Nous Vincles
Sant Joan de Déu
Atenció Primària

Març 2009

2



Editorial

HSJD, a prop teu
- Hospital amic

Coneixement professional
- Maneig ITU
- Cas clínic: intoxicación por Romilar®
- Genètica clínica

Contrapunt de reflexió
- Necessitem més!
- Un moment, que ja venim!

Toca ocupar-nos-en!
- Plagiocefàlia postural

Què hi ha de nou en Vincles?
- Telèfon de consulta
- Protocols de consens

Formació continuada
- Cursos Aula Pediatria HSJD
- Xerrades per a pares

Ciència i humanitat
- El menor maduro

El racó d'en Santi
- Les famoses dècimes de febre
- Consells KidsHealth

Editorial



La responsabilitat de la salut del nostres pacients, els nens, recau tant en pediatres i infermeres de l'àmbit hospitalari com de l'atenció primària. Històricament uns i altres han conviscut en mons diferents, amb poca relació i a vegades en franca competència per la confiança dels pares, sovint la relació amb l'hospital ha estat purament de derivació de malalts.

Segons ha posat de relleu el Pla d'Ordenació de Pediatria a l'Atenció Primària, poques vegades els pediatres que fem assistència a l'atenció primària assistim a les sessions clíniques de l'hospital i compartim protocols d'atenció i derivació. Són també escassos els professionals que col·laboren en protocols de recerca inter-nivells. Pel que fa a la consultoria de pediatria de professionals de l'hospital a l'Assistència primària, en un estudi recent fet per la Direcció de Planificació i Avaluació, els CAP i els hospitals no han declarat cap activitat de consultoria a aquest nivell. A Catalunya el 88,6% de les ABS es troben sota aquest model.

La nostra realitat assistencial, professional i social ha canviat i s'imposa el treball col·laboratiu, en primer lloc pel benefici del nen però també per millorar l'eficàcia i eficiència del nostre sistema sanitari i augmentar la satisfacció dels propis professionals. Aquest butlletí i la utilització dels nous recursos informàtics pot ser l'inici per revertir aquesta situació i explorar nous camins de cooperació i comunicació cap al futur. Amb aquests dos números del butlletí posem en pràctica la teoria. El butlletí finalment serà útil si és fruit i resultat d'un treball de reflexió conjunt, us animem a contribuir amb les vostres aportacions i participar en la creació de Nous Vincles.

Vicente Morales i Cèlia Pujol Puyané

Direcció Equip de Pediatria Alt Penedès

Iniciatives per fer més agradable l'estada a l'hospital dels pacients i les famílies

L'Hospital Sant Joan de Déu ha volgut compaginar sempre la innovació amb els valors de la solidaritat i l'hospitalitat, desenvolupant iniciatives que ho facin possible.

Una d'aquestes iniciatives, en el cas concret de l'hospitalitat, preveu la presència dels pares en intervencions i cures als seus fills. Recentment una mare va poder acompanyar el seu fill, un nen afectat d'epilèpsia que presentava convulsions refractaries al tractament habitual, mentre els professionals d'urgències de l'Hospital li practicaven una intubació endotraqueal. És el primer cop que una mare presencia una tècnica invasiva d'aquests tipus al Servei d'Urgències.

La iniciativa serà una tendència que s'anirà consolidant, de tal manera que, sempre que els pares ho desitgin i els professionals ho considerin adient, podran acompanyar el seu fill en tot moment.

L'Hospital creu i treballa en un model d'atenció centrat en la família que incorpora plenament als pares al procés assistencial, considerant-los cuidadors principals a tots els efectes, fins i tot en aquells moments més delicats.

L'actuació respon també al compromís amb els drets dels nens hospitalitzats que manté el nostre centre dins el programa Hospital Amic.



Aquí s'inclou la feina dels Voluntaris, els pallassos d'hospital (Pallapupas), la child life -infermera psicopedagoga que intervé per reduir l'ansietat d'alguns pacients-, les mestres de l'escola, la mediadora intercultural, els músics, etc. Tots ells afavoreixen l'afrontament positiu de la situació i la normalització de la vida a l'hospital, a més d'ajudar els pacients i a les seves famílies a entendre i viure l'experiència hospitalària de la millor manera possible. Trobareu més informació de l'Hospital Amic a: www.hsjdbcn.org, a l'apartat Pacients i famílies / Hospital Amic.

Albert Moltó
Cap de Comunicació de l'Hospital Sant Joan de Déu

Coneixement professional

Actualització del maneig de la Infecció del Tracte Urinari (ITU)

En els darrers mesos s'ha consensuat una actualització del protocol de maneig de la Infecció del Tracte Urinàri (ITU) en pediatria. Les raons del canvi són,

1. La Cistografia és una exploració antifisiològica -no reprodueix fidelment una situació normal-, és molesta i causa radiació. L'evidència actual recolza prescindir-ne al màxim, per bé que el reflux no és condició suficient ni necessària en el desenvolupament de cicatrius renals.
2. La Gammagrafia renal (DMSA) informa de la presència de pielonefritis aguda i cicatrius renals, i té un alt valor predictiu negatiu per descartar reflux de grau avançat i pot fer-se de manera ambulatòria.
3. La profilaxi antibiòtica està en discussió com a tractament preventiu de la ITU i com a factor condicionant de l'evolució del reflux.
4. La correcció endoscòpica del reflux ha esdevingut una tècnica cada cop més eficient.

NOU PROTOCOL DE MANEIG DE LA ITU

1. Nen de menys de 5 anys:
   - Ecografia renal
   - Gammagrafia renal (DMSA) en fase aguda (idealment durant el tractament de la ITU i en pacients de > 1mes de vida per facilitar-ne la interpretació). Si es programa per quan hagi finalitzat el tractament, és convenient mantenir una profilaxi fins a conèixer el resultat (dosi nocturna de co-trimoxazol o amoxicil·lina-clavulànic en lactants menors de 2 mesos). Si el DMSA està alterat caldrà mantenir la profilaxi. En pacients > 2 anys i clínica clara de cistitis es pot demorar l'estudi a una segona ITU.

Si ambdues proves són normals no cal fer res més. Si alguna és patològica o el nen presenta noves ITU es farà una cistografia, mantenint la profilaxi antibiòtica fins a conèixer-ne el resultat.

2. Nen de més de 5 anys:
   - A priori només cal practicar una Ecografia renal
   - Es realitzarà DMSA només davant la sospita clínica de pielonefritis
   - Si alguna prova està alterada o té noves ITU es farà cistografia.

../...

El DMSA als 6 mesos tan sols es farà en cas d'alteració del primer DMSA.

PROFILAXI SEGONS EL GRAU DE REFLUX

1. **Grau 1 i 2**: No profilaxi. Seguiment mèdic
2. **Grau 3, 4 i 5**: Profilaxi amb co-trimoxazol o nitrofurantoïna (o amoxicil·lina-clavulànic en menors de 2 mesos) i remisió del cas a Nefrologia per a valorar la indicació de cirurgia endoscòpica.

CRITERIS D'INGRÉS

1. El principal criteri és la **necessitat de rebre tractament endovenós**,
   a. Lactants < 3 mesos d'edat.
   b. Estat tòxic amb sospita de sèpsia d'origen urinari.
   c. Mala tolerància oral, vòmits incoercibles o deshidratació.
2. Un criteri relatiu d'ingrés és la sospita clínica o analítica compatible amb pielonefritis aguda (difícil de diferenciar en els nens més petits). En aquests pacients s'ha demostrat que és tan eficaç el tractament oral d'entrada com un tractament seqüencial ev-oral.

CRITERIS DE TRACTAMENT

El tractament antibiòtic per una ITU no varia, (veure protocol de consens en http://www.hsjdbcn.org/data/HtmlEditor/File/vincles/2008/2008_ITU.pdf). **En general és amoxicil·lina-clavulànic oral**, tret de l'existència d'uropatia coneguda que obliga a individualitzar en funció de la flora causant de les infeccions urinàries prèvies.

La **durada** del tractament ambulatori serà:

- Cistitis evident: Pautes curtes s'han demostrat tan eficaces com les llargues. Es recomana un tractament de **4 dies**.
- Pielonefritis o lactants, en què no és possible assegurar clínicament la localització, es recomana en qualsevol cas un tractament de **10 dies**.

A continuació es recorden les dosis dels antibiòtics més freqüents en la profilaxi i tractament de les infeccions urinàries:

Profilaxi de la ITU

- **Cotrimoxazol**: 1-2 mg/kg/dia del component de trimetroprim (Septrin pediátrico® susp.: 1 ml = 8 mg), en una dosi.
- **Nitrofurantoïna**: 1-2 mg/kg/dia (Furantoína® susp.: 1ml = 10mg ò Furantoína® comprimits 50 mg), en una dosi.
- **Amoxicil·lina-clavulànic**: 10 mg/kg/dia, en una dosi.

Tractament de la ITU

- **Amoxicil·lina-clavulànic**: via oral: 30 mg/kg/dia, en tres dosis
- **Gentamicina**: 5 mg/kg/dia, cada 24 hores. Si el tractament es perllonga més de tres dies o en nens per sota de 7 dies és convenient monitoritzar nivells.

Hospital Sant Joan de Déu

Caso clínico: intoxicación por Romilar®

MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 15 meses de edad, llevado a Urgencias HSJD por presentar convulsiones. Esa misma mañana los padres aprecian crisis de hipertonía con desviación ocular, por lo que fue valorado en el CAP desde donde se remitió.

La familia refiere cuadro catarral y febrícula los días previos. El día anterior había acudido a su pediatra el cual prescribió dextrometorfano (Romilar® gotas) a dosis de 1 mg/kg/día como tratamiento antitusígeno.

Vacunación al día. No otros antecedentes patológicos de interés. No antecedentes familiares de convulsiones febriles ni epilepsia.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso 13kg Tª 36'8ºC TA 95/55mm/Hg Sat Hb 98%.

Regular estado general por afectación neurológica, con desconexión ambiental y desviación de la mirada, midriasis media muy poco reactiva, y alternancia de fases de hipertonía generalizada con hipotonía.

No petequias ni signos meníngeos. El resto de exploración física fue normal.

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

La primera medida adoptada en urgencias fue la estabilización de la vía aérea (cánula de Guedel + oxigenoterapia) y canalización de una vía periférica para la administración de tratamiento anticonvulsivante (diazepam, 5 mg EV). En ese momento inicial, se completó la anamnesis, constatándose la ingesta, por error, de 100 mg de dextrometorfano (dosis recomendada 13mg/día). De esta manera, ante la sospecha de una alteración grave del SNC por intoxicación por dextrometorfano se administró finalmente una dosis de 0.15 mg naloxona endovenosa que, junto con el diazepam, consiguieron revertir la sintomatología.

El paciente fue trasladado a la UCI Pediátrica para vigilancia neurológica y continuación del tratamiento. Allí se realizó, bajo control estricto, un lavado gástrico con carbón activado, y se forzó la diuresis con furosemida.

../...

La evolución posterior fue satisfactoria, con recuperación progresiva del sensorio y adquisición, en unas pocas horas, de normalidad clínica.

DIAGNÓSTICO FINAL

Intoxicación grave por dextrometorfano

DISCUSIÓN



El dextrometorfano es uno de los antitusígenos más empleados en la edad pediátrica. Aunque no se recomienda su uso por debajo de los 2 años, en líneas generales se trata de un fármaco seguro y con amplio margen terapéutico. Sin embargo el exceso de dosificación o su ingesta tóxica puede producir efectos secundarios graves sobre el sistema nervioso central y en ocasiones incluso la muerte.

Pertenece al grupo de los derivados no opiáceos de acción central y se une a los receptores σ del centro bulbar de la tos. No disminuye la motilidad ciliar, lo que supone una ventaja respecto a los antitusígenos opiáceos, y parece inhibir parcialmente la secreción bronquial.

La dosis recomendada para niños de entre 2 a 5 años es de 1 mg/kg/día en 3-4 dosis. Parece ser que los efectos tóxicos aparecen con dosis diez veces superior a la terapéutica.

La sobredosis se relaciona, en general, con la ingesta accidental o administración de una cantidad errónea por mala comprensión de la posología. Predomina la clínica con afectación del SNC, produciendo en general ataxia, confusión y diversos grados de disminución del nivel de conciencia. También se describe la existencia de psicosis con alucinaciones tras la sobredosis aguda, así como episodios de hipertonía e hiperexcitabilidad.

El tratamiento de la intoxicación se basa en,

- La instauración de medidas de soporte, con especial atención a la ventilación y el estado hemodinámico.
- El lavado gástrico, que se indica en la ingesta reciente, siempre que el nivel de conciencia permita evitar el riesgo de aspiración, sin embargo puede realizarse también en intoxicaciones graves aunque no se cumplan estas condiciones.
- La excreción del dextrometorfano y sus metabolitos se realiza por vía renal, por lo que resulta conveniente forzar la diuresis para acelerar su eliminación.
- Algunos autores propugnan la administración de naloxona, dadas sus características de antagonista opioide, en aquellos casos en que aparezca sintomatología importante, como convulsiones o depresión del sensorio. No queda claro, de cualquier forma, si su efecto beneficioso se basa en algo más que en el propio curso natural de la intoxicación, tendente a la resolución espontánea en 3 a 8 horas.

En las intoxicaciones leves, en las que la clínica se limita a ataxia o dificultad en la marcha o el habla, se recomienda la abstención terapéutica y mantener actitud expectante y observación.

El interés de este caso clínico viene dado por el hecho de que el dextrometrofano es un fármaco ampliamente utilizado y, aunque es infrecuente la intoxicación grave, sí que lo son otras formas menores de sintomatología clínica como la somnolencia. Resulta importante reconocer los rasgos fundamentales de su intoxicación para facilitar tanto la sospecha clínica como el manejo adecuado del paciente.

Yolanda Fernández
Servei de Pediatra
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

GENÈTICA CLÍNICA, una qüestió de criteri i sentit comú

Poder oferir directrius acurades sobre quan pot ser adequat derivar un pacient a un genetista clínic és força complicat.

Clàssicament s'han diferenciat les anomalies cromosòmiques (alteració en el nombre o en l'estructura dels 46 cromosomes humans presents en cada cèl·lula) de les malalties gèniques (mutació d'un o varis gens). Les malalties gèniques conegudes sobrepassen les 7.000, considerant la herència mendeliana i no mendeliana. El nombre d'anomalies cromosòmiques és incalculable i el seu quadre clínic depèn dels cromosomes, o segments de cromosomes, implicats i dels gens continguts en aquests.

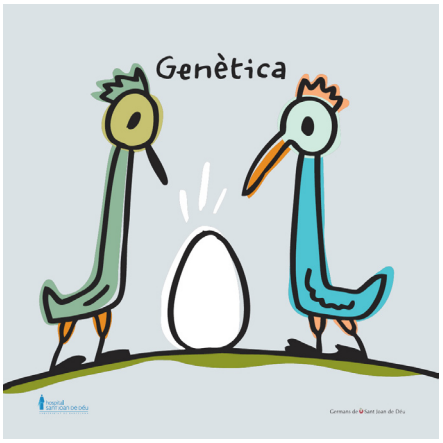
Existeix, doncs, un elevat nombre de patologies genètiques conegudes amb diferents variants de presentació clínica. La pretensió de poder disposar d'una guia clara d'actuació està abocada al fracàs més absolut, no existeixen paradigmes clínics preestablerts i només ens podem basar en una sèrie de signes guies orientatius.

Signes guia en anomalies cromosòmiques:

- Retràs mental, molt freqüent. Cal considerar-ne totes les seves formes de presentació clínica, aparició abans dels 18 anys i els diferents graus de severitat.
- Malformacions majors, impliquen tractament mèdic i/o quirúrgic.
- Malformacions menors, no necessiten tractament, poden causar problemes estètics. Les malformacions menors tenen un valor orientatiu: el 90% dels nens amb més de 3 malformacions menors tenen una malformació major que cal buscar.
- Antropometria alterada, que no segueix les corbes de normalitat.

../...

...no es convenient crear l'expectativa a la família de que l'estudi genètic serà definitiu per poder saber que té el nen/a.



Davant un pacient amb 2 o més d'aquestes característiques, és convenient la realització d'un estudi citogenètic en sang perifèrica (cariotip) i/o la visita a genètica clínica. Quan es confirma l'existència d'una cromosomopatia, la visita a genètica està més que justificada.

Davant un pacient que presenta retràs mental com a únic simptoma, no està indicada la pràctica d'un estudi citogenètic.

Signes guia en malalties gèniques:

- Retràs mental, freqüent, però no patognomònic.
- Malformacions viscerals majors.
- Anomalies d'extremitats superiors i inferiors.
- Trastorns neurològics, amb o sense anomalies cerebrals.
- Antropometria alterada, que no segueix les corbes de normalitat.
- Trets facials dismòrfics.

Els pacients amb aquestes característiques son candidats a una consulta a genètica clínica. A la visita, s'ha de contemplar els antecedents familiars (arbre genealògic), es realitza una exploració clínica minuciosa (estudi dismorfològic) i, sí s'escau, es posen en marxa els estudis genètics adients al cas. Si es confirma el diagnòstic es lliurarà a la família el consell genètic oportú.

Comentaris

Cal tenir present que, avui per avui, no totes les malalties gèniques tenen marcador mol·lecular; això significa que no sempre podrem confirmar les hipòtesis diagnòstiques mitjançant estudis genètics mol·leculars. Així doncs, no es convenient crear l'expectativa a la família de que l'estudi genètic serà definitiu per poder saber que té el nen/a.

Com tots sabem, la paraula síndrome significa que existeixen una sèrie concomitant de signes i símptomes que defineixen una malaltia. També sabem que no tots els pacients amb la mateixa síndrome tindran una mateixa presentació clínica. En canvi, es poc probable que un pacient estigui afectat per una determinada síndrome si tant sols presenta trets dismòrfics com única expressió. La fàscies dismòrfica en nens que no presenten altres malformacions, que tenen antropometries normals i que el seu desenvolupament psicomotor és correcte, no és un motiu per a una consulta genètica. En aquests casos es recomana un seguiment pediàtric sense crear angoixa a la família.

Quan es diagnostica en un nen una malaltia genètica, es desencadena sovint un estat d'angoixa familiar, es formulen moltes preguntes i es genera preocupació. No totes les famílies son conscients que una malaltia genètica pot no ser hereditària. És important que coneguin el risc per a properes gestacions, el risc per a la descendència del fill/a afectat/da i per altres membres de la família. Tot plegat fa que també considerem oportú una visita al genetista clínic, quan el pediatra ha confirmat la hipòtesi diagnòstica.

Esther Gean
Genetista clínica
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Contrapunt de reflexió

Necessitem més!

Ben rebut ha estat aquest butlletí electrònic que ens apropa l'assistència primària i l'hospitalària !!

Gràcies a les noves tecnologies ara podem disposar d'aquest nou enllaç, un butlletí complert i específic per als professionals de la pediatria. Conèixer quina activitat s'està portant a terme a l'hospital, unificar criteris en determinats protocols, veure quines inquietuds tenen els nostres companys, ...probablement tot repercutirà en una millora de la qualitat assistencial que oferim i en un major incentiu per als professionals d' aquest món.

A nivell d'infermeria aquest contínuum assistencial que hauríem d'assegurar als nostres nens es veu, en part, truncat per cert distanciament que encara existeix entre la infermera d'hospital i la infermera de primària.

Els darrers anys, a nivell de l'atenció a la població adulta s'ha fet un avenç important amb la creació del programa PREALT i la figura de la infermera d'enllaç. Des de pediatria d'assistència primària veiem fonamental l'existència d'aquesta figura, donada la complexitat dels casos que de tant en tant se'ns deriva.

La falta d'experiència de la infermeria en determinades tècniques, l'ús de material específic, la creixent reducció de

../...

l'estància hospitalària, la gran varietat cultural de les famílies que atenem,...són motius que fan que cada cop més hi hagi infants amb necessitat de cures complexes a domicili o al CAP, l'atenció dels que sovint resulta dur i dificultós, generant angoixa tant a professionals com a la família.

Seria raonable, doncs, plantejar-se la necessitat de la implantació del programa PREALT a l'hospital Sant Joan de Déu? El programa PREALT s'ha consolidat a molts hospitals de Catalunya com un instrument de garantia en la continuïtat assistencial. Permet gestionar correctament l'alta, compartir informació sobre el pacient entre l'hospital i la consulta de primària, permet optimitzar les cures i evitar reingressos hospitalaris o visites a urgències, assegurant el control i el seguiment de patologies cròniques o patologies de debut.

El pont de comunicació entre la infermera d'hospital i la infermera d'atenció primària travessa moments idonis en el temps. El naixement d' un fill, el debut d'una malaltia o l'ingrés a l' hospital genera demanda d'informació per part de la família. Són moments òptims per reforçar l'educació sanitària consensuada entre hospital i primària.

L'alta dels nens amb certa complexitat o certa fragilitat es podria fer de forma més organitzada. Per exemple, el cas d'un nen afectat d'epidermiolisis bullosa greu. Cóm s'han de realitzar les cures? Qui administra les vacunes? En el cas d' un nen afectat d'una fístula traqueoesofàgica... qui té cura de la traqueo? Cóm aconseguim les sondes? Les paga la família? Es poden aconseguir per altres vies?....

La infermera d'hospital pot aportar a la infermera de primària informació referent a l'ingrés del nen i donar suport en tècniques o cures. I la infermera de primària pot aportar informació referent a la història prèvia del nen, tant pel que fa a la seva salut, als seus hàbits, ambient familiar i costums, com dels recursos sanitaris i socials de la comarca.



Sigui on sigui, a l'àmbit hospitalari o al comunitari, la funció de la infermera és cuidar al nen i a la seva família, gairebé com un "**àngel de la guarda**", tenint cura de les seves necessitats i ajudant-lo a fer-se autònom. Per tant, el nostre objectiu hauria de ser compartir coneixements i habilitats per fer front a cada situació. Ajudem-nos doncs.

Benvingut sigui aquest butlletí per compartir ciència i alhora per compartir reflexions. Hauríem de plantejar-nos en aquest camí comú que hem iniciat si estem donant els mateixos missatges a la població a nivell de recomanacions vacunals, a nivell de pautes nutricionals, fomentant de la mateixa manera l'alletament matern i el vincle afectiu mare/pare-fill, etc.

El treball en equip i en xarxa fa que cada passa que fem, la fem amb seguretat al tenir el consens de tots els professionals. En la Pediatria d'Atenció Primària ens estem començant a coordinar i a treballar amb equip amb la creació dels equips territorials de Pediatria com és el cas de la nostra comarca a l'Alt Penedès ara fa un any.

El fet d'interaccionar professionals de diferents matèries i de diferents nivells assistencials ens fa avançar cap a una millora de l'atenció que oferim als nostres nens i adolescents. Promocionem aquest lligam entre institucions sanitàries i cuidem " aquests vincles ". Som uns privilegiats de poder treballar amb nens. Són el futur del nostre planeta, CUIDEM-LOS.

M. Cèlia Pujol Puyané.
Adjunta d'Infermeria de l'Equip de Pediatria "Alt Penedès"

Un moment, que ja venim!

L'Hospital Sant Joan de Déu aposta per la continuïtat assistencial dels pacients donats d'alta i que requereixen seguiment domiciliari per part de l'equip de l'Atenció Primària.

Es fa difícil parlar de qualitat en la prestació de serveis sanitaris sense assegurar la continuïtat de les cures. És inevitable parlar de relació i coordinació entre nivells assistencials, sense pensar en el desenvolupament de les noves tecnologies que permeten compartir informació en temps real i per tant establir plans de cures i protocols d'actuació coordinada.

El programa PREALT com instrument qualitatiu de garantia en la continuïtat de cures, està consolidat en diferents hospitals de Catalunya i a partir de gener del 2009 ja s'ha instaurat al nostre Hospital, de manera integrada dins el projecte territorial de la Regió Sanitària.

El programa PREALT s'ha iniciat a l'Àrea de la Dona, tenint com a població diana les pacients de Ginecologia i Obstetrícia, i per pacients de pediatria majors de 16 anys que compleixen els criteris d'inclusió. Queda pendent de definir la possibilitat d'incloure també a pacients de menor edat, aspecte actual de controvèrsia i debat professional. En aquest moment es treballa per definir la població diana i possibles criteris d'inclusió i exclusió per iniciar una prova pilot des de l'Hospital.

És una realitat que els pares assumeixen les cures dels seus fills en el domicili, però els cal un reforç, un seguiment per assolir l'autonomia en les cures. És també una realitat que algunes famílies presenten un risc o gestió ineficaç del règim terapèutic i hem de donar resposta als problemes que pateixen.

Cal pensar que aquest seguiment o reforç no necessàriament tindria que ser domiciliari. El instrument del PREALT és una eina de comunicació excel·lent per compartir cures,

../...



tècniques i procediments a domicili. A l'hora també hauria de ser un instrument decisiu per compartir el tenir cura del pacient / família que ha d'afrontar un problema de salut, una malaltia crònica o una intervenció quirúrgica des de les consultes d'Atenció Primària.

Ben segur que queda oberta una via per treballar conjuntament, i des d'aquí us convidem a compartir experiències, coneixements i necessitats per una continuïtat assistencial de qualitat. Esperem les vostres aportacions.

Responsable PREALT
Marta Fajardo
mfajardo@hsjdbcn.org

Referent PREALT
Imma Oliveras
ioliveras@hsjdbcn.org

Toca ocupar-nos-en!

La "*nova epidèmia silenciosa del bebè*": plagiocefàlia postural

Les deformitats cranials en el nen durant el primer any de vida obeeixen a diverses causes, i els mecanismes que les poden condicionar son especialment posicions intrauterines o postnatals restrictives i, de forma molt menys freqüent, la tortícoli congènita o adquirida, el trauma obstètric i les malformacions craniocervicals.

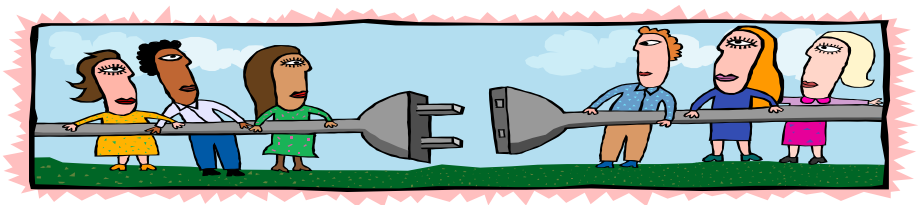
La plagiocefàlia postural es caracteritza per una deformitat cranial deguda a una pressió continuada per la postura del nen sobre un crani que, en els primers mesos de vida, està sotmès a les forces de creixement cerebral i que és altament modelable. La seva incidència fins la dècada dels 80 no era superior al 5% dels nens per sota de l'any, un de cada 300 nadons es deformava. El 1992 l'*American Academy of Pediatrics (AAP)*, per disminuir el risc de la mort sobtada del nen, posà en pràctica la campanya de canviar la posició prona per la supina a l'hora de dormir "*Back to Sleep*!", aconseguint una disminució del 40% d'aquest risc. Paral·lelament, la plagiocefàlia postural es va incrementar en més del 600%. La progressió ha continuat a la dècada dels 2000, i la prevalença actual arriba en major o menor grau al 10% dels nens per sota dels 6 mesos i, al menys en 1/3 dels casos, persisteix en grau variable després dels 2 anys. El 2003 l'AAP (*Pediatrics 2003;112:199-202*) va publicar una guia: *Prevenció i maneig de les deformitats cranials del nen* no molt concreta, per cert, per tal de reconèixer-les i evitar-les.

Els pediatres i infermeres d'atenció primària han de donar a conèixer el més aviat possible (des del naixement) a la població i especialment a pares de nounats, **la recomanació de que quan estigui despert es posi boca terrosa (*Tummy time*), per reforçar la musculatura de l'esquena i millorar el desenvolupament motor,** evitant pressions persistents i continuades en una zona concreta del cap pel fet d'estar boca amunt.

Santi García-Tornel
Servei de Pediatria
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

El nou lema que proposem es:

**"Bebè dormit, panxa amunt !
Despert, panxa avall !"**



Endolla't a Nous Vincles !!!

Extensió de la cobertura del telèfon de consulta entre professionals

El passat mes de novembre de 2007 va posar-se en marxa una prova pilot entre 7 àrees bàsiques de salut i l'HSJD, consistent en l'establiment d'un telèfon de contacte i d'una adreça electrònica, que permet establir, en un termini màxim de 48 hores, un contacte directe entre el pediatra d'APS i un pediatre especialista de l'HSJD, per orientar el millor procediment diagnòstic i/o terapèutic a realitzar a un pacient determinat davant d'un quadre clínic complex o poc habitual.

Durant els primers 15 mesos de l'experiència s'han recollit 44 preguntes (73% per mail), corresponents a 41 casos clínics de pacients concrets. El dubte clínic plantejat s'ha pogut resoldre en el 88% dels casos i tant sols en 5 ocasions s'ha hagut de remetre el pacient a l'hospital per ésser visitat. La valoració qualitativa dels professionals de l'Atenció Primària ha estat excel·lent.

Amb aquests bons resultats i valorant a l'hora el bon ús que se n'ha fet del circuit, la direcció mèdica de l'Hospital Sant Joan de Déu ha pres la decisió d'estendre el seu ús a tots els pediatres dels EAP's de Barcelona Esquerra i Costa de Ponent.

Així doncs ja es possible contactar a,

Telèfon de consulta professional:

@ Adreça electrònica:
aps@hsjdbcn.org

605 695 348
(horari laboral fins 15 h)



En cas de contactar per correu electrònic cal deixar ben especificada la informació següent,

- @ Pediatre demandant: nom i cognoms del metge demandant. ABS. Telèfon directe del pediatre demandant i e-mail contacte
- @ Dades del cas: Nom i cognoms. CIP. Telèfon de contacte. Edat. Dades sanitàries: antecedents rellevants, visites prèvies a HSJD, quadre clínic actual. Pregunta assistencial.
- @ Especialitat de l'HSJD proposada per a contactar.

Aquesta via de contacte està pensada per ajudat a una millor orientació del procés assistencial de pacients concrets amb problemes de salut de natura complexa i poc habitual. Per això caldrà tenir cura de no plantejar dubtes generals o de circuits, donat que la previsió de volum que s'ha estimat per aquesta segona fase d'implementació, no garantiria poder-hi donar resposta dins el termini plantejat de 48 hores.

Josep Serrat
Coordinador Programa Vincles

Protocols consensuats entre APS i l'Hospital Sant Joan de Déu

Durant l'any 2008 i en el marc de les jornades de protocolització es van actualitzar per consens 7 protocols de maneig de problemes de salut. Com podreu veure es tracta de document molt senzills, sintètics, clars i actualitzats on es descriuen els procediments diagnòstics i terapèutics adients a l'Atenció Primària, així com els criteris de derivació cap a l'atenció especialitzada.

No us ho perdeu !

Podeu accedir-hi directament per,

- @ Maneig del nen menor de 3 anys amb sibilacions.
- @ Alteracions del desenvolupament psicomotor.
- @ Maneig de la proteinúria.
- @ Maneig de la hematúria.
- @ Maneig de la infecció del tracte urinari (ITU).
- @ Maneig de la malaltia celíaca en APS.
- @ Maneig de la febre en el lactant.

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:

- Curs de infectologia i salut internacional en pediatria
  28-29 de maig de 2009
- Ventilació no invasiva infermeria
  27 de maig de 2009
- Ventilació no invasiva metges
  28-29 de maig de 2009
- Lactància materna
  10-11 de juny de 2009
- II curs auxiliar d'infermeria pediàtrica / materno-infantil
  18 de setembre de 2009
- Cardiologia
  30 de setembre i 1-2 d'octubre 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.



- Vull que el meu fill sigui més alt, es possible? Quina talla tindrà?
  Prof. F. Rodríguez-Hierro, endocrí
  26 de març de 2009
- Papàs "novatos": cóm sobreviure el primes mes?
  Dr. Santiago Garcia-Tornel, pediatre
  30 de abril de 2009
- La homeopatia en els nens. És útil?
  Dra. Marie-Christine Esteve, pediatra
  28 de maig de 2009

Avís estudi

La Unitat de Trastorns del Son de l'Hospital de Sant Joan de Déu forma part d'un estudi multicèntric d'abast nacional, avalat per la "Sociedad Española del Sueño". L'objectiu de l'estudi és determinar quines són les mesures higièniques més adequades per a prevenir futurs problemes d'insomni infantil secundari a mals hàbits de son.

Busquem col·laboradors, pediatres d'atenció primària, per compartir aquest estudi, que facin la intervenció (explicar les mesures higièniques d'alimentació i son) i el seguiment dels casos. Aquest estudi ajudarà a avançar en el coneixement d'aquesta problemàtica.

Per a més informació dirigiu-vos als doctors:
Francesc X. Sanmartí sanmartí@hsjdbcn.org
Oscar Sans Capdevila osans@hsjdbcn.org

Toma de decisiones en Pediatría. El menor maduro.

En relación a la toma de decisiones en pediatría, ética y derecho otorgan a los padres la facultad de decidir respecto a las intervenciones médicas en el menor de edad. Su autoridad no admite controversia, pero viene estructurada como función fiduciaria, es decir que se ejerce en nombre del titular incapaz (presumiendo su voluntad) y en beneficio del mismo, por lo que si observáramos claramente que la decisión tomada por los padres es perjudicial para el niño deberíamos ir en contra de ella como garantes del bienestar de nuestro paciente; no queriendo decir con esto que no debamos admitir la opinión de los padres si no coincide con la nuestra, ya que existirán situaciones en las que obviamente los pareceres pueden ser distintos y debamos seguir la decisión paterna.

El concepto de menor maduro defiende la posibilidad de que en función de la madurez percibida por el pediatra en su paciente puedan tomarse diversas decisiones aún sin haber alcanzado la mayoría de edad.

No puede considerarse a todos los pacientes menores de edad, desde el punto de vista legal, como incapaces para tomar decisiones. La adquisición de la autonomía es un proceso dinámico y lógicamente no puede valorarse igual un recién nacido, cuya capacidad decisoria es nula, un niño de siete años o un adolescente de catorce que en muchas ocasiones es capaz de tomar decisiones en cuestiones que le afecten desde el punto de vista de la salud y que puede plantear exigencias para mantener su intimidad y su autonomía respecto a sus padres. Pueden subrayarse situaciones relativamente frecuentes en el adolescente relacionadas con la toma de anticonceptivos o el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

La legislación actual sobre derechos de los pacientes reconoce al menor maduro legitimidad para participar en su proceso de salud, y el ejercicio de la patria potestad por parte de los padres o tutores tiene prioridad sobre los derechos del menor, que podrá ejercerlos si tiene la madurez suficiente.

El menor de 12 años debe ser informado de forma adecuada a su capacidad de entendimiento siendo incorporado si es posible al proceso terapéutico, pero será considerado como incompetente en lo relativo a la toma de decisiones y serán los padres o tutores los que decidirán.

Entre los 12 y los 16 años deberán ser informados en función de su grado de madurez y escuchada su opinión frente a la decisión a tomar y, si se considera que tiene competencia suficiente para comprender intelectual y emocionalmente el alcance de su decisión, ésta será respetada. En estos casos queda en manos del profesional la responsabilidad de valorar la madurez del menor y sus aptitudes para decidir por sí solo o derivar la decisión a los padres, buscando siempre su mejor beneficio.

El menor de edad con 16 años cumplidos debe ser considerado en la relación clínica como mayor de edad y se llevará a cabo sólo con él todo el proceso de información y toma de decisiones, salvo clara situación de incompetencia.



La Ley especifica tres ámbitos para los que es exigida la mayoría de edad civil, remitiéndose a los 18 años cumplidos, y que son las técnicas de reproducción asistida, la participación en ensayos clínicos y la interrupción voluntaria del embarazo; no obstante, este último concepto, es erróneo ya que la Ley 41/2002 remite la toma de decisiones a la Ley específica, que en este caso está en el Código Penal y que en el artículo 417 regulador de las causas de la despenalización del aborto; se refiere siempre a la mujer embarazada y sin ninguna especificación para acogerse a ellas relacionado con la mayoría de edad. Por tanto una menor a la que se considerara con la madurez suficiente para una decisión de esa trascendencia podría acogerse a las causas legales de despenalización del aborto.

Queda en manos del pediatra valorar el grado de madurez que pueda presentar el menor de edad, situación ésta muy compleja. Ello hace necesario un estudio individualizado de cada caso, en el que el pediatra pueda calibrar la madurez del menor así como la trascendencia de la decisión, no pudiendo considerar igual una determinación de la que pueda depender la vida del adolescente u otras cuyas consecuencias puedan ser menos graves. El criterio general a seguir sería el de que, a mayor riesgo y menor beneficio respecto a la posible decisión, debería exigirse más competencia en el paciente y viceversa. El menor maduro tiene derecho a la intimidad por lo que sus datos sanitarios deben ser confidenciales salvo en el caso de grave riesgo para él. La ruptura de esta confidencialidad por parte del pediatra frente a los padres o tutores, debería justificarse desde el punto de vista legal y ético y no sería correcto aplicar criterios exclusivamente paternalistas.

../...

Bibliografía:

- Abel Fco. y Cambra Fco. José. "Intervention in perinatology and the birth of severely handicapped children". EACME. Coimbra. 24-25 Octubre.1997.
- Couceiro A. Bioética para clínicos. Ed. Triacastella. Madrid 1999.
- Jonser A,Siegler M,Winslade. Etica Clínica. Ed. Ariel .Barcelona 2005.
- Simón P. y Barrio IMª " La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: Un problema ético y jurídico". Rev. Esp. Pediatr. 1997, 53 (2):107-118.
- Tejedor Torres JC y cols. Consentimiento y confidencialidad en medicina del niño y del adolescente. Med.Clin 1998. 111:105-111.
- Terribas N. Aspectos legales de la atención a los menores de edad. FMC.2008. 15 (6) 339-45.

Francisco José Cambra
UCI Pediátrica
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona



...menor maduro...

El racó d'en Santi

Les famoses "dècimes" de febre.

Quantes vegades hem escoltat la frase el nen "té dècimes"? Però... que és una dècima? Segons la Real Academia de la Lengua, un piló de coses:

1. Que segueix immediatament en ordre al/a lo novè
2. Es diu de cadascuna de les deu parts iguals en que es divideix un tot
3. Desena part del bitllet de loteria
4. Moneda de plata de Colòmbia i l'Equador
5. *Diezmo*. Dret del deu per cent que es pagava al rei sobre el valor de les mercaderies que es traficaven i arribaven als ports, o entraven o passaven d'un regne a l'altre.
6. Combinació mètrica de deu versos octosíl·labs, dels quals, per regla general, rima el primer amb el quart i el cinquè; el segon, amb el tercer; el sisè amb el setè i l'últim, i el vuitè, amb el novè. Admet punt final o dos punts després del quart vers, i no els admet després del cinquè.
7. Moneda de coure que equivalia a la desena part d'un real de ***vellón***.
8. Desena part d'un grau de febre en el termòmetre clínic.

Així que, després de tot aquest enrenou, resulta que la "dècima de febre" és una part d'un grau de febre. O sigui que... no significa res!

La temperatura rectal és la més exacta en nens menors de 3 mesos d'edat. La temperatura axil·lar i timpànica no es consideren segures a aquestes edats. Una temperatura rectal de 38ºC ja es considera febre en nens de 0 a 28 dies i, en nens entre 1 i 3 mesos, a partir de 38 - 38'2ºC.

- Tocar el front o posar-hi els llavis no serveix per a res. Així és bastant freqüent que els pares pensin que un nen té febre quan en realitat està afebril.
- Fins fa poc existien els termòmetres de mercuri però la UE n'ha prohibit la seva fabricació per la toxicitat d'aquest metall líquid. El perill del mercuri fa que no se sàpiga que fer amb tot el que circula per Europa.



Dr. Santi García-Tornel

WWW

KidsHealth Educational Partner

Consells KidsHealth.

Cómo hablar con su hijo sobre la pubertad
http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20258&article_set=25986&ps=104

Sistema reproductor masculino
http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20255&article_set=52367&ps=104

Disciplinando a su hijo
http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20257&article_set=25897&ps=104

El autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo
http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20258&article_set=63048&ps=104

Piojos
http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20256&article_set=54720&ps=104

Nous Vincles
Sant Joan de Déu
Atenció Primària

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
UNIVERSITAT DE BARCELONA

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 comunicació de l'HSJD. **Yolanda Fernández**. Metgessa pediatra. Servei pediatria i urgències HSJD. **Albert Moltó**. Periodista. Cap de comunicació de l'HSJD. **Francisco Vicente Morales**. Metge pediatre. Direcció Equip de Pediatria Alt Penedès. **Jaume Pérez Payarols**. Metge Pediatre. Director d'Innovació, recerca i docència de l'HSJD. **Cèlia Pujol**. Infermera. Direcció Equip de Pediatria Alt Penedès. **Marisa 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.