



Editorial

Presentació global del contingut del butlletí emmarcat en "les crisis" que en l'actualitat ens envolten. Es destaca la importància dels problemes de salut mental i de l'enfocament actual per la seva millor atenció.

HSJD, a prop teu

• Nou model d'hospitalització psiquiàtrica

L'àmbit natural de l'atenció als problemes de Salut Mental infantil i Juvenil és el comunitari i es fa precisa la integració interdisciplinària de tots: professionals d'APS, SM, educadors, etc. Quan l'internament és inevitable cal vetllar per disminuir el seu impacte.

Coneixement professional

• Flash clínic1: raquitisme

Aquesta malaltia que sembla del tercer món, la trobem al quart món que ens envolta. Cal pensar en ella davant de la presència de signes clínics específics.

• Flash clínic 2: púrpura

El mot púrpura significa "coloració violàcia" que, quan afecta a la pell ens obra tot un ventall de possibilitats diagnòstiques, algunes d'elles de mal pronòstic com és el cas que es presenta en aquest cas una púrpura trombòtica, que no hemorràgica, de ràpida evolució.

• TDAH

El trastorn per hiperactivitat és el procés més prevalent de Salut Mental infantil i juvenil. A l'article es presenten els seus aspectes més genèrics i es debat sobre l'actual controvèrsia sobre la seguretat del tractament amb metilfenidat.

Tema d'actualitat

• Vacuna de la grip A

No hi ha dubte que als professionals ens toca vacunar-nos. Ho farem? Es clarifiquen aspectes de seguretat i indicació de la vacuna referent a nens/es, embarassades i professionals.

Què hi ha de nou en Vincles?

- **Protocols consensuats entre APS i l'HSJD**
Trastorns de la son, pubertat precoç i calendari quirúrgic.
- **Telèfon/mail de consulta entre professionals**
- **Telèfon de l'adjunt d'urgències de l'HSJD**
- **La pediatria al 2009: nous vincles, nous ponts**
Un exemple que il·lustra el que és possible fer per la millora de la coordinació de nivells i, en concret, en l'àmbit de la formació continuada. Dins del text és possible accedir, per link, a les presentacions.

Formació continuada

- **Fulletons de procediments d'infermeria**
Tractaments d'immunoal·lèrgia i botó gàstric.
- **Cursos Aula de Pediatria HSJD**

Ciència i humanitat

- **El professionalisme està en crisi**
L'"Archi", el seu autor, ens descobreix l'origen del concepte, les claus del problema i ens apunta possibilitats de readreçament. Molt interessant i recomanable!!

El racó d'en Santi

- **5 consells KidsHealth**
- **Recurs de xarxa**
Es presenten dos recursos, un d'ells més visitat que la Web del Barça FC.
- **Puericultura. Què se n'ha fet?**
El pediatra ha de ser puericultor a l'hora? El que hem guanyat en coneixement pediàtric en les darreres èpoques ho hem perdut per altres costats?.
- **Quina evidència hi ha de la medicina basada en l'evidència?**
És un debat interessant, en el que el Santi ens porta a reivindicar el món de l'experiència professional.

Us presentem el quart número del butlletí NV que, malgrat l'actual crisi (la de la Grip A!), els membres del Comitè de Redacció hem volgut dedicar a la Salut Mental (SM).

L'**informe faros nº 1** ens alerta de l'alta prevalença dels trastorns de SM a la població infantil i juvenil. Asseveracions com que en la nostra societat constitueixen "la 3a causa més prevalent de malaltia crònica" o que "entre el 15 i el 24% dels nens i adolescents espanyols pateix, alguna vegada a la vida, un trastorn de tipus neuropsiquiàtric" ens han de fer reflexionar. El risc que els problemes de SM estigmatitzin al nen que els pateix, es cronifiquin o derivin cap a situacions greus és evident. És per això que cal ser extremadament curosos en la seva atenció. En aquest sentit el seu lloc natural d'atenció és la comunitat i és en aquest context on la integració de les intervencions de l'equip d'Atenció Primària de Salut (pediatre, metge de família i infermer@) amb les de l'equip de Salut Mental (CSMIJ o CSMA) es fan imprescindibles. L'article de TDAH és un exemple del què cal fer en aquest sentit amb un dels problemes de SM més actuals i freqüents. Seguint aquest fil de reflexió, l'internament total o parcial del nen o adolescent per problemes de Salut Mental ha de ser l'últim recurs i només es justifica en situacions d'alt risc o que no puguin ser controlades d'altra manera i, en aquests casos, cal vetllar per disminuir l'impacte emocional de l'internament amb espais arquitectònicament adaptats i serveis assistencials complementaris (lúdic - educatius - terapèutics) que col·laborin a la millor i més ràpida resolució del procés. El nou

edifici Ítaca, dins el recinte de l'Hospital Sant Joan de Déu, vol recollir aquestes inquietuds. Us convidem a visitar-lo.

A la resta del butlletí volem destacar que els **casos** clínics els hem convertit en "flashos" clínics, la intenció ha estat fer un repàs i actualització molt lleuger sobre dues patologies concretes, una d'elles, el raquitisme, amb la que podem topar en virtut de les altres crisis, l'econòmica i la dels fenòmens migratoris. Als **temes d'actualitat** no ens hem pogut estar de tractar el tema de la vacuna de la grip A i del dilema del compromís del professional en la seva pròpia vacunació com a col·lectiu de risc. Altres aspectes "calents" i reflexions a l'entorn de la crisi del professionalisme es presenta en l'article de l'àmbit de les **humanitats**. Us convidem també a llegir l'experiència de l'ICS de Costa de Ponent en l'apartat del **programa VINCLES**, en la que la lliçó apresca és que sovint tenim els recursos per fer coses en el terreny de la coordinació entre nivells i que per manca de voluntat institucional i per la pressió del dia a dia no cristal·litzen.

Finalment el **Santi** novament ens porta a debats interessant sobre aspectes que podríem definir com de "professionalisme crític". Què se n'ha fet de la puericultura dins de l'àmbit de la pediatria assistencial? Perquè reneguem de l'experiència professional quan parlem de medicina basada en l'evidència? Què és l'evidència? El Santi ja ha pres mesures de seguretat front els comentaris que pugui rebre i s'ha posat el casc!

El Comitè de Redacció us convida a gaudir d'aquest nou NV#4.

Josep Serrat
(En representació del Consell de Redacció)



L'Hospital Sant Joan de Déu, a prop teu

Nou model d'hospitalització psiquiàtrica

La depressió o el trastorn psicòtic no són trastorns mentals exclusius de l'edat adulta. També poden afectar a infants i adolescents, de la mateixa manera que el trastorn d'hiperactivitat, el més prevalent en la població infanto-juvenil, pot donar-se també en persones adultes.

El diagnòstic precoç i tractament de qualsevol d'aquests trastorns en infants i adolescents és clau en la millora del pronòstic i projecte vital del nen. I, com en la població adulta, aquest tractament combina sovint l'administració de psicofàrmacs amb la teràpia psicològica. Només en un nombre limitat de casos inclou també l'hospitalització de l'infant: quan la gravetat de la patologia ho fa necessari o bé quan es detecten dificultats en el seu context social que poden obstaculitzar el tractament i recuperació del nen.

En la resta dels casos, la millor opció és tractar l'infant en el seu entorn i, si és possible, a l'àmbit de la primària. Els pediatres que atenen un nen afectat d'un trastorn mental poden derivar el cas al centre de salut mental infanto-juvenil (CSMIJ) de la seva zona o bé plantejar el cas al psiquiatre del CSMIJ que visita periòdicament el seu CAP. Els dos professionals podran



Un complet programa d'activitats

valorar si es pot tractar l'infant al CAP o bé, si es tracta d'un cas greu, cal derivar-lo a un altre nivell assistencial.

La xarxa d'atenció a la salut mental està integrada per centres ambulatoris d'atenció especialitzada -els centres de salut mental infanto-juvenil- i d'hospitalització, ja sigui parcial (hospital de dia) o total. L'Hospital Sant Joan de Déu gestio-

Espais amb molta llum



na cinc CSMIJ –a Cornellà, Granollers, Mollet, Vilafranca i Vilanova-, quatre hospitals de dia –Mollet, Vilanova, Granollers i Esplugues- i un servei d'hospitalització que recentment ha estat traslladat a un nou edifici, anomenat Itaka, que s'ha construït al costat de l'hospital i que es dedicarà exclusivament a l'atenció psiquiàtrica.

El nou edifici de salut mental ha estat concebut seguint un nou model d'atenció que busca reduir al màxim l'impacte de l'hospitalització en el nen. Els infants ingressats van vestits de carrer, disposen d'un complet programa d'activitats, i d'espais oberts com un jardí o terrassa en un edifici on les mesures de seguretat són imperceptibles.

Lluís San

Cap de Servei de Psiquiatria i Psicologia. HSJD



Coneixement professional

Flash clínic: raquitisme

Es tracta d'un nen de 17 mesos que va acudir al servei d'urgències de l'HSJD, remès pel seu pediatra d'APS per presentar: **macrocefàlia, retràs psicomotor i possible luxació de malucs.**

A la seva arribada a urgències el pacient estava estable. No hi havia antecedents perinatològics a destacar, el diagnòstic precoç havia estat normal i la macrocefàlia ja s'havia detectat des dels 2 mesos de vida, moment en que s'havia practicat una ECO trans-fontanel·lar que havia resultat normal. El nen era d'origen marroquí, sense consanguinitats parentals.

A l'exploració física destacava un aspecte general distròfic, amb un pes de 10Kg (p40) i un PC de 50cm (p90), una macrocefàlia amb un front ample i una gran fontanel·la normotensa oberta (4x4cm), sense dismorfies facials cridaneres. D'entrada es va evidenciar una **[crani-tabes]**, una coxa vara bilateral i un rosari costal bilateral. Des del punt de vista psicomotriu, la sedestació era autònoma i estable i la bipedestació requeria recolzament, sense poder gatejar ni caminar.



- **Fórmula vermella i plaquetar normals.**
- **Leucòcits 14100 (L46,6% / N38,9%).**
- **Coagulació normal**

Na:	140 mmol/L		
K:	4,4 mmol/L		
Ca total:	9,6 mg/dl		(9 - 10.6)
Fosfats:	2,4 mg/dl	↓	(3.5 - 5.7)
Magnesi	2,6 mg/dl	↑	(1.8 - 2.3)
Fosfatases alcalines:	1648 UI/L	↑	(< 396)
PTH:	15,4 pmol/L	↑	(0.5 - 5.5)
Vit D 1-25	59,7 pg/ml		(25.1 - 66.1)
Vit D 25:	4,1 ng/ml	↓	(12 - 62.1)



El raquitisme pot ser

- **Carencial.** Per dèficit en l'alimentació i/o manca de radiació solar
- **Primari.** Raquitisme vitamina D resistent tipus I o tipus II.
- **Secundari.** Per osteodistròfia renal, raquitisme hipofosfatèmic, oncològic o per dèficit de fosfat.

En el nostre cas era degut a lactància materna exclusiva sense suplementos, amb escassa ingesta d'altres aliments. Es va recomanar tractament amb Ca (20 mg/Kg/d) i 1,25 vit D (0.25 mcg/d).

D. Xavier Rodríguez amb el suport de Yolanda Fernández
Servei de Pediatria. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona



Flash clínic: púrpura

Es tracta d'un nen de 4 anys que va acudir al servei d'urgències de l'HSJD per: **dolor i aparició de lesions vermell - violàcies a extremitats inferiors.**



A la seva **arribada** a urgències el pacient estava estable, i mostrava les següents constants: FC 120x', TA 112/60, FR 20x' i saturació O₂ 99% (Fi O₂ ambiental).

A l'**anamnesi** destacava que el quadre clínic era de 4 hores d'evolució, amb aparició progressiva del dolor i les lesions, sense febre i amb epitaxi associada que s'havia autolimitat. Es va recollir l'antecedent d'infecció respiratòria de vies altes els dies anteriors i la resta d'antecedents patològics, familiars i de vacunació eren anodins.

En quant a l'**exploració física**, només destacaven les lesions i un lleu vessament articular dels genolls. Les lesions cutànies eren púrpuro-equimòtiques, planes, simètriques, més confluents en els panxells i ambdues cuixes, amb una zona més violàcia en el panxell esquerre sense signes de

necrosi. La pell era dolorosa al tacte, sense estar a tensió. Es podia apreciar una tumefacció articular d'ambdós genolls, sense eritema, calor ni limitació articular.

Els resultats de l'**analítica bàsica** van ser:

Hemograma: Sèrie vermella normal. Plaquetes 297.000. Leucocitosis (N87%, B3%)

Marcadors d'infecció: PCR 13 mg/L, PCT 0.2 ng/ml

Proves de coagulació:

Temps Protrombina:	no es detecta	↑	(80-120%)
Temps Cefalina:	50 segons	↑	(25-35s)
Fibrinògen:	0.1 g/l	↓	(1.5-4.5)
Dímero D:	25 mg/l	↑	(<0.5)
Antitrombina III:	102%		(60-120)
Proteïna C:	39%	↓	(60-140)
Proteïna S:	3.1%	↓	(60-120)

Sediment d'orina: no hematúria

Etiologia de púrpura

- Infecciosa
- Alteracions de l'hemostàsia
- Traumatismes
- Augment de la pressió intra - vascular (tos, vòmits)
- Fàrmacs

Valorant la ràpida evolució del quadre clínic, les lesions suggestives de púrpura, el quadre de consum propi d'una CID (Coagulació vascular disseminada) i l'absència de signes clínics de sèpsia es va fer el diagnòstic de:

Púrpura fulminans

Púrpura fulminans

- **Clínica:** síndrome aguda de púrpura + necrosi cutània amb dades analítiques de CID.
- **Variants:**
 - » Neonatal
 - » Infecciosa
 - » **Idiopàtica:** 90% precedida per infecció (varicel·la 30%, estreptocòccia 20%). Producció d'anticossos anti-proteïna S → hipercoagulabilitat → CID, amb una inicial trombosi venosa de vasos dèrmics. El pronòstic és variable depenent de l'existència de tromboembolismes sistèmics. Els anticossos desapareixen en 1-3 mesos. La mortalitat és de 15%.

Es va procedir a l'ingrés amb control clínic i analític estricte, instaurant tractament amb plasma fresc congelat, heparina de baix pes molecular i dosi única de fibrinogen amb bon resultat evolutiu.

Comentari addicional:

- La sèpsia ha de ser el primer diagnòstic de sospita, en virtut de la seva gravetat, però no hem d'oblidar les demés causes.

Vanessa Àrias amb el suport de **Yolanda Fernández.**
Servei de Pediatria i Urgències. HSJD.



Consideracions sobre el TDAH i el programa "Suport a Primària"

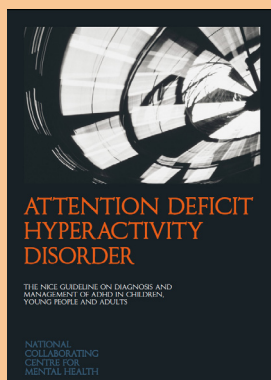
El Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (TDAH) té una prevalença estimada del 3-7% de la població escolar. La simptomatologia comença a la infància i comprèn un patró persistent de conducta de manca d'atenció, hiperactivitat i impulsivitat. El **diagnòstic** és clínic, no hi ha una prova diagnòstica de referència, i es basa en l'evidència de que aquesta conducta (DSM-IV-TR, 2001),

- Té una major freqüència i intensitat del que correspondria a l'edat i el nivell de desenvolupament de la persona.
- Interfereix de forma significativa en el rendiment escolar o laboral i en les activitats quotidianes, obtenint resultats per sota de les seves capacitats.

El tractament del TDAH es recomana pels casos moderats i greus, té un propòsit simptomàtic, no curatiu, i ha de ser individualitzat per cada pacient i família. Es recomana sempre un tractament combinat que inclogui el tractament psicològic conductual, el farmacològic i la intervenció psicopedagògica. En els casos lleus es recomana la associació de tractament psicològic conductual i la intervenció escolar.

En qualsevol cas és necessària la intervenció interdisciplinària i en xarxa de,

- Pares
- Família extensa (avis, tiets, cosins...)
- Iguals significatius (companys de classe i d'activitats d'oci)
- Pediatres
- Infermeres pediàtriques
- Psiquiatres i psicòlegs infantils
- Equips d'Assessorament Psicopedagògic
- Professors
- Centres d'Estimulació Precoç (CDIAP)
- Treballadors Socials



L'equip de Psiquiatria i Psicologia

En el cas de l'Hospital Sant Joan de Déu, l'equip està compost per psiquiatres, psicòlegs i treballadors de l'Hospital (Unitat de TDAH) i de la comunitat (CSMIJ).

La Unitat de TDAH de l'Hospital té un paper assistencial directe de proximitat, a l'hora que de referent en relació a la recerca i actualització de coneixement, assumint també un rol de consultor pels CSMIJs. El CSMIJ fa l'abordatge psicoterapèutic, psico-farmacològic i de coordinació de la xarxa abans esmentada.

El Programa "Suport a Primària"

El "**Programa de Suport a Primària o PSP**", vol acostar els professionals de la Salut Mental, CSMIJ en el nostre cas, als pediatres comunitaris i metges de família. Així, psiquiatres i psicòlegs es desplacen periòdicament al CAP per treballar conjuntament els casos, a través de la interconsulta, visita conjunta, coordinació de plans de seguiment i abordatge, o implementant programes d'ajuda grupal per pares o nens. Finalment també es programen sessions clíniques i de formació entre els equips de primària i salut mental.

Per aconseguir els objectius del PSP cal que els professionals d'APS vetllin per,

- L'equip d'APS ha de conèixer el seguiment del cas atès en PSP i la família ho ha de percebre. En Salut Mental, el **vinçle** és un recurs curatiu.
- Conèixer en profunditat la manera de ser i l'estil d'afrontament dels problemes dels nens i les seves famílies. Això ajuda als professionals d'APS a entendre i fer front a complexitats que interfereixen en l'assistència (p.e. nens amb actitud oposicionista, mutista, introvertida, família absentista o hiperfreqüentadora).
- Conèixer el funcionament i peculiaritats de la xarxa assistencial (EAP, Serveis Socials, CDIAP, CSMIJ) per fer més efectiva la derivació segons la necessitat (p. e. si s'associen trastorns de l'aprenentatge, del llenguatge, o circumstàncies psicossocials especials).

El tractament farmacològic

En el nostre país es disposa de dos grups de medicaments indicats pels tractament del TDAH en nens i adolescents:

- Els estimulants: metilfenidat (Rubifén®, Concerta® o Medikinet®)
- Els no estimulants: atomoxetina (Strattera®)

El tractament ha de ser individualitzat, adaptant-se a la necessitat de cada pacient i família. L'elecció d'un fàrmac concret dependrà [NICE 2009] dels problemes associats (tics, epilèpsia, etc), dels efectes adversos del medicament, del consum de drogues en l'adolescent, de la experiència prèvia de baixa eficàcia amb un determinat fàrmac, de la preferència del nen/adolescent i la família i de la facilitat d'administració.

Al gener de 2009 va donar-se una alerta farmacològica sobre els riscos de la utilització de metilfenidat, referents a trastorns cardiovasculars, cerebrovasculars, psiquiàtrics o d'alteració del creixement i la maduració sexual. Els organismes competents, després de la valoració de la situació han arribat al següent consens,

- El benefici terapèutic del metilfenidat supera els riscos associats, però cal la supervisió d'un especialista en trastorns del comportament de nens i adolescents
- Metilfenidat pot associar-se a HTA i arítmies, per tant requereix un examen cardiovascular previ i el seguiment durant el mateix.
- Cal valorar la continuïtat del tractament al menys un cop a l'any

- Per evitar causar o exacerbar quadres depressius, comportament suïcida, hostilitat, psicosi o de mania, cal fer una avaluació curosa prèvia dels antecedents i símptomes psiquiàtrics i un seguiment regular.
- Monitorització el pes i l'alçada dels pacients.

Al respecte, la Guia NICE recomana que en aquests casos es reculli a la història clínica, els antecedents de síncope d'esforç, dispnea excessiva i altres símptomes cardiovasculars, la freqüència cardíaca i pressió arterial (representada en un gràfic de centils), l'alçada i pes (representada en un gràfic de creixement, els antecedents familiars de malaltia cardíaca i un ECG si hi ha antecedents mèdics o familiars de malaltia cardíaca greu, antecedents de mort sobtada en adolescents de la família o troballes anormals en l'exploració cardíaca.

El seguiment conjunt dels professionals d'APS i de Salut Mental és fonamental en el TDAH. En aquest sentit la guia NICE explicita que "els metges d'APS poden seguir prescrivint i monitoritzant el tractament farmacològic" però "en el compliment d'un pla d'atenció comú", que hauria de ser específic per cada Àrea Bàsica de Salut i el seu CSMIJ de referència, comptant amb el suport de la Unitat TDAH de l'Hospital, i emmarcat dins del Programa de Suport a Primària.

Francisco Moruno, coordinador CSMIJ Alt Penedès i **José Angel Alda**, Cap de Secció del Servei de Psiquiatria i Psicologia. HSJD.



Tema d'actualitat

La vacuna de la Grip A (H1N1): una crida a la responsabilitat.



És ben sabut pels professionals sanitaris que la vacunació és la mesura més eficaç en la lluita contra les malalties infeccioses. La grip no és una excepció. Ja fa uns anys que

sabem que, un dia o altre, s'havia de produir una nova pandèmia de grip i això va portar al desenvolupament de vacunes de la grip denominades pre-pandèmiques. Aquestes vacunes es van dissenyar amb un virus potencialment pandèmic (en concret el A (H5N1)) amb la idea de substituir-lo pel virus productor de la futura pandèmia. Algunes d'elles porten adjuvants, que són substàncies encarregades d'augmentar la resposta immune i que s'utilitzen de forma habitual en la preparació de vacunes. Les vacunes pre-pandèmiques van ser sotmeses als estudis clínics de seguretat i eficàcia habituals amb uns resultats satisfactoris. Un cop es va disposar de la soca vacunal el virus A (H5N1) va ser substituït pel pandèmic A(H1N1). Posteriorment s'han efectuat estudis preliminars que indiquen que la seguretat i eficàcia del compost vacu-

nal pandèmic és superposable, com era d'esperar, al de la vacuna pre-pandèmica. Per tant no tenen cap raó de ser totes aquelles opinions no fonamentades que alerten de la falta d'estudis de la nova vacuna i que qüestionen el seu ús. De fet cada any la vacuna de la grip canvia en funció dels canvis antigènics menors, previsibles per la temporada següent. Tot el procés de desenvolupament i autorització de les noves vacunes ha estat supervisat per les màximes autoritats sanitàries i mereix una total credibilitat.

Afortunadament estem constatant que la nova grip pandèmica té una mortalitat baixa, la qual cosa no vol dir que, sobre tot per determinats grups de risc, aquesta grip –i la epidèmica– no puguin esdevenir una malaltia greu. Això significa que és molt important que es vacunin els individus de risc.

La vacuna de la grip estacional i la vacuna de la grip pandèmica han de ser administrades a totes aquelles persones majors de 6 mesos amb alguna patologia de base. També les embarassades constitueixen un grup de risc donat que, si bé en la majoria de casos el quadre gripal és lleu, tenen un risc d'evolució fatal superior a la resta de la població. Altre grup pel que es recomana la vacunació és el personal sanitari i de serveis essencials, els dos amb la finalitat que no es deixi de prestar un servei imprescindible en cas que gran part de la població emmalaltís. A més, el personal sanitari té la indicació

afegida d'evitar transmetre la malaltia a altres pacients dels que té cura. Són veritablement preocupants les informacions que alerten sobre la baixa predisposició a vacunar-se del personal sanitari. No vacunar-se de la grip pot considerar-se un acte de manca de responsabilitat que va en contra de la professionalitat que ens caracteritza, a més de posar innecessàriament a risc als pacients que atenem i contribuir a deixar al sistema sanitari amb menys recursos en una època especialment delicada.

Pel que respecte a la vacunació dels nens sans, es podia haver adoptat l'estratègia de la vacunació, degut a que són els que contribueixen a propagar la malaltia. Donat que la disponibilitat de la vacuna és limitada en aquests primers moments i considerant la banalitat del quadre en la major part dels casos en aquest grup poblacional s'ha considerat adequat no prioritzar la seva administració tot i que més endavant pot ser un altre dels grups a vacunar.

El dia 16 de novembre s'ha donat el tret de sortida per la campanya de vacunació pel virus de la grip A (H1N1). Els adults entre 18 i 60 anys hauran de rebre una dosi de la vacuna mentre que pels menors de 18 anys i pels majors de 60 anys se'n recomanen dues, si bé hi ha en marxa nombrosos estudis que podrien canviar aquesta recomanació. És important que tinguem ben present que en el tema de la vacunació, com en d'altres, la població confia plenament en nosaltres. Aquesta confiança ens l'hem de guanyar de forma merescuda. En aquesta ocasió també hem d'estar a l'alçada i evitar donar missatges contradictoris que poden posar en risc la salut de la comunitat.

Juan José Garcia Garcia

Metge Adjunt. Professor Associat de Pediatria.
Servei de Pediatria. Hospital Sant Joan de Déu.
Universitat de Barcelona



Què hi ha de nou en Vincles

Protocols consensuats entre APS i l'HSJD

Enguany tenim dos protocols més, consensuats entre els professionals de pediatria d'Atenció Primària i l'Hospital Sant Joan de Déu, a afegir als dos que ja estaven disponibles.

Et convidem a "punxar-los".

1. Maneig dels trastorns del son.
2. Maneig de la sospita de pubertat precoç.
3. Calendari quirúrgic OFT i ORL.
4. Calendari quirúrgic cirurgia pediàtrica.



Telèfon/MAIL de consulta entre professionals

Es tracta d'un circuit per tal de posar en comunicació el/la **pediatr@ o infermer@ d'APS** amb un homòleg especialista de l'HSJD per al bescanvi d'opinió clínica a l'entorn d'un cas clínic concret de maneig complex.

Es pot activar quan des de l'APS es precisa fer una consulta d'un cas clínic complex, per comentar, i consensuar si s'escau, un procediment diagnòstic i/o terapèutic.

Per tal d'establir la comunicació cal trucar o, millor, enviar un mail a l'adreça.

En cas de trucar per telèfon es recolliran les dades de cada cas, si el contacte es fa per via electrònica cal explicitar les següents dades,

- **Pediatr@/Infermer@ d'APS demandant:** nom i cognoms del metge demandant. ABS. Telèfon directe del pediatr@/infermer@ 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.**

Ens comprometem a respondre en un termini màxim de 48 hores !



Telèfon de consulta professional?
605 695 348

Correu electrònic:
aps@hsjdbcn.org



Telèfon de l'adjunt d'urgències de l'HSJD

Si heu d'enviar un pacient a urgències per ingrés o simplement voleu comentar un pacient que deriu a urgències per valoració o fer alguna exploració complementària, podeu parlar directament amb l'adjunt de pediatria d'urgències (les 24 hores del dia) trucant al telèfon mòbil: **665 500 265**

**Telèfon de l'adjunt
d'urgències de
l'HSJD**

665 500 265



La pediatria al 2009: nous vincles, nous ponts

Durant molt de temps la coordinació entre els professionals de pediatria d'Atenció Primària era un propòsit complicat; fer-ho amb l'hospital de referència, una utopia. Hi havia eines (bones intencions dels professionals, noves tecnologies...) però faltava l'empenta i el suport de les institucions per fer-la realitat.

A l'ICS, i en concret a Costa de Ponent, Carme Riera, gerent de l'Àmbit, i Joan Carles Contel, coordinador de processos d'infermeria, van començar a revertir la situació impulsant la creació de la **Comissió de Pediatria Costa de Ponent**. Aquesta comissió, formada per un pediatre i una infermera referents de cada SAP es reuneix periòdicament i tracta temes d'interès per als professionals.

Pel seu costat, dins l'Hospital Sant Joan de Déu, el programa **"VINCLES amb l'Atenció Primària"** n'és un altre exemple d'aquesta voluntat institucional, donant lloc a iniciatives com la d'aquesta mateixa publicació, el butlletí electrònic **"Nous Vincles"**.

Resulta inevitable que de la connexió primària/hospital sorgeixin fruits interessants com ara els dos cursos que s'han fet darrerament a l'Hospitalet de Llobregat.

El dia 14 d'octubre va tenir lloc el curs **"Contínuum Assistencial en Infermeria Pediàtrica"**.

Aquesta data per a moltes persones pot no ser significativa. Per als 47 professionals d'infermeria pediàtrica de Costa Ponent que hi vam assistir (dels 193 que som), aquesta trobada es pot qualificar d'històrica ja que és la primera vegada que ens reunim i ens coordinem amb les infermeres del nostre hospital de referència, l'Hospital de Sant Joan de Déu.

El curs tenia un doble objectiu. Per una banda, actualitzar coneixements, habilitats i els instruments per realitzar les tasques pròpies d'infermeria pediàtrica de l'atenció primària i, per una altra, fomentar la coordinació entre els professionals d'infermeria pediàtrica de l'àmbit hospitalari i de l'àmbit de l'atenció primària, potenciar la integració dels diferents nivells assistencials del territori i assegurar la continuïtat assistencial del pacient.

Els temes tractats, presentats per infermeres de l'hospital Sant Joan de Déu, van ser [**l'actualització de les cures pre i post quirúrgiques**] i de [**gastrostomies**]; [**l'actuació davant del shock anafilàctic**]; [**les pautes d'immunoteràpia**] i [**la detecció precoç de la hi-**

poacúsia infantil]. Cal destacar l'alta qualitat de totes les presentacions i l'esforç d'adaptació d'aquestes a la realitat de l'atenció primària.

Amb aquesta trobada, a més de compartir protocols i experiències, s'han aconseguit algunes millores. Una d'elles és disposar d'una adreça electrònica i telèfon de contacte amb el departament d'infermeria de Sant Joan de Déu, que facilita la [**interconsulta directa**] en casos d'infants amb patologies complexes i de difícil abordatge. Una altra millora és la possibilitat de fer estades formatives a l'hospital. Així mateix, aquest intercanvi va provocar idees per treballar de forma conjunta de cara al futur, com és la història clínica compartida i la creació del programa Pre-Alt.

Amb el nom **"Actualització del Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica"**, el dia 21 d'octubre, va tenir lloc la presentació del nou protocol. En aquest acte ens vam trobar especialistes de l'àmbit hospitalari i de l'àmbit de l'atenció primària, i se'ns va facilitar les eines per a la detecció, actuació i els criteris de derivació de patologia freqüent, que ens trobem en la consulta del dia a dia.

La jornada va comptar amb una nombrosa participació de professionals de Costa de Ponent. Els temes van ser presentats conjuntament per professionals de l'àmbit hospitalari i de l'atenció primària -Hospital Sant Joan de Déu, els cinc SAP de Costa de Ponent, el CSMIJ Alt Penedès, i l'Hospital Clínic-. Es va parlar de l'aparell locomotor, del maneig de famílies distòciques, d'oftalmologia, d'immigració, d'obesitat i del grup de risc de prematuritat i baix pes.

En totes dues activitats es van presentar els membres de la recent creada **Comissió de Pediatria Costa de Ponent** i es va passar una enquesta per tal de recollir les necessitats formatives dels professionals de pediatria d'atenció primària, demanar la seva col·laboració en aquesta mateixa revista "Nous Vincles", i captar suggeriments per a l'apartat de pediatria de la nostra intranet.

La valoració global de tots dos cursos ha estat força positiva i això ens encoratja a continuar treballant en aquesta línia. Desitgem que sigui possible realitzar noves trobades, ja que compartir coneixements entre professionals de diferents àmbits és enriquidor per a tots plegats.

Gràcies a tots i a totes els que heu fet possible que es du-

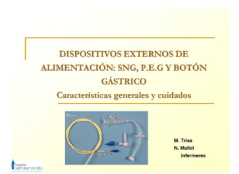


guessin a terme aquests cursos (ponents, assistents, secretàries, referents...), i moltes gràcies per dedicar el vostre

temps a millorar la formació dels professionals de pediatria, la millor manera de cuidar la salut dels nostres infants.



[Actualització de les cures pre i post quirúrgiques]



[Gastrostomies]



[Actuació davant del shock anafilàctic]



[Pautes d'immunoteràpia]



[Detecció precoç de la hipoacúsia infantil]

Vicente Morales Hidalgo

Referent pediatria Costa de Ponent.

M.Cèlia Pujol Puyané

Referent infermeria pediàtrica Costa de Ponent.

Marta Fajardo Samper

Cap d'àrea d'Hospitalització HSJD.

Guillem Puche Rubio

Cap de Consultes Externes HSJD.



Formació continuada

Fulletons de procediments d'infermeria

Fulletons informatius adreçats a professionals d'Atenció Primària, sobre procediments o tècniques específiques d'infermeria.

Consulteu-los !!!

[Tractaments d'immunoteràpia]



[El botó gàstric]



Cursos de l'Àula de Pediatria

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

- I Curs de nefrologia pediàtrica.
17 de setembre de 2009
- I Curs d'odontopediatria hospitalària.
22 de gener 2010
- Trastorns de l'aprenentatge.
11 i 12 de febrer de 2010
- Curs de gastroenterologia.
18 i 19 de febrer de 2010
- Aula de malaltia inflamatòria intestinal pediàtrica per a professionals, malalts i pares.
20 de febrer de 2010
- Curs cooperació internacional en pediatria.
24 de febrer de 2010



Si voleu més informació:

Ana Sáez

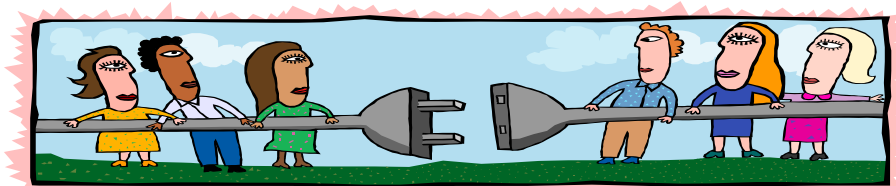
Direcció Docència / Aula de Pediatria

Hospital Sant Joan de Déu

Teléfono 932532130

FAX 932804179

direcciodocencia@hsjdbcn.org



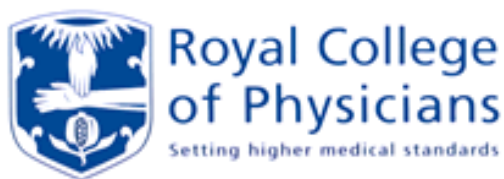
Endolla't a Nous Vincles !!!

El profesionalismo médico en crisis

El ejercicio de la medicina alcanza el nivel de profesión como una posición de privilegio frente a los oficios mercantiles o industriales al finalizar la Edad media o a comienzos del mundo moderno.

La apertura de las Facultades de Medicina en las Universidades medievales y la promulgación de las primeras leyes que obligaban a pasar exámenes cualificados antes de iniciar el ejercicio profesional son las dos cuestiones fundamentales en la consecución de este estatuto. Una profesión se caracteriza por el ejercicio restringido a un círculo de personas privilegiadas que sólo admite el pleno desarrollo de la misma actividad a aquellas que se han preparado y que han demostrado su aptitud estando por tanto calificadas para dicho ejercicio. Esa profesionalización iniciada con el nacimiento del mundo moderno ha ido manteniéndose y creciendo hasta el mundo actual.

La profesión médica se ha caracterizado por unas prerrogativas que la sociedad le ha otorgado, como son el prestigio social y la capacidad de autorregulación, que deben corresponderse con una competencia técnica en la que debe buscarse la excelencia y la actualización científica constante y diversos valores profesionales como la integridad y una esencia altruista y vocacional.



El profesionalismo médico según el Royal College of Physicians (Londres 2005) es un contrato moral establecido entre la profesión médica y la sociedad, mediante el cual el médico ofrece sus conocimientos y presta sus servicios para preservar o restablecer la salud basándose en una relación con el paciente personalizada y basada en la confianza y el respeto mutuo.

Este pacto ha sufrido modificaciones importantes en los últimos años, diversos factores han contribuido a ello. En Catalunya y en el resto del estado desde los años 70 se ha consolidado una universalización de la asistencia, la jerarquización de los hospitales y la reforma de la atención primaria. Estos hechos sin duda alguna han propiciado grandes avances en nuestro nivel sanitario pero paralelamente han provocado importantes cambios en las organizaciones sanitarias, destacando la incorporación de gran número de médicos a estas organizaciones y su jerarquización dejando de ejercer la medicina como una profesión liberal para hacerlo como asalariados.

Esta forma de retribución económica y una excesiva burocratización, con un importante papel de la administración tanto en la asistencia primaria como en la hospitalaria, junto a una pérdida del prestigio social del médico sustentan cierto grado de malestar y desánimo que pueden contribuir

a dificultar el profesionalismo. Pueden señalarse desde el ámbito profesional, diversos factores que pueden desdibujar el perfil profesional clásico, destacarían una transferencia parcial de la responsabilidad sobre el paciente a las organizaciones y una despersonalización de la asistencia.

Obviamente es necesaria la superación de esta situación que debe conllevar la recuperación del prestigio social de antaño y la satisfacción inherente al ejercicio de la profesión médica. Es necesario definir un nuevo contrato social que dé respuesta a las nuevas demandas de la sociedad y de los profesionales, siendo necesario abrir un debate profundo y sosegado en el que intervengan los principales agentes implicados, administración, empresas, médicos y colegios profesionales, sindicatos y ciudadanos. Diversas medidas podrían estudiarse desde las organizaciones sanitarias como podrían ser el respeto a la autonomía del profesional con vertientes como la libre elección médico paciente y la capacidad de organización en el trabajo, definiendo agendas, tiempo de consulta etc. El cambio en los modelos retributivos, la creación de unas condiciones laborales correctas con horarios y cargas de trabajo adecuados así como espacios y dotaciones bien dimensionadas pueden ser claves. Desde los profesionales deben plantearse también diversas reflexiones, siendo fundamental brindar una asistencia personalizada y de continuidad en contraposición a una asistencia despersonalizada y marcada excesivamente por un horario específico. En la relación con el paciente además de los valores tradicionales como la compasión, vocación, empatía y el mantenimiento de una adecuada competencia técnica, es fundamental desterrar el habitual paternalismo que ha fundamentado la relación médico paciente durante siglos, para dejar paso a una relación en la que el paciente se erige como agente moral autónomo y que quiere decidir en aquellos aspectos relacionados con su salud. Es unánimo esfuerzos como debe salvaguardarse el profesionalismo médico, alcanzándose la satisfacción del profesional y la de sus pacientes mediante una adecuada relación que no debemos olvidar supone el pilar fundamental de la actividad sanitaria.

Bibliografía

- Emanuel E., Emanuel L. Cuatro modelos de la relación médico-paciente en *Bioética para clínicos*. A.Couceiro. Ed. Triacastela. Madrid 1999. 109-126.
- Del Castillo M. La crisi del professionalisme mèdic. Bases per a la discussió d'un nou pacte social. *Annals de Medicina*. 2008. 91 -2- 59-63.
- Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Eudema Universidad. Madrid 1989.
- Royal College of Physicians. *Doctors in society: medical professionalism in a changing world*. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. London. RCP; 2005.

Francisco José Cambra

UCI Pediátrica

Hospital Sant Joan de Déu Barcelona



PER PARES

Ayudando a su hijo(a) durante un divorcio

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20257&article_set=63098&ps=104

Amígdalas y amigdalectomía

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20256&article_set=53863&ps=104

El estreñimiento

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20261&article_set=61340&ps=104

PER NENS

Cuando los padres discuten

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20265&article_set=58728&ps=304

PER ADOLESCENTS

Me despierto con una mancha en la sábana (varones)

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20278&article_set=63031&ps=209



Dr. Santi García-Tornel



Recursos de xarxa

<http://children.webmd.com/> Aquesta web general és una de les més completes per a pares i pediatres a Internet (en anglès)



<http://children.webmd.com/>

<http://www.guiainfantil.com> Fa una dècada, quan va néixer la seva filla Clara, Vilma Medina va “devorar” qualsevol mena d'informació sobre el nounat, com fan la majoria de mares primerenques, però a la Web hi va trobar gairebé res. D'aquella necessitat va néixer llavors **GuiaInfantil.com**, un dels llocs amb més èxit en espanyol. Mare, major de 40 anys i emprenedora a la xarxa, Vilma Medina gestiona directament el seu lloc, que es el número 41 en la llista de [**L'OJD**] i compta amb més d'1.5 milions de visites úniques al mes, per sobre de pàgines tant populars com la del [**Barcelona FC**]. Es tracta una completíssima guia sobre els bebès i els nens, i en els seus 10 anys de vida sempre ha estat rentable. Ha reeixit amb un creixement sostenible. Fa una dècada, confessa, no tenia “la més petita idea del que era el codi HTML”. **GuiaInfantil.com** ha trobat la clau de l'èxit, fins el punt que Google la reconeix com un exemple de qualitat...



<http://www.guiainfantil.com>





¿Quo vadis puericultura?

PUERICULTURA del latín Puer que significa 'niño' y cultura que significa 'cultivo o cuidado' es la ciencia que trata el cuidado del niño en su aspecto físico, psicológico y social durante los primeros años de su vida y el conocimiento y la practica de todas aquellas normas que evitan la enfermedad y aseguran un perfecto desarrollo fisiológico. Es considerada también como la higiene y complemento de la pediatría. La puericultura se divide en preconcepcional o eugenesia, en concepcional, prenatal, natal, postnatal y puerperio. En cambio según el experto Arnold Gessell* es el desarrollo del físico, fisiológico y motor del niño de 6 a 13 años.

Si entramos en Internet la puericultura se define según el <http://www.wordreference.com/definicion/puericultura> como la disciplina médica y actividad que se ocupa de prestar cuidados a los niños para su mejor desarrollo durante los primeros años de vida pero si usted se compra la última edición (9ª) del profesor Manuel Cruz verá que en los dos tomos se titulan Tratado de Pediatría y su gestación partió de un germen, las Lecciones de Pediatría y Puericultura que aún conservo. La palabra Puericultura ha desaparecido y, en cambio, si entra en el buscador Google le saldrá esta información: aproximadamente de 2.270.000 entradas de puericultura en 0,09 segundos.

Muchos pediatras desconocen que existe la Sociedad Española de Puericultura (<http://www.sociedadpuericultura.com/>) radicada en Madrid y que da cursos a médicos

y enfermeras. En múltiples lugares hay formación de auxiliares de puericultura y la cantidad de tiendas dedicadas a la "puericultura" es inmensa.

Los pediatras estamos inmersos en un dilema. Por un lado tenemos que estar al día de las novedades médicas en pediatría pero por otro los padres nos piden la opinión sobre productos de puericultura (biberones, sillitas, calzado, cunas...) de la que no recibimos ninguna información. La paradoja pediátrica es que sabemos de enfermedades y nada de puericultura.

(*)Arnold Lucius Gesell (1880-1961), psicólogo y pediatra estadounidense, cuyo trabajo, que estableció las pautas de conducta seguidas en las sucesivas etapas del desarrollo infantil, sería decisivo en la puericultura de las décadas de 1940 y 1950.

Nacido en Alma, Wisconsin, se educó en las universidades del estado, Clark y Yale, y fue nombrado profesor de esta última en 1911. El mismo año fundó la clínica de desarrollo infantil de la Escuela de Medicina de Yale, que también dirigió. Fue asesor de investigaciones en el Instituto Gesell de Desarrollo del niño desde 1950 hasta que se retiró en 1958. Junto con sus ayudantes, Gesell observó a cientos de niños en condiciones cuidadosamente controladas y filmó durante horas sus comportamientos, lo que le permitió acumular gran información descriptiva sobre la psicología infantil. A nivel explicativo-predictivo, su obra tiene menor interés. Formuló la teoría del desarrollo del niño en etapas, en la que destaca la hipótesis sobre la madurez infantil. Según Gesell, la etapa de la madurez no se consigue mediante la educación intensiva.

Sus escritos incluyen Atlas de conducta infantil (1934), Infancia y crecimiento humano (1928) y Juventud: de los 10 a los 16 años (1956). Con la pedagoga estadounidense Frances Ilg escribió El niño en la cultura actual (1943) y El niño de los cinco a los diez años (1946). (Tomado de Encarta).



Arnold Lucius Gesell (1880-1961)
Imágen obtenidas de Internet





Jo no estic d'acord amb la medicina basada en l'evidència



medicina basada en l'evidència

Al 1996, el Prof. David Sackett, va definir la Medicina Basada en Proves com: "l'ús conscient, explícit i judiciós de les millors proves disponibles en la presa de decisions sobre la cura del pacient individual", precisant que practicar la MBP és integrar: la competència o mestratge individual, és a dir l'experiència clínica, amb les millors proves externes disponibles, o el que és el mateix, amb els últims fets científicament provats. L'expressió "Evidence-based medicine" s'ha traduït a l'espanyol com Medicina Basada en l'Evidència. Aquesta traducció ja gairebé consagrada, és, no obstant això, incorrecta i poc clarejadora. En el nostre idioma la paraula evidència (del llatí evidentia, i-videre) té el significat de "certesa clara, de la qual no es pot dubtar". El terme anglès "evidence" té un sentit més ampli englobant conceptes com: prova, fet o indicatiu. Ambdós aspectes: experiència personal i aplicació de les "evidències", han d'anar units. Sense el coneixement i l'aplicació de les últimes proves disponibles l'exercici de la medicina queda ràpidament desfasat amb el consegüent perjudici per al pacient, però sense l'experiència clínica, la medicina pot convertir-se en un exercici automàtic i no menys perjudicial. Una maniobra diagnòstica o terapèutica d'utilitat científicament comprovada pot ser inadequada per a un pacient concret. Atenent a la idea, que els seus promotors van batejar amb "Evidence-based medicine", s'han proposat altres traduccions, com: medicina basada en la metodologia científica racional correcta, medicina basada en la revisió

sistemàtica de la bibliografia o en la revisió crítica de la literatura o medicina basada en proves.

En paraules de Francesc Torralba (1) "en una societat com la nostra on es valoren en gran manera els títols universitaris, es tendeix a subestimar el valor de les experiències vitals. No obstant això, moltes persones que manquen de titulació, tenen autoritat i sobrada capacitat per a ensenyar competentment, ja sigui per la seva biografia o per les experiències que han hagut de viure. Amb massa freqüència, es menysprea al autodidacta i el valor de l'experiència i, al fer-lo, es deixa de costat un patrimoni intangible. A més de l'educació formal i acadèmica que es cou en les aules i es valida en els exàmens, està la més seriosa de totes les escoles de formació: la vida mateixa amb les seves contrarietats i dificultats. Moltes vegades l'educació purament acadèmica, perpetrada en aquesta bombolla irreal que és l'aula, no serveix per a enfrontar-se als reptes de la vida personal, social i laboral. La conseqüència resultant és el fracàs".

La medicina basada en l'evidència només mostra l'evidència del publicat en anglès i no reflecteix de cap manera l'experiència personal. M'agradaria poder rebre comentaris a aquest escrit.

(1) Director de la Càtedra Ethos de la Universitat Ramon Llull.





nous sant joan de déu
VINCLES
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
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.