Nous Vincles
Sant Joan de Déu
Atenció Primària

juliol 2009

3



Editorial

HSJD, a prop teu

- **Unitat clínica per al tractament de les conductes addictives de l'adolescent.**

Coneixement professional

- **Pauta de valoració, prevenció i tractament del dolor agut**
  Guia pràctica actualitzada pel maneig del dolor agut, que conté un decàleg de premisses bàsiques, escales de medició del dolor i els fàrmacs a emprar d'acord amb el context clínic del pacient.
- **Caso clínico: vómitos y diarrea**
  Es tracta d'un cas clínic molt habitual a la pràctica assistencial, la gastroenteritis aguda i les seves complicacions. Es fa una actualització del seu maneig.
- **Infància amb salut**
  Es presenta Infància amb Salut el nou Protocol d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut a l'edat pediàtrica del Departament de Salut. Està cridat a ser una eina de treball bàsica per a l'àmbit pediàtric comunitari en els propers anys.
- **Educació grupal per a mares i pares amb nadons i lactants, durant el primer any de vida**
  El treball de grup no és habitual en l'Atenció Primària. Els aspectes relacionats amb la criança del nadó ofereix una oportunitat per emprar aquest model de treball. El CAP Montnegre ens aporta la seva experiència.

Tema d'actualitat

- **El debat de l'anticoncepció d'emergència?**
  Actualització i resum dels aspectes mèdics i del context bioètic que envolta a l'anticoncepció d'emergència.



Què hi ha de nou en Vincles?

- **Protocols consensuats entre APS i l'HSJD**
  Es presenten els protocols consensuats entre l'HSJD i l'Atenció Primària de Salut de referència respecte dels trastorns del son i de la pubertat precoç.
- **Telèfon/mail de consulta entre professionals**



Tens un cas clínic complex que et cal comentar amb un especialista pediàtric? Ara ho podeu fer amb el nou servei de consulta entre professionals. Per a consultar els detalls d'ús clica sobre aquest anunci.

Formació continuada

- **Cursos Aula de Pediatria HSJD**

Ciència i humanitat

- **Primeros hospitales pediátricos**
  En Francia se crearon los primeros centros hospitalarios pediátricos del mundo, que se constituyeron en el centro de la vida médica, ejerciendo en ellos los mejores pediatras del momento.

El racó d'en Santi

- **Quan anava al "cole" em van posar un malnom**
  En Santi posa el "dit a la llaga" del maltractament escolar i de la negació que es fa des de la societat d'aquest fenomen. No hi ha dubte que els seus efectes són molt superiors als que habitualment tots plegats li atribuïm.
- **¿Existe el Disease Mongering en Pediatría?**
  Interesante articulo de opinión y reflexión sobre el fenómeno de aparición de *nuevas enfermedades inofensivas* o la "patologización" de estados fisiológicos.
- **5 consells KidsHealth**
- **Recurs de xarxa: us Consumer Product Safety Commission.**

Editorial

Nous Vincles té la voluntat de tractar temes que puguin ser útils per a la pràctica assistencial del pediatre i la infermera pediàtrica d'Atenció Primària de Salut. En aquest número d'estiu hem volgut dissenyar un contingut refrescant, de lectura àgil i sempre sobre temes molt quotidians.

En el primer dels articles de contingut, es posa en evidència un cop més, que l'adolescència és una època rica en emotivitats intenses, en la que l'adolescent, en l'exploració del mon que se li obre de sobte davant seu, pot ser vulnerable a l'addició de conductes de risc. És necessari conèixer les opcions que la xarxa assistencial ofereix al respecte, entre elles la Unitat de Conductes Addictives de l'HSJD, un suport especialitzat a l'abast dels professionals dels CSMIJ, amb el que cal comptar per referir-hi els casos més complexos.

En l'apartat de coneixement professional es fa una actualització del maneig del dolor agut i es revisa la conducta pràctica a seguir davant una gastroenteritis aguda. Aquests temes tant prevalents sovint es donen per coneguts. Des del Comitè de Redacció pensem que paga la pena revisar-los de tant en tant.

Volem destacar també d'aquest NV núm. 3 l'article d'actualitat sobre l'anticoncepció d'emergència, sobre la que pesen aspectes ètics que poden ser viscuts de manera diferent per cada professional i sobre els que hem de posicionar-nos de cara a poder fer una prestació lliure i coherent amb la pròpia consciència.

Hem fet esment fins ara d'alguns apartats concrets, però aquest butlletí també presenta altres experiències interessants com un programa grupal d'educació per a la salut del CAP Montnegre, el nou programa del nen sa de l'ICS, els orígens dels Hospitals pediàtrics i el sempre imprevisible i didàctic *Racó d'en Santi*, que ens alerta sobre aspectes tant diversos com el bullying i la passivitat en que la societat el mira o de les noves malalties inventades per interessos comercials de la indústria farmacèutica.

Esperem que aquest popurri sigui del vostre gust i acompleixi el propòsit inicial.

Gaudiu de l'estiu. A la tardor tornarem amb Nous Vincles !

Josep Serrat
Adjunt a les Direccions Assistencials de l'HSJD
(En representació del Consell de Redacció)

L'Hospital Sant Joan de Déu, a prop teu

Unitat clínica per al tractament de les conductes addictives de l'adolescent

En els darrers anys s'ha produït un augment alarmant del nombre d'adolescents que consumeixen drogues, principalment alcohol, tabac, cànnabis i cocaïna. El Pla director de salut mental i addiccions del Departament de Salut va detectar aquesta realitat i va veure la necessitat d'atendre d'una manera especialitzada aquests adolescents, entenent que l'abordatge d'aquests casos presenta una complexitat singular, tant per les particularitats del trastorn addictiu com per l'etapa de la vida en què es dóna.

Fruit d'aquesta necessitat, l'any 2007 va néixer a l'Hospital Sant Joan de Déu la Unitat de Conductes Addictives de l'Adolescent, que està adscrita al Servei de Psiquiatria i Psicologia. La seva missió és tractar tant els adolescents que pateixen una addicció a les drogues com els que fan un ús descontrolat dels videojocs, Internet i altres aplicacions de les noves tecnologies.

Els pacients d'aquesta unitat reben un tractament interdisciplinari que es basa principalment en la intervenció psicoterapèutica i, si cal, farmacològica, social i d'infermeria. L'objectiu és que l'adolescent arribi a ser capaç de controlar els estímuls que l'aboquen a l'addicció i adopti els canvis necessaris en la seva vida per evitar una recaiguda.

Alguns senyals que ens poden indicar que un nen pot patir un trastorn d'addicció són la manifestació de canvis en la seva conducta que no estan justificats per cap motiu concret: està més irritable, canvia d'amics, abandona les seves aficions o baixa el rendiment a l'escola. El pediatre o el metge de capçalera que detecti aquests casos l'ha de derivar en primer terme a un Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) o a un Centre d'Atenció i Seguiment de drogodependències (CAS). Els professionals d'aquests centres, després de la seva avaluació i/o intervenció, són els responsables de la transferència dels casos més greus a les unitats hospitalàries.



Unitat de Conductes Addictives de l'Adolescent

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

Pauta de valoració, prevenció i tractament del dolor agut

Recentment, un col·lectiu interdisciplinari de l'HSJD ha elaborat una guia pràctica pel maneig del dolor, amb un contingut que majoritàriament pot ser d'interès per l'àmbit pediàtric de l'Atenció Primària de Salut.

La guia inclou un decàleg bàsic a tenir en compte en el tractament del dolor, les escales de mesura del dolor, adaptades segons l'edat del pacient, i el tractament de diverses situacions clíniques,

- Dolor lleu amb component inflamatori
- Dolor moderat amb i sense component inflamatori
- Dolor intens

En cada cas es defineixen els fàrmacs a emprar i les dosis adients als grups d'edat, especificant els potencials efectes indesitjables, precaucions a tenir en compte i les contraindicacions.

Finalment es relacionen les presentacions i noms comercials més emprats.

Esperem que pugui ser d'utilitat !



Feu clic en el botó per descarregar el document en format pdf

Caso clínico: vómitos y diarrea

Lactante de 9 meses, sin antecedentes patológicos ni alergias conocidas, presenta irritabilidad con vómitos y diarreas de 12 horas de evolución acompañado de fiebre de hasta 38,5ºC. Ha realizado 10 deposiciones líquidas abundantes sin productos patológicos y 5 vómitos, el último en la sala de espera. Exploración física: triángulo de evaluación pediátrica alterado (aspecto); algo decaído, pálido, llora sin lágrimas, tiene la mucosa oral seca y los ojos hundidos. El tiempo de recapilarización cutánea es de 3 segundos. Aparato circulatorio: frecuencia cardiaca de 120 x', auscultación cardiaca normal, pulsos periféricos bilaterales presentes y simétricos. Aparato respiratorio: ritmo respiratorio y auscultación normales. Abdomen: algo distendido y doloroso de forma difusa, no se palpan masas ni visceromegalias, no presenta signos de irritación peritoneal y el peristaltismo está aumentado. Exploración neurológica: activo y reactivo, fontanela normotensa. Se realiza una analítica sanguínea y una radiografía abdominal (Tabla 1 y Figura 1)

¿Cual es su orientación diagnóstica? ¿Cual sería su actitud?.

Tabla 1

Hemograma: Hemoglobina 11,2 g/dl. HTC 40%. Plaquetas 256.000/mmcc. Leucocitos 15.600 (60%L, 9%M, 20%N). PCR 36 mg/dl.

Gasometría venosa: pH 7,19, PCO2 46 mmHg, PO2 50 mmHg, Bic 11,3 mEq, EB – 12,4.

Ionograma: Na 135 mmol/L, K 4,3 mmol/L, Ca 1,12 mmol/L, Cl 106 mmol/L.

Bioquímica: Urea 50 mg/dl, Creatinina 0,42 mg/dl, ALT 66 UI/L, AST 45 UI/L. Glicemia 78 mg/dl

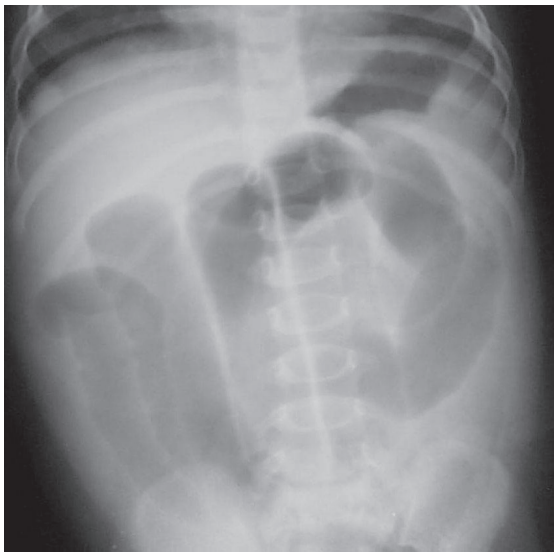


Figura 1

../...

COMENTARIO DEL CASO CLÍNICO

Nos encontramos ante un paciente que presenta un síndrome febril asociado a deposiciones diarreicas, vómitos y dolor abdominal, en el que en la exploración física destacan signos de deshidratación moderada (llanto sin lágrimas, mucosa oral seca, ojos hundidos y tiempo de recapilarización >2 segundos), por lo que el diagnóstico es de deshidratación en el contexto de una gastroenteritis aguda (GEA). En el estudio analítico adjunto destaca una acidosis metabólica con anión gap normal susceptible de ser corregido por vía endovenosa mediante la utilización de Bicarbonato Sódico 1M.

La deshidratación es la complicación más frecuente de la GEA, se cuantifica en relación a la pérdida ponderal, pero dado que en la mayoría de ocasiones en Urgencias no se dispone de un peso inicial fiable, existen diferentes escalas que permiten cuantificar el déficit. Una de éstas es la escala publicada por Gorelick y colaboradores en 1997. Se basa en la presencia o ausencia de los siguientes signos clínicos:

Escala de Gorelick

1. Disminución de la elasticidad cutánea
2. Tiempo de recapilarización > 2 segundos
3. Ausencia de lágrimas
4. Respiración anormal
5. Mucosas secas
6. Ojos hundidos
7. Pulso radial anormal
8. Taquicardia
9. Oliguria

La presencia de 3 a 6 signos indica deshidratación moderada, mientras que la presencia de 7 o más signos sugiere deshidratación grave. La GEA es una entidad de diagnóstico clínico por lo que en general no son necesarios exámenes complementarios. La analítica sanguínea está indicada cuando existen signos de deshidratación moderada o grave, cuando existe sospecha clínica de hipernatremia (predominio de la clínica neurológica frente a la hemodinámica), o cuando el cuadro explicado por la familia no concuerde con el estado del paciente. La radiología abdominal no está indicada en la mayoría de los casos, y puede, como en éste caso, mostrar imágenes compatibles con dilatación de asas intestinales y usualmente niveles hidroaéreos. El coprocultivo no debe realizarse de forma sistemática en Urgencias, y se realizará de forma diferida en casos seleccionados (diarrea mucosanguinolenta, inmunodeficiencia, diarrea prolongada).

La vía de elección para la rehidratación en una GEA es la vía oral. Deben emplearse soluciones que cumplan las recomendaciones de la ESPGAN. Si el paciente no está deshidratado se administraran pequeñas cantidades de suero de rehidratación por vía oral. Si existen signos de deshidratación se deberá pautar una cantidad determinada en un tiempo determinado. La forma de administrar inicialmente es por boca y fraccionada en pequeñas cantidades (Tablas 2 y 3). En menores de 3 años con mala tolerancia se puede administrar el volumen mediante SNG.

Tabla 2
CANTIDADES DE REHIDRATACIÓN ORAL ACONSEJADAS

1. Paciente no deshidratado: ofrecer SRO a demanda sin calcular cantidades, para compensar pérdidas mantenidas.
2. Deshidratación leve: administrar 40-60 ml/Kg en 4 horas.
3. Deshidratación moderada: 75-100 ml/Kg en 4 horas.
4. Deshidratación grave: teóricamente podría administrarse 100-150 ml/Kg vía oral en 4 horas, aunque lo habitual es utilizar vía EV. Como alternativa puede utilizarse la rehidratación por SNG con las mismas cantidades.

En las deshidrataciones hipernatrémicas usar la misma cantidad de SRO, pero administrarlo en al menos 12 horas en lugar de 4.

Al finalizar esta fase de rehidratación, debe reintroducirse la alimentación y recomendar continuar con SRO a demanda para compensar pérdidas sucesivas.

Tabla 3.
FORMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA REHIDRATACIÓN ORAL

- Paciente que tolera y no está deshidratado: se ofrece SRO a demanda sin pautar cantidades ni tiempo. Habitualmente se remite a domicilio con las recomendaciones, sin comenzar en urgencias.
- Paciente deshidratado que tolera por boca: pautar la cantidad a tomar según el grado de deshidratación y administrarlo en el tiempo correspondiente por vía oral de forma más o menos fraccionada según la presencia de vómitos. Antes de remitir el paciente a su domicilio hay que cerciorarse de la correcta tolerancia.
- Paciente deshidratado que no tolera por boca (vómitos incoercibles) o que es incapaz de tomar la cantidad adecuada en el tiempo adecuado: colocar una SNG y administrar a débito continuo la cantidad pautada en el tiempo pautado. Las sondas utilizadas son las de alimentación habituales y el criterio es colocar la más fina posible de longitud adecuada (5-6 Frenchs).
- Paciente con deshidratación grave o en el que la rehidratación por SNG ha fracasado o se considera no indicada: aplicar la pauta de rehidratación EV.

../...

La vía endovenosa se utilizará en las situaciones en que la oral esté contraindicada (signos de shock, sepsis o íleo paralítico, alteración del nivel de conciencia, vómitos incoercibles a pesar de una correcta técnica por vía oral) y en casos de alteraciones hidroelectrolíticas importantes. Las nuevas pautas de rehidratación endovenosa rápida con suero salino fisiológico han demostrado ser útiles en la reposición hídrica en las deshidrataciones iso e hiponatrémicas. La reposición en la deshidratación hipernatrémica debe ser más lenta cuanto más elevada es la cifra de sodio, siendo de elección en este caso la rehidratación oral.

En todos los casos se recomienda una reintroducción precoz de la dieta y no se recomienda dieta astringente prolongada. Como norma general no está indicado el tratamiento antibiótico ya que la principal etiología es vírica. Existen otros tratamientos de reciente estudio que ya han demostrado utilidad clínica como los probióticos (fundamentalmente bacterias de la especie *Lactobacillus*) y el racecadotrilo, un inhibidor de la encefalinasa intestinal, que es útil en las diarreas de mecanismo no inflamatorio.

En resumen, podemos decir que los puntos básicos en los que se sustenta el tratamiento actual de la gastroenteritis aguda infantil son:

- La **rehidratación oral** es el pilar fundamental en el tratamiento de la gastroenteritis aguda. La realimentación debe ser precoz.
- La administración de probióticos es una opción a tener en cuenta en el manejo de la gastroenteritis aguda.
- El racecadotrilo es, por su mecanismo de acción, un fármaco potencialmente útil en el tratamiento de la diarrea aguda infecciosa infantil.



DIAGNÓSTICO FINAL

- GASTROENTERITIS AGUDA
- DESHIDRATACIÓN MODERADA.
- ACIDOSIS METABÓLICA

Bibliografía

1. Quintillá JM. Gastroenteritis Aguda. Urgencias en Pediatría, 4ª edición. Pág. 183-194.
2. Quintillá JM, Pizá A. Deshidratación Aguda. Urgencias en Pediatría, 4ª edición. Pág. 265-285.
3. American Academy of Pediatrics. Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Acute Gastroenteritis. Practice Parameter: The Management of Acute Gastroenteritis in Young Children. Pediatrics 1996; 97:424-435.
4. Gorelick MH, Shaw KN, Murphy KO. Validity and Reliability of Clinical Sings in the Diagnosis of Dehydration in Children. Pediatrics 1997;99:e6.

D. Muñoz Santanach y J.M. Quintillá
Servei de Pediatra
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Infància amb salut

El passat dia 13 de maig es va presentar al Departament de Salut, el **Protocol d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut a l'edat Pediàtrica**, anomenat Infància amb Salut, resultat de la revisió i actualització del Programa del Nen Sa.

Han estat molts els companys/nyes que han participat en la seva elaboració, tant de l'atenció primària com dels hospitals. Aquesta és una altra mostra de bons resultats de la col·laboració entre nivells, tant necessària per a donar una atenció sanitària de qualitat a la població infantil i juvenil.

De les nombroses novetats d'Infància amb Salut destaquem:

1. Revisió de les visites i les activitats en funció de la evidència disponible: són més importants les activitats a desenvolupar que el nombre de visites (no hi ha evidència de quin és el nombre òptim de visites a fer).
2. Distribució de funcions en l'equip pediàtric: queda recollit quines activitats corresponen a la infermera i quines al pediatre.
3. Inclusió dels consells de salut i recomanacions per a cada edat: orienta sobre els temes a abordar a cada visita.
4. Capítols específics per a,
   a. Atenció de l'infant immigrat,
   b. Salut mental infantil i juvenil.
   c. Accions de salut comunitària en els infants en edat escolar.
5. Abordatge específic de grups de risc:
   a. Prematuritat i baix pes.
   b. Famílies distòciques.
   c. Obesitat.
6. Capítol d'avaluació per poder fer el seguiment de l'aplicació i l'efectivitat del programa.



Donem per segur que aquest nou programa Infància amb Salut permetrà abordar les activitats preventives amb major eficiència.

Us el podeu descarregar a la següent adreça: http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2059/edpediatr.pdf.

Manel Enrubia
Referent de Pediatria
SAP Esquerra de Barcelona
Institut Català de la Salut

Educació grupal per a mares i pares amb nadons i lactants, durant el primer any de vida

L'educació i cura dels fills és una tasca engrescadora, no sempre fàcil, que planteja multitud de problemes i dubtes que preocupen a mares i pares.

L'espai de temps de la consulta de la infermera de pediatria en els Centres d'Atenció Primària, permet la comunicació amb els pares en forma de missatges curts i concrets. Aquesta brevetat suposa un desavantatge per profunditzar en certs temes de la cura del fill.

El treball de grup amb mares i pares pot generar un ambient plural, interactiu i participatiu, que dinamitzi l'exposició d'opinions i permeti el contrast de dificultats, inquietuds i expectatives, a l'hora que incorpora coneixements sobre la criança, cura i desenvolupament, dels fills. Tot plegat pot ajudar a l'objectiu de treballar l'adaptació a aquesta nova etapa familiar.

Al CAP Montnegre (SAP Esquerra Barcelona, ICS), es mena a terme un programa grupal de sis sessions, de freqüència setmanal, amb una durada de 90 minuts cadascuna. El grup està format per 6-8 mares i/o pares i els respectius fills. Cada sessió consta de dues parts, una primera on intervé la infermera de pediatria i una segona de debat, amb la participació de tots els membres, per exposar experiències i dubtes. El temari gira al voltant de temes específics del primer any de vida com l'alletament matern, lactància artificial i complementària, cures del nadó, prevenció d'accidents, actuacions front a problemes prevalents (febre, còlics del lactant, restrenyiment, hàbits del son, gelosia...), vacunes i calendari vacunal. Les dues darreres sessions es dediquen al massatge infantil.



Durant el primer semestre del 2009, s'han fet 3 edicions, amb la participació de 17 mares i 2 pares, amb els seus nadons. L'edat dels nens ha estat compresa entre 1 i 6 mesos.

L'activitat ha estat valorada com molt satisfactòria pels assistents, especialment per haver trobat un espai on abocar els dubtes i per la constatació de que les pors i inseguretats són generals i compartides. Es comprova també un increment del coneixement en els aspectes de la criança i un interessant efecte socialitzador entre els participants. Cada vegada més s'observa un augment de la participació del pare en la criança del fill, que també es tradueix en la seva incorporació en aquesta experiència. Des de la perspectiva professional es valora com una opció d'optimització global del temps de consulta de pediatria.

Montse Gajans
Referent infermeria pediatria
SAP Esquerra de Barcelona.

El debat de l'anticoncepció d'emergència?



L'Anticoncepció d'Emergència (AE) no és un tema nou. Només cal recordar que en els anys 70 va sorgir l'anomenada pauta de Yuzpe que combinava estrògens i gestàgens amb una reducció a la pràctica clínica del 75% de risc d'embaràs. També és coneguda l'alta efectivitat – superior a la pauta de Yuzpe- de la utilització del DIU com procediment d'AE fins a 120 hores després de la relació sexual desprotegida, tot i que no s'ha consolidat com mètode per l'AE (cal expertesa tècnica per col·locar-lo, no prevé risc de malalties de transmissió sexual i la manca de coincidència de població diana AE v/s DIU).

El mètode actual més emprat per l'AE és el Levonorgestrel (LNG) 1 cp de 1500 micrograms per VO en monodosi (Norlevo® o Postinor®), que aconsegueix, idealment dins les primeres 12 hores i no després de les 72 hores posteriors a la relació sexual desprotegida, una reducció del risc d'embaràs del 85% amb una molt alta tolerància (superior a la pauta de Yuzpe). Existeixen altres alternatives com la RU 486 d'ús hospitalari a Espanya, amb l'única indicació permesa d'interrupció voluntària de l'embaràs dins els primers 49 dies de gestació, amb efectivitat lleugerament superior al LNG.

Des del punt de vista mèdic, els efectes indesitjables de la utilització de LNG com mètode d'AE es consideren insignificants (el més notificat són les nàusees en el 23,1% dels casos i vòmits en el 5.6%), i en cap cas determinants per la no prescripció.

La decisió de prescriure LNG per l'AE pot veure's influenciada, no obstant, per aspectes d'objecció de consciència pel que fa a l'efecte mateix del fàrmac i per posicionaments bioètics sobre els principis de justícia, beneficència i d'autonomia,

../...

que alguns professionals perceben com a més determinants quant la dona sol·licitant és menor d'edat i/o amb problemes de recursos.

El debat s'ha reobert a Espanya després que la ministra de Sanitat Trinidad Jiménez i la d'Igualtat Bibiana Aído, van anunciar que a partir del mes de setembre la píndola postcoital es podrà comprar a les farmàcies sense recepta. Aquesta mesura ha suscitat valoracions positives i negatives tant pel que fa a la millora de l'accessibilitat del producte com pel preu que la usuària ha de pagar (aproximadament uns 20€).

Quan es decideix prescriure o dispensar l'AE, sigui qui sigui l'agent de salut implicat (mèdic, d'infermeria o de farmàcia), cal lliurar sempre els consells sobre el propi fàrmac (administració, eficàcia, efectes secundaris, etc.), sense oblidar els missatges adients pel que fa a aspectes de salut pública, de formació psicoafectiva i de protecció de la salut en relació als hàbits sexuals, adequats a l'edat i circumstàncies de la població demandant.

Josep Serrat
Adjunt a les Direccions Assistencials de l'HSJD

Què hi ha de nou en Vincles

Protocols consensuats entre APS i l'HSJD

Des del mes de març i fins l'actualitat s'estan celebrant les "*Sesiones de Protocolos Patología Pediátrica Prevalente en Atención Primaria*", de 20 hores de durada i acreditat pel Consell Català de la Formació Mèdica Continuada. Cadascuna de les 5 jornades previstes conclou amb l'elaboració d'un protocol de mínims en el que es recull les intervencions a fer des dels diferents nivells assistencials.

A la web de l'HSJD podeu trobar els protocols de les dues primeres jornades del curs 2009, o feu clic en el llistat adjunt.

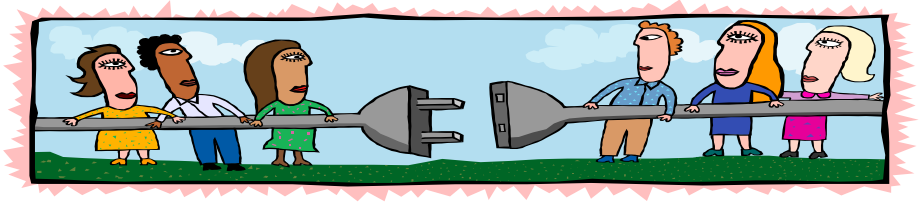
1. Detecció i actuació davant els trastorns del son a l'atenció primària de salut.
2. Protocol d'estudi i actuació de la puberat precoç a l'APS.

Telèfon/mail de consulta entre professionals



Tens un cas clínic complex que et cal comentar amb un especialista pediàtric?

Ara ho podeu fer amb el nou servei de consulta entre professionals. Per a consultar els detalls d'ús cliqueu sobre aquest anunci.



Endolla't a Nous Vincles !!!

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:

- II Curs auxiliar d'infermeria pediàtrica.
  18 de setembre de 2009
- Cardiologia.
  30 de setembre-2 de octubre de 2009
- Curs d'actualització en hematologia pediàtrica. Leucèmia linfoblàstica aguda.
  2 d'octubre de 2009
- Curs d'hipospàdies proximals.
  9 d'octubre de 2009
- Dermatologia.
  15-16 d'octubre de 2009
- Traumatisme craneo-encefàlic.
  16-17 d'octubre de 2009
- Ventilació no invasiva (anglés).
  22-23 d'octubre de 2009
- Malalties predisposants a càncer en l'Atenció Primària.
  23 d'octubre de 2009
- Jornada d'actualització en al·lèrgia pediàtrica.
  29 d'octubre de 2009
- Curso de odontología hospitalaria para odontólogos.
  30 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

Primeros hospitales pediátricos.

La Revolución supuso para Francia un cambio trascendental en las estructuras sociales, políticas y económicas. La profesión médica se reorganizó y el hospital pasó a ser el centro de la vida médica, adoptando un papel fundamental desde dos puntos de vista, como centro asistencial y como centro científico. Así, en estos centros se proveía a los necesitados de un sistema hospitalario estatal y se utilizaban a la vez como centros de enseñanza de la profesión, donde desarrollaban su labor las principales figuras de la pediatría del momento. Los primeros y más remarcables centros fueron l'Hôpital des Enfants Malades y l'Hôpital des Enfants-Trouvés.

Hôpital des Enfants Malades



Creado en el año 1802 en Paris y ubicado en la Rue de Sevres se considera el primer hospital pediátrico del mundo. Se admitían únicamente niños enfermos, diferenciándose del concepto de asilo para niños huérfanos o mendigos en los que se también se acogían a niños enfermos.

Su capacidad era de 300 camas y el límite de edad para ser admitido eran los 15 años de edad. La mortalidad debida a enfermedades contraídas en el mismo hospital era del 25%. En este hospital desarrollaron su labor profesional médicos como F.Rilliet o A.Trosseau.

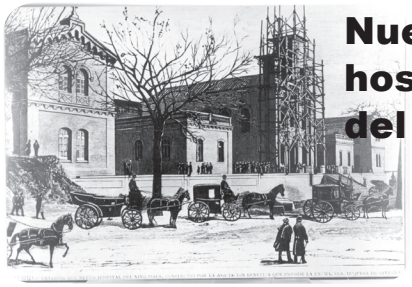
Hôpital des Enfants-Trouvés



Situado en la Rue de Deufer-Rochereau a orillas del río Sena fue abierto en el año 1814. A partir de 1838 se denominó Hôpital des Enfants-Assites y en torno a 1940 de San Vicente Paul. Disponía de una sección dedicada a recoger niños recién nacidos con una capacidad de 100 cunas. Un 70 % fallecían durante el primer mes de vida, dadas las malas condiciones en los que muchos llegaban, y también por infecciones nosocomiales. La situación entre los diversos centros de acogida no hospitalarios era deplorable. Villermé, considerado un gran higienista llegó a afirmar durante los primeros años que debía colocarse a la entrada de los hospicios un rótulo que dijera "*Aquí se mata a los niños a cargo del erario público*". En el último cuarto de siglo, en este centro, se realizaron reformas preconizadas por Grancher, para intentar evitar la transmisión de infecciones entre enfermos, que incluían unos compartimentos para separar a los niños.

En este centro trabajó Charles Michel Billard, gran figura de la pediatría del momento, que publicó en 1828 "*Traité de maladies des enfants nouveu-nes et a la mamelle*" y un atlas sobre enfermedades infantiles cuyas ilustraciones realizó él mismo. En la obra de Billard se destaca la importancia del estudio anatomopatológico y su gran preocupación por la sistematización semiológica.

../...



Nuevo hospital del Niño Jesús

Imágenes obtenidas de Internet

En nuestro país los primeros hospitales pediátricos fueron el de Sant Joan de Déu de Barcelona inaugurado en 1867 y que inicialmente estuvo situado en la calle Muntaner a la altura de la calle Rosselló y en Madrid el Hospital del Niño Jesús, fundado en 1877.

Francisco José Cambra
UCI Pediátrica
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

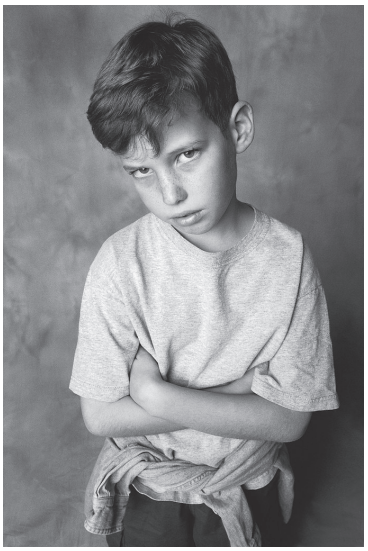
El racó d'en Santi

Quan anava al "cole" em van posar un malnom



Dr. Santi García-Tornel

La falta de respecte i ordre, el llibertinatge, la llei de la selva i la crisi econòmica són les arrels d'un fenomen molt preocupant. L'augment constant de fills denunciats per pares i la creixent desprotecció del professorat crea un sofriment constant de pares, professors i alumnes. La dignitat de la persona es va perdent i molts es veuen abocats a la indefensió.



L'anestèsia i indiferència de la societat ens està duent a la síndrome de negació, o llei del silenci, representat per frases com "*en el nostre col·legi no hi ha maltractament*", "*és només un cas aïllat*", "*són coses de nens*" o "*ha estat una broma*".

El **mobbing** o **assetjament escolar** és el maltractament deliberat verbal o de maneres, que rep un nen per part d'un altre o altres, que es comporten amb ell cruelment amb l'objecte de sotmetre'l, acovardir-lo, intimidar-lo, amenaçar-lo o obtenir una mica mitjançant xantatge. És el "*tots contra un*". En canvi, el **bulliyg** és el "*matonisme*", l'agressió física.

L'escola ha de ser un lloc segur per als alumnes. L'assetjament escolar forma part del missatge que ara reben els joves de "*salvi's qui pugui*" perquè ningú l'ajudarà. Enfront del mobbing escolar hi ha un pacte de silenci; tots callen i, en les condicions tecnològiques actuals, l'**e-mobbing** i l'**e-bullying** són reforços a l'assetjament, violència i fustigació. Molts nens queden amb seqüeles permanents com trastorns d'ansietat o depressió. El nen acorralat canvia de caràcter i, de rebot, se'l castiga més, se'l canvia d'escola o se l'envia al psicòleg. Als seus pares se'ls assenyala amb el dit per no haver sabut criar-lo.

Quan jo anava al *cole* jo era un "**piltrafilla**," prim i amb una mandíbula inferior bífia. Per no ser molt agraciat em van posar el malnom de Capità Garfio, que em va fastiguejar en la seva època però potser avui seria un honor. Prefereixo això a Campaneta... En els *meus temps* hi havia un assetjament escolar més suportable, en els d'avui pot dur a massacres com les que estem veient a les escoles.

¿Existe el Disease Mongering en Pediatría?

En español, *disease mongering*, viene a significar algo así como "tráfico o comercio de enfermedades". Es una expresión recientemente introducida en la literatura médica, que se refiere al esfuerzo que realizan las compañías farmacéuticas para llamar la atención sobre condiciones o enfermedades frecuentemente inofensivas, con objeto de incrementar la venta de medicamentos mediante campañas publicitarias, visitadores médicos y estudios que intentan medicalizar cualquier dolencia. La expresión fue acuñada por una periodista especializada, Lynn Payer, en su libro de 1992 titulado «Promotores de enfermedades: lo que hacen los médicos, las compañías farmacéuticas y las aseguradoras para que se sienta usted enfermo». Payer definió el concepto como «tratar de convencer a gente que está esencialmente bien, de que está enferma, y a gente que está algo enferma de que está muy enferma». Hace muy poco años, y en un publicación tan respetable como el *British Medical Journal*, los investigadores Ray Moynihan, Ioana Health y David Henry, en un artículo titulado «*selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*» (BMJ 2002; 324: 886-891), demostraban cómo los laboratorios farmacéuticos estaban inventando una supuesta disfunción sexual femenina, para ofertar tratamientos con drogas. La técnica reside en "patologizar"



situaciones y estados que no lo son, como la menopausia, la vejez, la tristeza, para, a continuación, proponer el correspondiente nuevo medicamento. La pubertad, la delgadez, la gordura, la menopausia; estados emocionales, como el aburrimiento; el llamado síndrome post vacacional, o factores de riesgo, como el colesterol son condiciones normales indebidamente presentadas como enfermedades reales.

Por lo tanto, la respuesta a la pregunta del encabezamiento es claramente: Sí.

Algunas me parecen muy evidentes como el dolor de la primera dentición, cólico del lactante y otras. Por cierto, el TDAH, se está convirtiendo en una "epidemia" ¿no les parece?

Consells KidsHealth.

KidsHealth Educational Partner

PER PARES

Sistema reproductor femenino

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20255&article_set=52352&ps=104

Desarrollo tardío del habla y lenguaje

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20257&article_set=43405&ps=104

Cómo hablar con su hijo sobre las drogas

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20286&article_set=26019&ps=104

PER NENS

El miedo

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&article_set=39810&lic=194&cat_id=20265

PER ADOLESCENTS

Llevarse bien con los profesores

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&article_set=62273&lic=194&cat_id=20265

Un recurs de xarxa

Us proposem que feu una ullada a aquest recurs de xarxa.



http://www.cpsc.gov/

Es tracta d'una interessant pàgina web de l'administració dels USA, en la que s'informa dels riscos per a la seguretat dels productes de consum habituals.

La seguretat és un dels aspectes preventius més importants de la mortalitat infantil. Els pediatres rebem poca informació de productes infantils comercialitzats que poden resultar perillosos o nocius. A Espanya, segons el nostre coneixement, no disposem d'un servei d'avaluació i difusió dirigit directament a professionals de la salut i dels pares com la Consumer Product Safety Commission d'EEUU. Una part de la web és operativa en llengua espanyola i la subscripció és gratuïta.

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.