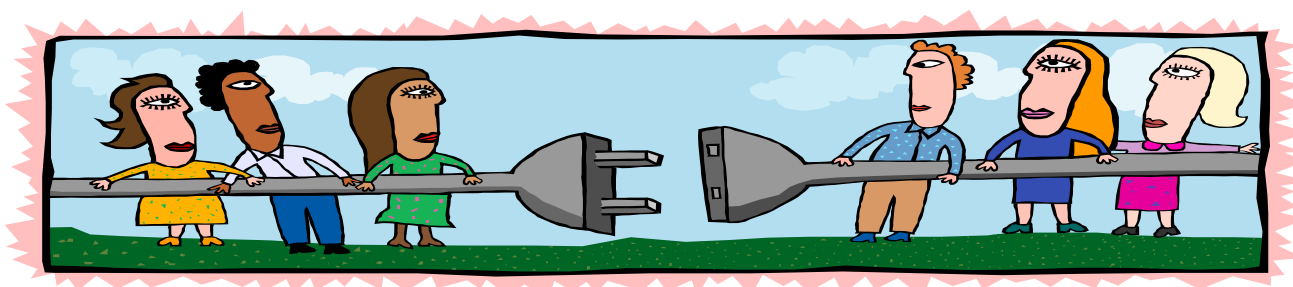
Figura 2: Tractament esglaonat de l'asma del **nén/a de més de 3 anys**. Avaluar el compliment terapèutic, la tècnica inhalatòria i el control ambiental. Augmentar l'esglaó en 1-2 mesos si no hi ha bon control, disminuir després de 3-6 mesos amb bon control.

Guies base

- Consenso sobre el tratamiento del asma en pediatría. An Pediatr (Barc) 2007;67:253-73.
- Guia de pràctica clínica d'Asma infantil. ICS (en premsa).



Endolla't a Nous Vincles !!!



Documento de consenso en criterios de actuación en las enfermedades alérgicas pediátricas más comunes.

(Entidades participantes ICS, CASAP, Hospital Sant Joan de Déu)
Dra. Marisa Ridao, Dr. Emili Fos, Dr. Manel Enrrubia, Dr. Zeki Babá,
Dra. Amparo Vallés, Dra. M^a Teresa Giner

1. Delimitación de las actuaciones básicas de diagnóstico y tratamiento en el ámbito de la APS de las enfermedades alérgicas más frecuentes.

En pediatría las enfermedades alérgicas más prevalentes, son el **asma** extrínseca, la **rinoconjuntivitis** alérgica asociada o no al asma, y la **alergia alimentaria**. En la dermatitis atópica la alergia alimentaria puede tener un papel causal en las formas graves del lactante. Estas enfermedades, junto con la sospecha de alergia a fármacos, constituyen el grueso de la demanda a una consulta especializada.

1.1. Dada la avanzada situación de la GPC para el **asma** infantil desarrollada por el ICS y el Grupo AIA, y ya que ésta concordaba con los Consensos pediátricos sobre tratamiento del asma en sus puntos fundamentales, se decidió mantener dicha Guía de Práctica Clínica como documento básico en cuanto al diagnóstico y tratamiento, con la intención de mantener criterios uniformes.

Hay que recordar que todas las Guías y Consensos son documentos que deben adaptarse a un paciente concreto y a sus características, que tendrán prioridad sobre las normas generales en algunos pacientes, especialmente en cuanto al tratamiento (comorbilidades, capacidad de colaboración del paciente y su familia, cumplimiento de la pauta terapéutica...).

El grupo de trabajo ha desarrollado un formulario de derivación del paciente con criterios de carácter clínico, puntuados de forma que priman la gravedad del proceso para racionalizar la programación.

1.2. En cuanto a la **rinoconjuntivitis** alérgica, existen consensos de diagnóstico y tratamiento desarrollados para el adulto, con mención especial de la rinitis alérgica en la edad pediátrica, pero en modo alguno tan elaborados y estructurados como los dedicados al asma.

Ello es debido a varios motivos y el primero es la dificultad que entraña el diagnóstico de la rinitis alérgica en el niño menor de 5-6 años por la frecuencia de otras enfermedades que superponen sus síntomas, y porque muchos de los fármacos usados para el tratamiento en niños mayores y adultos, en su ficha técnica hacen constar que no se ha establecido su seguridad y eficacia en niños menores de 12 años.

En cuanto al tratamiento son muy razonables las consideraciones recientemente publicadas en la actualización del Consenso ARIA (Allergy 2008; 63 (Suppl.86): 8-160) y se podría desarrollar una pauta adecuada de tratamiento a nuestros ámbitos de trabajo.



1.3. La **alergia alimentaria** es un problema que está aumentando en todas las sociedades desarrolladas. Por el momento el tratamiento fundamental sigue siendo la dieta de exclusión del alimento sospechoso, y ello nos permite una actuación inmediata y eficaz antes de remitir al paciente a la atención especializada.

Aún así, en la mayoría de centros, el problema más acuciante es el del lactante pequeño con una sospecha de APLV. En el HSJD se programa con carácter preferente, sorteando la demora de la lista de espera.

En este punto, hay que recordar que una prueba analítica (determinación de IgE específica) frente a un alimento sin correlación clínica no justifica por sí sola una dieta de exclusión del alimento.

Esto es especialmente importante en los lactantes y preescolares con **dermatitis atópica grave**, capaces de dar respuestas mediadas por IgE a numerosos alérgenos alimentarios e inhalados, no todos ellos con papel causal en su enfermedad, que pueden someterse a dietas muy restrictivas innecesariamente. Este grupo de pacientes debe remitirse para estudio alergológico, sin embargo no suponen un problema en cuanto a las listas de espera ya que en general al HSJD llegan remitidos desde dermatología (servicio con menos agobio asistencial).

1.4. Aproximadamente un 25% de las primeras visitas en las Consultas de Alergia Pediátrica corresponden a sospechas de **alergia a fármacos**. Ya que los métodos diagnósticos no permiten casi nunca un diagnóstico de certeza, genera numerosos ingresos bien en planta de hospitalización general o en Hospital de día para pruebas de exposición controlada.

La situación actual tanto de la pediatría como de la Alergología en Cataluña no nos permite recortar el tiempo de espera de estos pacientes en el HSJD. Por otro lado la farmacopea actual es lo suficientemente amplia como para contar casi siempre con alternativas válidas para sustituir empíricamente al fármaco sospechoso.

Así pues, hemos elaborado una hoja de derivación que permite recoger los datos clínicos necesarios para orientar el tipo de reacción de hipersensibilidad más probable, y planificar el estudio de forma racional con el menor riesgo para el paciente.

2. Utilidad de ImmunoCAP Rapid® en APS

La determinación de IgE específica frente a alérgenos inhalados o alimentarios, ya bien sea “in vitro” determinando IgE específica libre en suero, o “in vivo” mediante la detección de IgE unida a los mastocitos cutáneos por las pruebas cutáneas, orienta el diagnóstico etiológico de las enfermedades alérgicas mediadas por IgE.

2.1. La detección mediante pruebas cutáneas, es una técnica sencilla y que aporta resultados fiables en unos 15 minutos, pero requiere:

- Personal formado en la técnica.
- Extractos de diagnóstico bien estandarizados y bien conservados.
- Espacio adecuado.
- Medios para el tratamiento de posibles reacciones (los mismos que se requieren en cualquier consulta para tratar una posible reacción alérgica).
- Tiempo para evaluar su concordancia con la historia clínica, si los resultados van a dar lugar a la toma de una actitud terapéutica.

Por ello el grupo de trabajo opina que no es un método adecuado para realizarlo en la mayoría de consultas de APS, excepto en aquellos centros que cuenten con los medios y preparación suficiente.

2.2. El Phadiatop es un método “in vitro” que detecta IgE circulante frente a una mezcla de neumoaérgenos. El Phadiatop infant, incluye además alérgenos alimentarios (leche, huevo, cacahuete, soja y gamba). El método da un resultado positivo si el paciente presenta IgE sérica positiva frente a uno de los alérgenos incluidos en la mezcla, y resultado negativo en caso de que no esté sensibilizado frente a ninguno de ellos.

2.2.1. Si es positivo obliga a:

- Realizar una nueva extracción de sangre para hacer las determinaciones desglosadas, si no ha quedado suficiente suero, hecho que ocurre con frecuencia en los niños pequeños.
- Si se detecta sensibilización a un alérgeno relevante que concuerda con la clínica del paciente, hay que remitir el caso a Alergología para completar el estudio y tratamiento si no mejora con las medidas ambientales de evitación y el tratamiento farmacológico.
- Si no se detecta sensibilización en las determinaciones desglosadas, pero la clínica es sugestiva de asma extrínseco obliga también a completar el estudio alérgico.

2.2.2. Si es negativo y la clínica no sugiere etiología alérgica, podemos detener el estudio y en principio no es necesario remitirlo a Alergología. Pero si los datos clínicos sugieren una etiología atópica se debería estudiar.

Así pues es un método que nos puede orientar sobre si un niño presenta o no sensibilización alérgica y, en los casos positivos, obliga a realizar otras determinaciones o estudios posteriores, sin aportar orientación por si mismo sobre las medidas terapéuticas a tomar (para evitación de alérgenos por ejemplo).

2.3. ImmunoCAP Rápido® detecta así mismo IgE circulante. La gran diferencia con el Phadiatop es que no precisa enviar una muestra de sangre a laboratorio. Se determina con sangre capilar, los alérgenos están individualizados y la lectura es inmediata. Si el resultado es concordante con la clínica permite tomar decisiones terapéuticas con fiabilidad.

Permite diagnosticar una sensibilización a cada uno de los alérgenos contenidos en el Kit de diagnóstico cuyo panel de alérgenos tanto en el pediátrico como en el de adultos recoge los alérgenos principales de nuestra zona geográfica. Es más económico que el Phadiatop y realiza las determinaciones de manera desagregada para cada alérgeno.

Por dichos motivos, nos inclinamos por este método de diagnóstico, como primer escalón en el estudio alergológico del niño con sibilancias / rinitis en Atención Primaria.

El estudio básico se hará siguiendo la Guía de Práctica Clínica del ICS con las modificaciones que se anotan:

2.4. Modificación del protocolo de diagnóstico alergológico.

2.4.1. Algoritmo numerado 9.5.4

- Se decide modificar el algoritmo diagnóstico del diseño funcional de la GPC del ICS (en fase de elaboración), substituyendo la prueba diagnóstica Phadiatop por ImmunoCAP Rapid® infantil o de adultos según la edad del paciente (mayor o menor de 5 años), si está disponible en los Centros de Atención Primaria.
- En el mismo algoritmo se eliminaría como consecuencia el paso siguiente de confirmación del diagnóstico alergológico (ello no impide que pudiera realizarse en los centros que cuenten con tiempo, personal preparado y medios para realizarlo adecuadamente).



2.4.2. La **recomendación final** se substituiría por:

- Iniciar medidas de control ambiental.
- Considerar criterios de derivación.

2.4.3. Pantalla 9.8.6

- Sustituir Phadiatop por ImmunoCAP rapid.

2.4.4. Pantalla 9.8.7

- Añadir PPD.

3. Criterios de derivación entre APS y Asistencia Especializada en las enfermedades alérgicas más prevalentes.

3.1. ASMA. La más prevalente de las enfermedades alérgicas en la edad pediátrica es el asma. De hecho su incidencia está entre alrededor entre el 8 y 10 % de la población en el Sur de Europa.

La derivación a Asistencia Especializada debe tener en cuenta criterios diagnósticos, pero sobre todo clínicos, porque estos van a ser los que nos definirán la gravedad del proceso o el defectuoso control de la enfermedad.

3.1.1. Criterios de derivación por Asma (=GPC del ICS).

- *“Asma episòdica freqüent i persistent moderada, en cas d’una evolució clínica anòmal o manca de resposta terapèutica”.*
- *“Asma persistent greu”.*
- *“Quan hi ha dubtes diagnòstics, els signes i símptomes són atípics, hi ha necessitat de proves diagnòstiques addicionals (funcionals o al·lèrgològiques), o bé, l’asma està complicat amb altres entitats”.*
- *“Exacerbacions greus”.*
- *“Per valorar la indicació d’immunoteràpia”.*

Se elaboró una hoja de derivación con estos criterios, que se encuentra en el Anexo 1 y con base en ella se desarrolló una base de datos en Access, cuyo formulario puede rellenarse con respuestas de tipo Si/No, que puede imprimirse en un solo folio y adjuntarse al impreso oficial de derivación.

A los ítems de este formulario, se les asigna una puntuación (de 0 a 36 puntos) que prima la gravedad del proceso o el mal control de la enfermedad, con la finalidad de dar soporte a la priorización de la programación.

La propuesta sería que este formulario de derivación se “rodara” durante unos meses para poder establecer según la puntuación de los pacientes unos puntos de corte, por ejemplo:

- 0 – 12 puntos: Atención según lista de espera.
- 12-24 puntos: Atención preferente.
- > de 24 puntos: Atención lo antes posible.

Si fuera válido para el propósito para el que se ha pensado, deberíamos contactar con los servicios de Informática del ICS para que pudiera instalarse en las consultas de Pediatría de AP.

3.2. RINOCONJUNTIVITIS ALÉRGICA. Con criterios también clínicos se ha elaborado una hoja de derivación por sospecha de rinitis alérgica que figura en el Anexo 2.

La rinoconjuntivitis alérgica con mucha frecuencia se asocia al asma; en esos casos primarían los criterios de derivación por el asma. En el caso de la rinitis pura podría desarrollarse así mismo un sistema de puntuación, pero creemos que la hoja de derivación es suficiente para dar una idea del grado de afectación de la calidad de vida del niño por su rinitis.

3.3. ALERGIA ALIMENTARIA. Una vez establecida una dieta de exclusión tras la sospecha de alergia a un alimento, la urgencia relativa del estudio vendrá dada por:

- La necesidad nutritiva del alimento en un paciente concreto.
- La posibilidad de que ese alimento sea un alérgeno oculto con frecuencia.
- La gravedad de la reacción presentada por el paciente.

Una urticaria aguda por marisco, o incluso una anafilaxia por el mismo, será menos urgente que una urticaria perioral por leche adaptada en un lactante de 6 semanas. En principio una descripción clínica cuidadosa suele ser suficiente para una clasificación adecuada.

3.4. SOSPECHA DE ALERGIA A FÁRMACOS. Como hemos dicho anteriormente, la sospecha de alergia a fármacos representa la cuarta parte de las primeras visitas de nuestra Sección (y de otras Secciones de Alergia Pediátrica de nuestro entorno). Muy rara vez una sospecha de alergia a medicamentos debe resolverse con urgencia. La farmacopea actual nos proporciona alternativas útiles para la mayoría de los procesos comunes en la edad pediátrica.

Uno de los motivos de la escasa utilidad de las pruebas “in vitro” es que la determinación de IgE específica para fármacos está bien validada tan sólo para unos pocos medicamentos (básicamente betalactámicos) y además se negativiza con el tiempo hasta el punto de que un año después de una reacción a penicilina mediada por IgE, la determinación de IgE específica es negativa en el 50 % de los casos.

- El intervalo de tiempo transcurrido desde la reacción hasta la visita en Asistencia Especializada, será muy posiblemente demasiado largo para que esta determinación sea útil, por lo cual se aconseja **sólo en caso de reacción por betalactámicos**, la determinación de IgE específica idealmente en un periodo de 3 semanas a 3 meses después de la reacción, pero puede determinarse más tarde.

Aún así el diagnóstico rara vez es posible por métodos de laboratorio, y el rendimiento de las pruebas cutáneas es muy pobre, de forma que casi siempre estamos obligados a realizar una Prueba de Exposición Controlada al fármaco. Ello debe hacerse cumpliendo los siguientes requisitos:

- Espacio físico adyacente a una UCIP o unidad de reanimación
- Presencia física de un médico y una enfermera entrenada durante la prueba
- Acceso inmediato a un médico experto en reanimación y material necesario para la misma
- Es obligado disponer de una hoja de consentimiento informado, firmada por el paciente, sus padres o tutores antes de iniciar las pruebas.

Por todo ello genera numerosos ingresos hospitalarios. La ubicación de la cama dentro del HSJD depende de los datos de que disponemos en la historia clínica. Estos datos muchas veces no son conocidos o recordados por la familia, pero son importantes para planificar correctamente el estudio alérgico.

Se presenta una base de datos para cumplimentarse con rapidez en la consulta de AP, idealmente de forma próxima a la reacción y que aporte al especialista los datos necesarios para minimizar el riesgo del paciente.

Anexo 1- Derivación por asma

Nombre:				FN:			
Apellidos:							
Dirección.....							
Antecedentes de Atopia			Inicio de los Síntomas			Predominio Estacional	
Ant. Familiares (1 ^{er} grado)		1	Antes de los 2 a		0	Primavera	1
			Después de los 2 a		1	Verano	1
Dermatitis atópica		1	Características de las crisis			Otoño	0
			En general febriles		0	Invierno	0
Alergia alimentaria		1	Tras cuadro catarral		0	Sin predominio	0
Síntomas intercríticos			Absentismo escolar			Exacerbaciones	
Tolerancia al ejercicio	Buena	0	Menos de 1 día/mes		0	Menos de 3/año	0
	Mala	1	De 2-4 días/mes		1	De 3-6 al año	1
Síntomas de rinitis alérgica		1	Más de 4 días al mes		2	Más de 6 al año	2
Tos o sibilancias nocturnas		1	Alteración del sueño			Ingresos hospitalarios	
			Menos de 1 día/mes		0	Ninguno	0
			De 2-4 días/mes		1	Un ingreso/año	1
			Más de 4 días al mes		2	≥ 2 ingresos/año	2
Gravedad del Asma Clasificación SEICAP/SENP				Necesidades terapéuticas (para mantener la situación actual)			
Episódica ocasional				0	Sólo β_2 adrenérgicos a demanda		0
Episódica frecuente				1	Montelukast		1
Moderada persistente				2	Corticoides inhalados		2
Grave persistente				3	Corticoides inhalados + LABA		3
					Corticoides sistémicos		3
Exámenes complementarios						TOTAL:	
InmunoCAP Rápido positivo a :				Negativo			
RX cavum :							
RX tórax							
OBSERVACIONES:							

4. Acuerdos sobre los intercambios de información, necesarios para una adecuada continuidad asistencial.

Respecto a este punto, se podrían desarrollar modelos de informe de fácil cumplimentación para el momento del diagnóstico y de los controles evolutivos de los pacientes.

Los informes remitidos a las familias no siempre llegan a los compañeros de APS, así como muchas veces tampoco los pacientes llevan el “Cuaderno de control para el niño con alergia respiratoria” que es una excelente herramienta si los pacientes lo usan bien.

Por ello una vez desarrolladas unas herramientas informáticas que cubriendo el respeto de la confidencialidad del paciente, posibilitaran la comunicación directa con el compañero que remite al paciente, estas serían posiblemente el mecanismo ideal para mantener esta comunicación.

Sin embargo, este tipo de comunicación requiere tiempo y ello debería contemplarse de forma ineludible, en la programación de la actividad asistencial en los dos ámbitos de trabajo.

Anexo 2- Derivación por rinitis



Paciente: (Datos de filiación)		
1. Antecedentes familiares de atopia (en primer grado)	SI NO	
2. Edad de inicio (en años)		
3. Estacionalidad	▪ Primavera	
	▪ Verano	
	▪ Otoño	
	▪ Invierno	
	▪ Sin predominio estacional	
4. Tolerancia al ejercicio	▪ Buena	
	▪ Mala	
5. Síntomas sugestivos (estornudos en salvas, rinorrea acuosa, saludo alérgico, prurito nasal..)	SI NO	
6. Tos nocturna	SI NO	
7. Otitis serosas repetidas	SI NO	
8. Necesidades terapéuticas (si se dispone del dato anotar nº de prescripciones)	▪ Antihistamínicos (ocasionalmente)	
	▪ Antihistamínicos diarios	
	▪ Corticoides tópicos nasales	
	▪ Colirio antihistamínico habitual	
	▪ Corticoides orales	
9. InmunoCAP Rapid®	Positivo a:	▪ ▪ ▪
	Negativo	
	10. Exploraciones radiológicas	▪ Cavum (< 5 años)
Observaciones: (enfermedades asociadas, discordancias clínico analíticas, circunstancias sociales, o cualquier otro dato que se considere de interés por el pediatra)		

Relació de cursos de l'Aula de Pediatria Sant Joan de Déu.

Aquesta és la proposta dels cursos de l'Aula de Pediatria de l'Hospital Sant Joan de Déu pel proper trimestre:

- El nen hospitalitzat
14-15 gener de 2009
- Ventilació mecànica en el pacient pediàtric i neonatal
4,5,6 i 7 febrer de 2009
- Actualització en gastroenterologia i nutrició pediàtrica
20-21 de febrer de 2009
- Monitorització continua
27 de febrer de 2009
- IV curs d'oftalmologia per a pediatres
13 de març de 2009
- VIII curs neurologia pediàtrica
20 de març de 2009
- I curs d'actualització de patologia de la son infantil
26 de març de 2009
- I curs d'epilèpsia
27 i 28 de març de 2009



Si voleu més informació:

Ana Sáez

Direcció Docència / Aula de Pediatria

Hospital Sant Joan de Déu

Teléfono 932532130

FAX 932804179

direcciodocencia@hsjdbcn.org



Programa de xerrades als pares.

Cicle de conferències de salut infantil i juvenil per a pares i educadors a l'Hospital Sant Joan de Déu

Dr. Josep M. Lailla, cap del Servei de Ginecologia i Obstetrícia de l'Hospital Sant Joan de Déu
ABC de l'anticoncepció juvenil. Esteu al dia?
27 de novembre de 2008, a les 19.30 h

Auditori Dr. Joaquín Plaza. Passeig de Sant Joan de Déu, 7 (Esglésies de Llobregat)



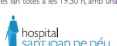
Places limitades Cal confirmar l'assistència, de dilluns a divendres de 9 a 13 h, al telèfon 93 253 21 30 o a direcciodocencia@hsjdbcn.org

Properes conferències previstes

- El meu nen dorm malament. Quin mètode és millor? Dr. Oscar Sans, pediatre - 29 de gener de 2009
- Problemes a la pell. L'atòpia, problema principal? Dra. Asunción Vicente, dermatòloga - 26 de febrer de 2009
- Vull que el meu fill sigui més alt, és possible? Quina talla tindrà? Prof. F. Rodríguez-Hierro, endocrí - 26 de març de 2009
- Pares novells: com sobreviure al primer mes? Dr. Santiago García-Tornel, pediatre - 30 d'abril de 2009
- L'homeopatia en els nens. És útil? Dra. Marie-Christine Esteve, pediatra - 28 de maig de 2009

Les conferències són gratuïtes i es fan totes a les 19.30 h, amb una durada de 60 minuts.

Per a més informació:
www.hsjdbcn.org



Centers de l'Hospital de Déu



- ABC de l'anticoncepció juvenil. Està vostè al dia?
Prof. J.Ma. Lailla,
Cap de Ginecologia i Obstetrícia de l'HSJD
27 de novembre 2008
- El meu nen dorm malament. Quin mètode es millor?
Dr. Oscar Sans, pediatre
29 de gener de 2009
- Problemes a la pell. L'atòpia, problema principal?
Dra. Asunción Vicente, dermatòloga
26 de febrer de 2009
- Vull que el meu fill sigui més alt, és possible? Quina talla tindrà?
Prof. F. Rodríguez-Hierro, endocrí
26 de març de 2009
- Papàs "novatos": ¿com sobreviure el primer mes?
Dr. Santiago García-Tornel, pediatre
30 de abril de 2009
- La homeopatia en els nens. És útil?
Dra. Marie-Christine Esteve, pediatra
28 de maig de 2009



Solidaridad aquí y afuera.

En línea con sus principios solidarios, el Hospital Sant Joan de Déu ha actuado de manera continuada con el objetivo de ofrecer soluciones a colectivos desfavorecidos y en situaciones sociales donde la ayuda es indispensable.

En este sentido, la vocación solidaria del HSJD se lleva a cabo en dos programas que tienen como objetivo hacer posible una asistencia médica de calidad para aquellos que no tienen acceso a ella.

En primer lugar mediante el programa de Hermanamiento con el Hospital de Lunsar en Sierra Leona, uno de los países más pobres del mundo, este hospital que pertenece también a los Hermanos de San Juan de Dios, recibe del centro barcelonés soporte técnico y formativo a los profesionales sierraleoneses con la estancia regular en Lunsar de personal y con el envío periódico de material sanitario.

Como complemento a este soporte, el programa Apadrina tiene como objetivo fundamental el de conseguir que ningún niño que lo necesite se vea privado de recibir asistencia por falta de medios económicos y que las familias lleven los niños al centro ante la aparición de los primeros síntomas. Este programa se sustenta mediante las aportaciones de los socios que a él se afilian.

Por otro lado, en los pasados años para el Hospital ha sido un hecho la demanda creciente de atención sanitaria para pacientes que viven en países en vías de desarrollo, en los que no tienen acceso a medicina de alta complejidad.

El Programa Cuidam nace como respuesta solidaria a esta realidad. Gracias a él, niños y niñas enfermos de cualquier parte del mundo, pueden disponer de las instalaciones del

HSJD, de la tecnología y de los especialistas idóneos para recibir el tratamiento que necesitan. Esta iniciativa nace bajo el compromiso decidido de cuatro socios fundadores: el propio HSJD, la Obra Social de los Hermanos de San Juan de Dios, la compañía DKV Seguros y la Fundació El Somni dels Nens.

Desde su inicio en 2004 y gracias a todos los que han colaborado en el Programa, han sido 70 los niños y niñas atendidos en nuestro centro. Durante el ejercicio 2008 está previsto ofrecer tratamiento a 24/25 pacientes. Hasta el momento se han recibido 84 solicitudes y se han tratado 17 niños.

Además de estos programas de nuestro centro, la Obra Social de los hermanos de San Juan de Dios reúne los medios necesarios para ofrecer soporte a personas sin recursos ni cobertura social y lleva a término programas de atención a la infancia, enfermos mentales, crónicos y de la tercera edad, personas sin hogar, inmigrantes y proyectos de cooperación internacional.

La obra social se nutre de las donaciones de sus benefactores, de distintos eventos que se realizan a lo largo del año para la captación de fondos, como la gran exposición de pintura que se realizará próximamente en el hospital para Navidad, gracias a la cesión de obra que hacen distintos artistas.



Activitats de la Comunitat

Un projecte de l'ICS a Barcelona ciutat.

Guia d'Infermeria: Atenció al nen i a l'adolescent en processos aguts a l'Atenció Primària.

Aquesta guia té l'objectiu general d'establir criteris d'actuació estàndards sobre l'atenció als processos aguts en la infància i adolescència, per les infermeres de les consultes de pediatria d'atenció primària de l'Àmbit de Barcelona Ciutat.

Per assolir el seu propòsit, la guia s'estructura en 4 apartats. El primer, més genèric, descriu les situacions de demanda espontània en les que la infermera pot incidir (problemes de puericultura, detecció i captació del pacient que no segueix el programa d'activitats preventives i/o calendari vacunal, hiperfreqüentació per processos banals o seguiment inadequat de processos crònics). El segon apartat fa una descripció dels principals motius de consulta (dispnea, tos, mocs, febre, vòmits, diarrea, dolor abdominal, epistaxi, ull vermell, intoxicacions, ferides i cremades) on la infermera pot tenir un paper rellevant. Finalment la guia conté un tercer apartat d'annexos amb taules i escales de valoració i un quart amb bibliografia de suport.



.../...

S'ha implementat un pla formatiu durant els mesos de maig i juny de 2008 per a totes les infermeres de pediatria de Barcelona Ciutat, amb l'objectiu d'iniciar la seva posta en marxa als EAP's durant l'últim trimestre de 2008.

La intervenció de la infermera en els processos aguts pot millorar la qualitat assistencial disminuint l'ansietat dels pares, donant seguretat a la família en la cura del nen, proporcionant les cures que li són pròpies i participant en el procés terapèutic amb un rol col·laborador amb el pediatre.

Aquesta guia forma part d'un projecte endegat pel Comitè Assessor de Pediatria (format per 5 pediatres i 7 infermeres de pediatria) l'any 2006 per homogeneitzar els

criteris d'atenció de la infermera de pediatria. Actualment n'hi ha d'altres en revisió: guia d'activitats preventives a la Infància i adolescència // guia de consell de salut // guia d'activitats instrumentals // guia de metodologia infermera // guia de comunitària. Totes aquestes guies han estat elaborades per grups d'infermeres de pediatria de les 4 SAPs de Barcelona Ciutat, fet que posa en evidència el grau de participació, cooperació i consens, que confereix un valor afegit al que de per si ja compta el seu contingut.

Montserrat Gajans

Referent infermeria de pediatria
SAP Esquerra de Barcelona



Curs d'actualització de pediatria d'Atenció Primària.

Al SAP Esquerra de Barcelona hem posat en marxa aquest curs, coordinat per la Dra. Amparo Vallès del CAP Montnegre, adreçat a pediatres i a infermeres de pediatria, amb l'objectiu de posar al dia els coneixements en patologia prevalent a l'Atenció Primària i compartir criteris amb els especialistes de l'Hospital de Sant Joan de Déu.

La periodicitat es quinzenal o mensual, tractant-se els temes en les dates en que es preveu que poden ser adients per l'activitat assistencial d'aquell moment.

És obert a tots els professionals de la Esquerra de Barcelona, treballin o no a l'Institut Català de la Salut.

Programa (Horari de 13:45 a 15:15 hores)



- 02/10/08 CAP Sants
Abodatge del diagnòstic d'asma a l'Atenció Primària. Utilitat de l'ImmunoCAP-rapid.
Dra. A.Vallès / Dr. M. Enrubia.
- 30/10/08 CAP Sants
Signes d'alerta per la detecció de la sordesa infantil.
MA de Muller (infermera); J Gambettola (logopeda)
Servei O.R.L Hospital Sant Joan de Déu
- 04/12/08 CAP Magòria
Taller d'exploració oftalmològica.
Servei Oftalmologia. Hospital Sant Joan de Déu
Dra. M Morales
- 11/12/08 CAP Sants
Consells d'higiene bucal a dones embarassades.
Rosa Salvador ; Julita sanz (Tecn. Higienistes)
Servei Odontologia Hospital Sant Joan de Déu
- 18/12/08 CAP Montnegre
Pneumònies de repetició.
Dra. M^a T Pascual.
CAP Montnegre/Hosp. Sant Joan Reus
- 22/01/09 CAP Numància
Radiologia. Casos clínics.
Dr. Muntaner; Dra Oxer.
Servei Radiologia CAP Numància
- 12/02/09 CAP Magòria
Interpretació ECG a la consulta pediàtrica.
Servei Cardiologia. Hospital Sant Joan de Déu
- 12/03/09 CAP Adrià
Urgències pediàtriques (I).
Servei Urgències Hospital Sant Joan de Déu
- 26/03/09 CAP Adrià
Urgències pediàtriques (II).
Servei Urgències Hospital Sant Joan de Déu
- 16/04/09 CAP Sants
Actualització en patologia ORL.
Servei ORL Hospital Sant Joan de Déu
- 07/05/09 CAP Montnegre
Maluc del nounat i el nen.
Dr.Terricabras.
Servei Traumatologia. Hospital Sant Joan de Déu.
- 21/05/09 CAP Montnegre
Exploració ortopèdica en els nens.
Dr. Cepero.
Servei Traumatologia. Hospital Sant Joan de Déu
- 04/06/09 CAP Adrià
Asma bronquial. Diagnòstic i tractament.
Dra. B.Vila – CAP Adrià
- 18/06/09 CAP Sants
Exploració ginecològica a pediatria.
Dra. I. Hernández.
Hospital Vall d'Hebró

Manel Enrubia

Referent pediatria.
SAP Esquerra de Barcelona.ICS.



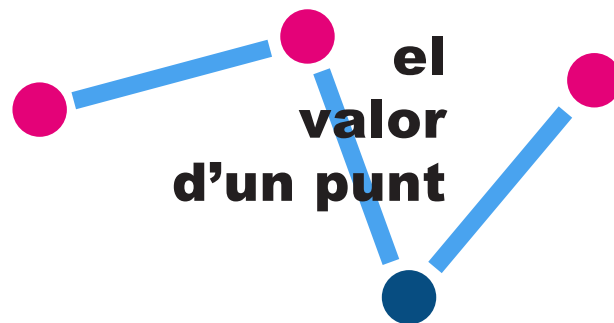


El valor d'un punt.

Un punt sol ser un conglomerat de matèria en forma rodona. Un punt podria correspondre a 1000 km de cable elèctric vist des d'un extrem. En pediatria s'empren diàriament els punts de tinta o llapis per a marcar en les gràfiques de longitud, talla, pes i perímetre cranial i col·locar-los en les gràfiques de creixement corresponents. D'aquesta forma podem observar l'evolució longitudinal del nen@. Es cometen dos errors freqüents:

1. Mesurament incorrecte dels paràmetres del nen especialment per sota dels 2-3 anys. La incorporació d'aquests valors inexactes en les corbes donen una forma de serra incomprensible per a la valoració del creixement.
2. La incorrecta col·locació dels punts en la gràfica general, d'altra banda, la sol·licitud d'exàmens complementaris o derivacions a l'especialista inadequades.

El valor dels punts en pediatria tenen una importància cabdal en la feina diària i la mesura de pes, talla i perímetre



cranial s'han de veure en conjunt com una progressió homogènia. Una corba amb forma de "serra" especialment en talla i perímetre cranial està mal feta.

Bibliografia

- McEvoy, Grimmer K Reliability of upright posture in primary school children BMC Musculoskeletal Disorders 2005,6,35.



Diagnòstic: "nen sa amb mala sort".



nen sa amb mala sort

Aquest terme mèdic, desconegut pels pares i per la gran majoria dels pediatres, el va encunyar en 1985 un pediatre americà per a descriure a la majoria de nens que preocupen als seus pares per tenir infeccions repetides. Dies de treball perduts, visites a urgències i nits sense dormir són situacions freqüents per als papàs. *"Sempre està malalt", "té un catarro mal guarit", "li falten defenses", "no para de tenir tos i mocs", "em vaig a demanar un abonament per a la seva consulta"* són d'exclamacions desesperades durant els primers anys de la vida del seu fill. Per què ocorre això? Molt senzill, basta saber l'evolució normal del nen. Després del naixement, durant els primers 6-12 mesos de vida del nen, va perdent les defenses protectores transmeses per la mare durant l'embaràs. A partir d'aquí va desenvolupant les seves pròpies defenses fins als 4-6 anys. Durant aquest temps es posarà en contacte amb més de 200

virus i tindrà una mitjana de 6-10 infeccions a l'any -una cada 15 dies-. Entre el naixement i els 4 anys tindrà unes 100 infeccions especialment entre els mesos d'octubre i març. Estar en llocs tancats amb altres nens com guarderies i col·legis afavoreixen les infeccions. La majoria de les infeccions es transmeten per l'aire amb els esternuts i tos però la via més freqüent és el contacte entre persona-objecte-persona. Tot el que toca un nen amb una infecció pot ser un mitjà de contagi per als següents. Joguines, taules, cadires, gots, mans, etc., són petits punts de disseminació d'infeccions. Quan els papàs van a la consulta la majoria dels nens que estan en la sala d'espera són petits amb refredats, otitis i diarrees. Gairebé tots els nens amb infeccions recurrents estan sans però *"tenen mala sort"*.

Si el seu fill té infeccions freqüents però puja bé de pes i el creixement és adequat no ha de preocupar-se, simplement *"té mala sort"*. Podem fer alguna cosa amb un nen *"sa amb mala sort"*?

1. Tenir paciència; als 4 anys desapareix el "malefici".
2. Si tu però no es desperta ni vomita, no donar tractament. És un mecanisme de neteja.
3. Si té febre i té bon aspecte esperi 24-38 hores. La majoria de les infeccions són víriques i auto-limitades. Si dubte vagi al pediatre.
4. No li doni medicaments pel seu compte i menys antibiòtics. El seu pediatre li aconsellarà.
5. Segons vagi creixent ensenyi-li les normes d'higiene personal per a evitar contagis.

Amb molta paciència i les bones arts de pares, pediatra i infermera pediàtrica el quadre clínic remetrà sense adonar-nos i sense haver hagut de fer cap tractament ni estudi específics.

Bibliografia

- Rubin BK. Evaluation of the child with recurrent chest infections. *Pediatr Infect Dis J* 1985;4:8898.

Dr. Santiago García-Tornel, Cap Clínic de Pediatria, Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.



**Dr. Santi
García-Tornel**



Recursos a la xarxa.



<http://www.familiaforum.net>

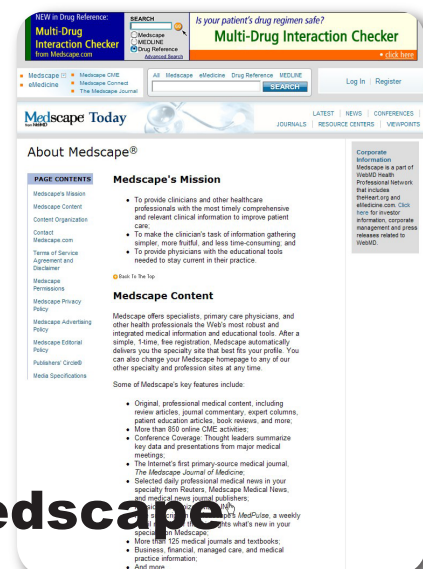
Aquest és un portal web de i per la família que vol ajudar i donar resposta a les qüestions que preocupen a les famílies en la convivència familiar i en l'educació i cura dels fills i dels avis. **El seus objectius són:** 1) sensibilitzar els pares i a la resta de la família de la importància de crear un estil de família positiu. 2) informar i aportar recursos útils sobre les qüestions que preocupen a tota la família. 3) formar i orientar en les qüestions més de fons que afecten als valors, el sentit de la vida i el discerniment ètic. 4) fomentar la reflexió i el debat sobre temes importants de l'actualitat social, cultural i religiosa en relació a la família.

El pediatres poden tenir una visió diferent de la família per la seva tasca diària.



<http://www.medscape.com/pages/public/about/about>

Medscape Pediatrics es una de las mejores webs per estar ben informat de totes les novetats en les diferents especialitats mèdiques. Té un apartat per pediatria molt complet i constantment esta en revisió amb el temes més actuals. Recentment s'associà amb la prestigiosa eMedicine. L'única dificultat per alguns lector és que només està en versió anglesa.



medscape



Els membres del Comitè de Redacció desitgem que el contingut d'aquest NOUS VINCLES et pugui ser d'utilitat. Així mateix et demanem que ens ajudis a millorar els propers números. Fes-nos arribar els teus suggeriments a

nousvincles@hsjdbcn.org

La teva participació serà ben vinguda i la tindrem en compte.

Podeu trobar aquest exemplar de NOUS VINCLES en format d'alta resolució a la web de l'Hospital Sant Joan de Déu

<http://www.hsjdbcn.org/portal/web/vincles>



Hospital Sant Joan de Déu
Passeig Sant Joan de Déu, 2
08950 Esplugues de Llobregat
Tel. 93 253 21 00

<http://www.hsjdbcn.org>

Germans de  Sant Joan de Déu



Comitè de redacció

Francisco José Cambra. Metge pediatre. UCI Pediàtrica de l'HSJD. Responsable projecte Cuida'm. **Araceli Cuerva.** Infermera. Cap de l'àrea d'Hospital de Dia de l'HSJD. **Manel Enrúbia.** Metge pediatre. Referent de Pediatria de Barcelona Esquerra de l'ICS. **Jordi Joan Fàbrega.** Webmaster / Tècnic mitjans audiovisuals de l'HSJD. **Yolanda Fernández.** Metgessa pediatra. Servei pediatria i urgències HSJD. **Albert Moltó.** Periodista. Cap de comunicació de l'HSJD. **Jaume Pérez Payarols.** Metge Pediatre. Director d'Innovació, recerca i docència de l'HSJD. **Marissa Serra.** Metgessa. Adjunta a la Direcció de Qualitat i Planificació Àrea d'Atenció al Client de l'HSJD. **Josep Serrat.** Metge MFIC. Adjunt a la Direcció Mèdica de l'HSJD. **Col·laborador:** **Santi García-Tornel.** Metge Pediatre. Cap Clínic de Pedatria de l'HSJD.

La informació relativa a aspectes diagnòstics i terapèutics que es publica a NOUS VINCLES, reflecteix el procés d'atenció habitual dels professionals de l'Hospital Sant Joan de Déu i de les entitats col·laboradores. En el moment de ser aplicada a un cas clínic concret, no es pot considerar com un substitut del judici professional qualificat de qualsevol proveïdor de salut, que haurà de contemplar també la història clínica, exploració i condicions de salut específics del pacient.