



Sumari

Editorial

Prescripció infermera

2

Cas clínic:
manifestacions
cutànies de malalties
sistèmiques (II)

12

Criteris
de derivació
entre APS i l'HSJD

25

HSJD, a prop teu

Augment dels
trastorns de conducta
en adolescents

4

Vacunació escolar:
experiència CAPIBE

15

Formació

Vídeos 5 minuts.
Cursos de l'Aula de
Pediatria HSJD.
Altres cursos

26

Nou model d'atenció
als infants amb
trastorns alimentaris
greus

5

INFADIMED: més
que un programa de
nutrició a les escoles

19

Ciència i humanitat

Els pediatres i la
separació dels pares

28

Atenció al nen i jove
amb càncer a l'HSJD

6

Abstract d'un
article científic:
lactància materna

21

Blogosfera pediàtrica

Enllaços d'interès pels
equips de pediatria de
Primària

31

Coneixement

Galactosèmia

9

Nou a Vincles

Memòria programa
VINCLES 2015 i
objectius 2016

24

Posant en valor

Entrevista a la Susana
Domínguez, pediatra

35

Prescripció infermera

Glòria Rius,
Cap de procés
d'atenció ambulatoria i
extrahospitalària HSJD



Amb la recent entrada en vigor del **Reial Decret 954/2015** que **regula** la indicació, ús i autorització de la **dispensació de medicaments i productes sanitaris** per part dels **infermers**, emergeixen de nou dificultats que impedeixen el desenvolupament competencial de la professió i deixa sense protecció jurídica als professionals. És concretament l'article 3.2 el que ha provocat en gran mesura la reacció del col·lectiu, tenint en compte a més que existeix una regulació com és la **Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries (LOPS)** gràcies a la qual ha desaparegut qualsevol empremta de subordinació entre col·lectius professionals, orquestrant les relacions entre ells sobre la base de treball en equip de caràcter inter i multidisciplinari.

"Art. 3.2. Para el desarrollo de estas actuaciones, tanto el enfermero responsable de cuidados generales como el enfermero responsable de cuidados especializados deberán ser titulares de la correspondiente acreditación emitida por la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad conforme a lo establecido en este real decreto.

En todo caso, para que los enfermeros acreditados puedan llevar a cabo las actuaciones contempladas en este artículo respecto de los medicamentos sujetos a prescripción médica, será necesario que el correspondiente profesional prescriptor haya determinado previamente el diagnóstico, la prescripción y el protocolo o guía de práctica clínica y asistencial a seguir, validado conforme a lo establecido en el artículo 6. Será en el marco de dicha guía o protocolo en el que deberán realizarse aquellas actuaciones, las cuales serán objeto de seguimiento por parte del profesional sanitario que lo haya determinado a los efectos de su adecuación al mismo, así como de la seguridad del proceso y de la efectividad conseguida por el tratamiento."



Si s'intenta reflexionar al respecte des d'una perspectiva el més asèptica i objectiva possible, sorprèn d'inici la fragmentació i col·lapse que pot suposar l'aplicació d'aquest nou marc regulador en l'exercici de la pràctica clínica en l'entorn sanitari. Per tant, quelcom que imprimeix un efecte disruptor d'aquestes característiques fa, si més no, que se'n pugui qüestionar la seva validesa.

El model assistencial ha evolucionat d'acord amb els principis d'atenció integral i integrada, empès a la vegada pels avenços tecnològics i la producció científica. En aquest sentit doncs, els coneixements, les competències professionals i el treball en equip també s'han anat desenvolupant sincrònicament. Aleshores, si en aquest procés de creixement se li ha atorgat a la professió infermera la capacitat de seleccionar i indicar productes sanitaris i fàrmacs, d'acord a un judici clínic i amb criteris de bona pràctica, sigui des del rol autònom o des del rol col·laborador, com pot entrar ara en contradicció amb la legalitat?

La RAE, d'entre les diferents accepcions, defineix el verb **"regular"** com **"ajustar el funcionamiento de un sistema a determinados fines"**. Aquestes finalitats necessàriament han de garantir una atenció assistencial de qualitat a la població i un sistema sostenible. Serà això possible sense obrir nous i enrevessats camins?



Augment dels trastorns de conducta en adolescents

Comunicació
HSJD

Un informe realitzat per l'Hospital Sant Joan de Déu en col·laboració amb Laboratoris Ordesa posa de manifest que la crisi econòmica ha tingut un impacte directe en l'augment de nens i adolescents amb problemes de conducta. L'informe, "**Adolescents amb trastorns de comportament, com podem detectar-los? Què cal fer?**", s'ha elaborat a partir de les dades recollides en una enquesta realitzada a **1.300** persones entre **pares i mares, professors, pediatres i professionals de la salut mental** de tot Espanya.

La gran majoria dels professionals enquestats afirma haver detectat un augment de les peticions per problemes de conducta (96% de pediatres), convertint-se en la primera causa de consulta sobre salut mental, segons afirmen psicòlegs i psiquiatres.

Adolescents amb trastorns de comportament

Com podem detectar-los? Què cal fer?

1

INFORME HSJD



<http://www.hsajbcn.org>

Sant Joan de Déu
HOSPITAL MATERNOINFANTIL - UNIVERSITAT DE BARCELONA

ORDESA

Per això, l'informe conclou que la crisi ha generat noves necessitats i ha reconvertit en primordial la millora de la coordinació i un abordatge multidisciplinar, que uneixi pediatres, educadors, pares i professionals de la salut mental per aconseguir una millor prevenció i tractament dels problemes de conducta, així com poder afavorir-ne la detecció precoç.

Enllaç a l'informe

Nou model d'atenció als infants amb trastorns alimentaris greus

Comunicació
HSJD

El servei de Psiquiatria i Psicologia de l'Hospital Sant Joan de Déu compta amb una **unitat que avalua, diagnostica i tracta als infants que pateixen un trastorn de la conducta alimentària**. En la majoria dels casos, tracta adolescents afectats d'**anorèxia**, **bulímia** o altres problemes relacionats amb la ingesta d'aliments com **fòbia a la deglució o selectivitat alimentària**.

En l'actualitat la unitat atén uns 200 casos nous cada any que arriben en una fase més avançada i greu del trastorn, i sovint pel servei d'urgències. El seu coordinador, Eduard Serrano, ha liderat un estudi de la **Taula de Diàleg per a la Prevenció dels Trastorns del Comportament Alimentari** que mostra que el 60% dels afectats d'anorèxia i bulímia recorren a Internet buscant informació "no saludable" en la seva primera cerca.

Des de l'any passat, la unitat aplica un model d'atenció específic que, respecte del model anterior, ha aconseguit mantenir l'eficàcia evitant l'ingrés hospitalari en el 70% dels infants amb trastorns alimentaris, i reduir la durada de l'in-



grés, en una mitjana de 30 dies, en els pacients en què finalment cal hospitalitzar.

Tradicionalment, i en funció de la gravetat del trastorn, els infants eren ingressats a l'Hospital les 24 hores –en els casos més greus- o rebien tractament en Hospitalització Parcial on hi venien cada dia, de dilluns a divendres, en horari de matí. El nou model d'atenció introduït és una mesura intermèdia: els infants no són ingressats però s'hi passen la jornada sencera –de dilluns a divendres, des de les 8:45 hores del matí fins al vespre. Fan tots els àpats al centre i participen en activitats grupals orientades a superar les distorsions cognitives de la seva imatge corporal, reforçar la seva autoestima i reconduir la seva conducta alimentària.

Aquest model d'atenció presenta com a principal avantatge respecte a l'ingrés tradicional que l'adolescent manté els seus vincles amb l'entorn familiar i els amics, ja que torna cada dia a dormir a casa i hi passa els caps de setmana. Els primers mesos d'aplicació d'aquest nou model ha permès constatar que el 70% dels pacients que abans haurien estat ingressats no han hagut de ser hospitalitzats, i els que han hagut d'ingressar perquè presentaven un trastorn greu han pogut marxar abans a casa perquè han pogut seguir un tractament intensiu en el seu entorn. El perfil de pacients que atén aquest nou recurs són principalment nenes -9 de cada 10- amb una mitjana d'edat de 15 anys i que presenta anorèxia nerviosa (en un 70% dels casos).

[Sala de premsa Generalitat de Catalunya]

Atenció al nen i jove amb càncer a l'HSJD

Josep Serrat

Adjunt a la direcció mèdica de l'HSJD

"El vostre fill té càncer!"

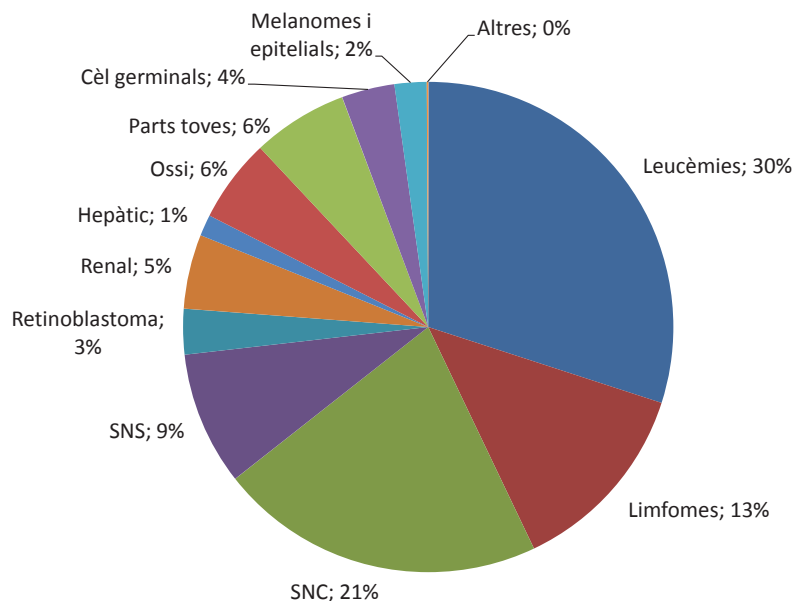
Aquesta sentència, sortosament fictícia en el meu cas, fa posar la pell de gallina. Segurament és una de les pitjors notícies que un pare pot sentir, una notícia d'aquelles que et transporten a un context emocional límit i que trasbalsen totes les dinàmiques familiars durant molts mesos.

El càncer infantil, un procés diferent al càncer de l'adult

El càncer infantil és conegut també com càncer del desenvolupament, ja que es produeix durant el procés de formació d'òrgans i teixits. Per contra, el càncer de l'adult apareix quan l'òrgan

Gràfic 1

Distribució per grup diagnòstic dels tumors infantils en España, 0-14 anys, 2000-2011. Elaboració RETI-SEHOP



ja està totalment format. Això fa que el càncer infantil sigui específic i diferent en cada òrgan. Per contra en l'adult hi ha una forma predominant: el carcinoma.

El càncer del desenvolupament es caracteritza per:

- La seva baixa freqüència: a Estats Units, on el diagnòstic de casos està molt optimitzat, la incidència és de 16,8 nous casos per 100.000 habitants i any (15,4 a Espanya). Compleix els criteris de malaltia minoritària. Per cada cas de càncer infantil hi ha 200 casos de càncer de l'adult.
- Pel fet que no es coneixen les seves causes, per tant no es pot prevenir.
- Alt risc de mortalitat si no es té accés al tractament específic. Aquesta circumstància es dona als països amb baix nivell d'ingressos.
- Elevada supervivència amb les modernes teràpies, que arriba a una mitjana del 80% de curació als 5 anys en el primer món (75% en la darrera cohort seguida a Espanya). Malgrat tot, per alguns tipus de tumors la supervivència és menor del 10%.

L'increment de la supervivència guarda relació amb l'aparició de noves teràpies

El desenvolupament de noves teràpies ha permès incrementar la supervivència més del 40% des del 1980 fins l'actualitat. A les teràpies clàssiques (cirurgia, quimioteràpia, radioteràpia i trasplantament de medul·la òssia) s'hi ha afegit aquests darrers anys les teràpies biològiques que actuen sobre punts sensibles específics de les cèl·lules canceroses. Aquests tractaments arriben a personalitzar-se per cada pacient segons les característiques cel·lulars del tumor.

Aquests nous tractaments han sorgit de la mà de la recerca, quasi sempre sorgida al marge de la indústria farmacèutica. Efectivament l'alt cost d'aquesta recerca jun-

tament amb la baixa freqüència del càncer del desenvolupament ha fet que els esforços públics i privats hagin adreçat els assajos clínics d'aquest àmbit majoritàriament cap al càncer de l'adult.

L'atenció al Càncer del desenvolupament de l'Hospital Sant Joan de Déu

El Servei d'Onco-Hematologia de l'HSJD atén al nen/a amb càncer fins els 18 anys d'edat. Té un model distintiu integral d'atenció al càncer de desenvolupament en el que l'àrea assistencial està íntimament entroncada amb el laboratori de biologia molecular i cel·lular i treballa en xarxa amb els grans centres referents del càncer infantil arreu del món (Memorial Sloan Kettering Cancer Center de NY, Dana Farber Cancer Institute del Boston Children's Hospital, Harvard Medical School, St. Jude Research Children's Hospital, Hospital de Pediatria Garrahan, Buenos Aires, Instituto de Cancer Gustave Roussy, Villejuif de França, The Hospital for sick children de Toronto i el Department of Pediatric Oncology @ Heidelberg University Hospital).

El Laboratori de biologia molecular i cel·lular, de molt alt nivell tecnològic, es sustenta bàsicament per donacions privades (68%) i per fons competius públics per a la recerca (27%). Desenvolupa cinc grans funcions: realitza el diagnòstic molecular i pronòstic del tumor de cada pacient; sosté línies de recerca internacional amb diferents tumors; participa en assajos clínics multicèntrics i promou assajos propis; desenvolupa models animals per la recerca de noves teràpies i, finalment, emmagatzema

Taula 1

Unitats assistencials per tipus de càncer	Unitats transversals
✓ Leucèmia	✓ Neurologia
✓ Limfoma	✓ Rehabilitació
✓ Tumors SNC	✓ Psicologia
✓ Tumors neuroblàstics	✓ Trabajo social
✓ T de Wilms y renals	Unitats de suport
✓ Sarcomes ossis i de pp toves	✓ Predisposició al càncer
✓ Retinoblastoma	✓ Seguiment del pacient post-tx
✓ Histiocitosis	
✓ Tumors germinals	
✓ Tumors hepàtics	
✓ Tumors vasculars	
✓ Tumors rars	

mostres en el que és el major banc de tumors d'Espanya i un dels majors d'Europa.

L'àrea assistencial, desenvolupa la seva activitat a partir de la creació d'unitats de treball amb coneixements especialitzat en tumors oncològics per oferir una atenció superespecialitzada, promoure projectes d'investigació i de formació interna i externa molt específica.

L'atenció integral inclou les cures d'infermeria especialitzada en el nen/a i adolescents amb càncer, el foment dels tractaments ambulatoris perquè el pacient pugui retornar a casa per la tarda, tècniques de suport nutricional per mantenir el pes dels pacients més greus, i la unitat de tractament del dolor i cures pal·liatives.

Resultats de l'atenció al càncer de desenvolupament a l'HSJD

L'any 2015 el servei d'Onco-Hematologia va atendre 216 nous casos (aprox. 20% dels casos incidents de tot l'Estat Espanyol).

La supervivència global del servei es situa en el màxim nivell i és comparable p.e. als centres referents de EEUU.

- Cirurgia innovadora en tumors ossis: primer centre en ús de peroné autòleg en neoplàsies de pelvis.
- Programa de preservació de teixit ovàric per assegurar la funció reproductora en el futur.
- Immunoteràpia única en Europa pel tractament del neuroblastoma.
- Únic centre espanyol amb teràpia cel·lular en el tractament de la leucèmia limfoblàstica.
- Únic laboratori espanyol amb totes les tècniques de biologia molecular disponibles.
- Model 3D de casos seleccionats per l'extracció de tumors de difícil localització.

Per tot plegat, l'HSJD pot oferir avui en dia a la població de Catalunya un servei d'atenció al Càncer del Desenvolupament integral, amb resultats de màxim nivell, en un projecte compartit en xarxa amb els majors centres mundials d'aquest àmbit, desenvolupant una àmplia labor de recerca que arriba a la promoció d'assajos clínics propis.

Si voleu accedir a una informació més detallada adreçada a les famílies podeu descarregar-la en aquesta adreça:

Taula 2

SUPERVIVÈNCIA	Global 5 anys	Lliure de progressió 5 anys
Glioma baix grau	94%	70%
Sarcoma Ewing	84%*	
Tumor Germinal	97%	
Tumor Wilms	100%	91%
Neuroblastoma	63% (alt risc) 98% (baix risc)	
Retinoblastoma	100%	
Osteosarcoma	76%* (46 mesos)	

* Per tumors no metastàsics

Entre els majors èxits aconseguits podem citar:

- Primer centre en Europa en tractament del retinoblastoma avançat amb quimioteràpia intraarterial.

[Fulletó càncer desenvolupament]

- » *Globocan 2012. Incidència del càncer infantil per població general de 0-14 anys.*
- » *Registro Nacional de Tumores Infantiles 2014.*

Galactosèmia

Joan Bosch i Hugas

Pediatra d'Atenció Primària

EAP Rambla, Sant Feliu de Llobregat



Continuem amb la presentació breu d'una malaltia rara, extreta del **Manual Ilustrado de Enfermedades Raras** del professor M. Cruz i el pediatre d'Atenció Primària Joan Bosch.

Galactosèmia

Descrita en 1917, interessa aquí en especial la "galactosèmia clàssica" amb una freqüència d'1/25.000 a 1/50.000. Associa típicament una sèrie de trastorns iniciats per una **intolerància metabòlica a la galactosa** i les seves conseqüències metabòliques i epigenètiques.

Etiopatogènia

És deguda al dèficit de l'enzim **galactosa-1-fosfat-uridil transferasa** (GALT), amb el gen localitzat en 9p 13, del que existeixen fins a 230 mutacions. La deficiència motivarà, en definitiva, una acumulació de galactosa, de la que la font exògena principal és la llet. La metabolopatia inicia per una mala oxidació de la galactosa. Així la galactosa-1-fosfat no es converteix en glucosa-1-fosfat. A la fi hi ha un excés

de galactosa plasmàtica i de galactosa-1-fosfat en els hematies. La metabolització per una via alternativa produeix galactitol. En resum, es dona una elevada concentració de galactitol i galactosa-1-fosfat i una baixa concentració d'uridinfosfat-galactosa, amb trastorn de la síntesi de compostos galactosidats, anomalies en l'apoptosi cel·lular i de la funció del reticle endoplasmàtic entre d'altres, que originen les diferents lesions orgàniques, algunes de tipus epigenètic.

Simptomatologia

Malgrat les variacions, el quadre típic inicia quan el recent nascut comença la ingesta de galactosa amb la lactància materna o artificial. Destaca la **simptomatologia hepàtica** amb icterícia colostàtica, vòmits, rebuig de l'aliment, hepatomegàlia que pot evolucionar cap a la fibrosi, cirrosi, ascites i els demés símptomes en absència de tractament. La **nefropatia** també és primerenca en forma de tubulopatia proximal, en tant que l'**afectació nerviosa** és

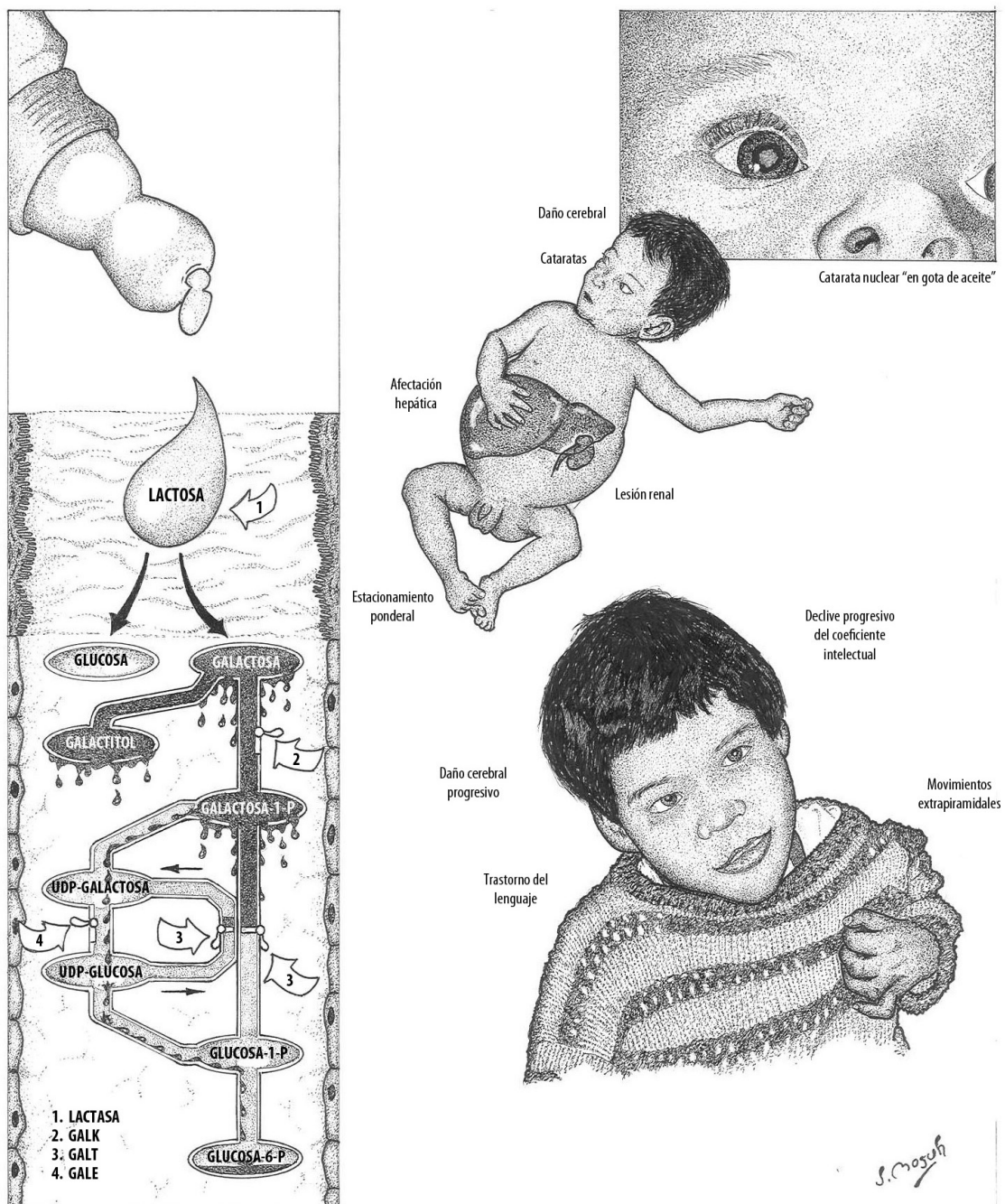
més tardana en forma de discapacitat intel·lectual, símptomes cerebel·losos i extrapiramidals, desencadenats tat per l'acció tòxica metabòlica com per la hiperbilirubinèmia. És típica la lesió ocular en forma de cataracta nuclear en **taca d'oli**, congènita o d'aparició molt inicial. S'hi afegeix una impregnació diencefal·lohipofisària amb resposta anormal de la gonadotrofina FSH, donant insuficiència ovàrica freqüent. Un 50% dels casos presentarà osteoporosi per l'afectació de la matriu col·làgena de l'os i carència dietètica de calci. Als primers dies de vida el quadre clínic es pot agreujar per l'associació de sèpsia per *E. Colli* per disfunció leucocitària.

El **dèficit de galactocinasa**, GALK, amb locus gènic en 17q24, es manifesta abans que res per cataractes i, en ocasions, pseudotumor cerebral.

En la deficiència d'epimerasa (UPD-galactoeipimerasa-GALE, locus en 1qp36) la simptomatologia és molt variable, en ocasions similar a la galactosèmia clàssica i en altres atenuada o asimptomàtica

Diagnòstic

A l'orina es pot detectar la galactosa com cos reductor, però les troballes específiques són:



augment de galactosa en plasma, galactosúria, elevació de galactosa-1-fosfat en hematies i de galactitol en orina i plasma. S'hi afegirà els propis de l'afectació visceral com hiperbilirubinèmia, aminotransferases augmentades, dèficit de protrombina, albuminúria, glucosúria, aminoacidúria i acidosi tubular. La cataracta es podrà evidenciar amb làmpada de fenedura, en tant que la RMN i PET ajuden a delimitar el possible dany neurològic (degeneració de la substància blanca i atròfia cerebel·losa). Un pas addicional és la confirmació de la deficiència enzimàtica, generalment en eritròcits, seguit de l'estudi genètic per conèixer el tipus de mutació.

El diagnòstic diferencial és especialment rellevant en el període neonatal, atesos els processos d'icterícia, hepatopatia, nefropatia o cataracta.

Pronòstic

L'evolució es preveu bona si s'aconsegueix un diagnòstic primerenc, abans dels dos mesos d'edat. Algunes seqüeles tardanes depenen més del genotip del pacient que del tractament instaurat. Els pacients homozigots amb nivells de galactosa-1-fosfat entre 2 i 10% no tenen perill de seqüeles, essent les de tipus nerviós més freqüents en la mutació Q188R. El més primordial per un bon pronòstic és la implantació urgent de la dieta lliure de galactosa, evitant així les seqüeles, incloent l'hipocreixement en l'edat prepuberal, relacionat amb la restricció dietètica, la pertorbació neuroendocrina i l'afectació hepàtica.

Profilaxi

És possible i aconsellable el **screening neonatal**, seguit de l'estudi genètic, per tal de facilitar el tractament des del primer moment i la prevenció en altres familiars. El diagnòstic prenatal amb tècniques d'ADN es practica en vellositats coriòniques, en les que també es possible l'estudi enzimàtic, de la mateixa manera que en els amniocits.

Terapèutica

Dieta sense galactosa durant tota la vida, recordant que predomina en la llet, però que també n'hi ha quantitats apreciables en llegums, fruites, verdures i vísceres. En el RN i en el decurs dels sis primers mesos de vida interessa una fórmula elemental o simplement exempta de lactosa, però amb glucosa o dextrinomaltosa i proteïnes de soja. El nen podrà prendre ou, peix, carn, margarina, cereals, oli vegetal i mel. A partir dels 3 anys de vida, suplementes de calci i vitamina D. Possible tractament de l'afectació ovàrica.

A la mare galactosèmica amb fetus heterozigot s'acostuma a recomanar alimentació sense galactosa, evitant la lactància materna, encara que no existeixi evidència de la utilitat d'aquesta pràctica terapèutica.

(Extret i traduït del llibre Manual de Enfermedades Raras de Manuel Cruz Hernández i Joan Bosch i Hugos. Ed. Ergon, 2014.).

Cas clínic. Taller de casos

Manifestacions cutànies de
malalties sistèmiques (II)

Isabel Torrús i Anna Faura,
Residents de Pediatria de l'HSJD,
amb la supervisió
de Ma. Asunción Vicente.

Amb el propòsit de repassar les lesions cutànies que formen part de malalties sistèmiques i de practicar el diagnòstic clínic mitjançant iconografia us oferim els següents 4 casos clínics que formen part de la 2a part que ja vam iniciar el passat número.

Us proposem que orienteu la solució diagnòstica de cada cas, pensant primer en alguna d'aquestes 6 agrupacions abans de definir l'entitat concreta:

- Malaltia reumàtica.
- Malaltia neurològica.
- Malaltia hematològica.
- Malaltia infecciosa.
- Malaltia digestiva – dèficits nutricionals.
- Malaltia endocrina-metabòlica.



Cas clínic 4:

Nen de 2 anys portat a urgències per...

- **Febre** alta intermitent de 6 dies de duració
- **Irritabilitat.**
- **Hiperèmia conjuntival.**
- **Exantema cutani .**

A l'exploració física el pacient tenia bon aspecte tot i que estava molt irritable. Destacava una faringe i unes conjuntives molt hiperèmiques. L'erupció era molt tènue i afectava tronc i esquena. No descamació però sí presentava edema

a mans i peus. Adenopaties petites i d'aspecte reactiu. Per la febre de 6 dies d'evolució se li havia demanat una prova ràpida per *S. pyogenes* a amígdales que havia sigut negativa i no estava prenent cap medicació excepte antitèrmics

- **Pregunta 4.1.** Quin diagnòstic esteu pensant com més probable?

[veure solució]

Cas clínic 5

Nena de 8 anys portada a urgències per:

- **Lesions purpúriques palpables** en membres inferiors.
- **Dolor** en canell esquerre.
- **Dolor abdominal.**

Destacava sobre tot un triangle d'avaluació pediàtrica normal. Les constants eren correctes, inclosa la tensió arterial. Tenia molt bon estat general. Explicava unes lesions cutànies d'aspecte purpúric que havien sortit en les últimes 24 hores i a les quals s'havia afegit un dolor a canell i dits de la ma esquerra i un dolor abdominal difús sense vòmits ni diarrea i amb una palpació abdominal completament normal.



- **Pregunta 5.1.** Quin diagnòstic esteu pensant com més probable?

[veure solució]

- **Pregunta 5.2.** Quines exploracions complementàries penseu que són necessàries a urgències en aquest cas?

[veure solució]



Cas clínic 6

Lactant de 10 mesos portat a urgències per :

- Quadre **catarral**.
- **Edema** facial i de mans.
- **Lesions cutànies purpúriques** generalitzades.

El lactant presentava bon aspecte, bona perfusió perifèrica i un bon treball respiratori (triangle d'avaluació pediàtrica estable). L'exploració física era normal excepte a nivell cutani que mostrava unes lesions purpúriques palpables amb morfologia anular i de distribució bastant simètrica afectant tant a extremitats inferiors com superiors i cara. Presenta també edema a mans, peus, zona escrotal i periorbitari.

- **Pregunta 6.1.** Quin diagnòstic esteu pensant com més probable?

[veure solució]

Cas clínic 7

Lactant de 10 mesos que acut a urgències per :

- **Febre** (39.7°C) d'un dia d'evolució.
- **Vòmits**.
- Aparició de **lesions cutànies** a les darreres 6 hores .

A l'exploració física destaca un nen amb mal aspecte general, mala perfusió perifèrica i sense dificultat respiratòria: Shock descompensat. Taquicàrdic, hipotens i amb múltiples lesions purpúriques per tot el cosí.



- **Pregunta 7.1.** Quin diagnòstic esteu pensant com més probable?

[veure solució]

Fem un repàs?

Us proposem tornar a fer una ullada als 4 casos exposats i seguidament mirar el repàs.

[fem un repàs]

Vacunació escolar: experiència CAPIBE

Equip CAPIBE

Veure detall al final



Actualment la **vacunació** és un tema candent i de controvèrsia entre defensors i detractors. En aquest context, la infermera pediàtrica hi pot jugar un paper important, atès el seu rol professional de vetllar pel benestar de les persones.

Les vacunes són fonamentals per a la prevenció i eradicació de malalties infecto-contagioses amb gran repercussió en la salut de la comunitat. Segons l'OMS: **vacuna és qualsevol preparació destinada a generar immunitat contra una malaltia, estimulants la producció d'anticossos**. Molts cops, l'efecte protector de la vacuna s'estén a persones no vacunades, generant el que s'anomena "immunitat de grup o de ramat". Les vacunes ens exposen a una quantitat molt petita i molt segura de virus o bacteris que han estat debilitats o destruïts. El nostre sistema immunitari aprèn després a reconèixer i atacar la infecció si està exposat a ella posteriorment.

L'èxit d'un programa de vacunació està relacionat amb la cobertura de vacunes que s'aconsegueix en els diferents grups d'edats. Per aquest motiu poder anar a les escoles ens dona una excel·lent oportunitat per assolir aquest objectiu. La tasca

de la vacunació escolar és imprescindible fer-la en equip, mínim dues infermeres tal i com recomana el protocol de vacunació escolar, atès el nombre d'alumnes i a l'objecte d'agilitzar tot el procés, detectar qualsevol incidència i actuar amb rapidesa.

A la ciutat de Barcelona, l'any 2013, l'Agència de Salut Pública (ASPB) va traspasar als equips de pediatria d'APS el programa de vacunació escolar que, pel que fa al nostre centre de treball, el Centre d'Atenció Pediàtrica Integral de Barcelona esquerra (CAPIBE), afectava a la població de 6è de primària i 2n d'ESO escolaritzada dins l'àmbit territorial de 5 ABS: Les Corts, Sants, Numància i Montnegre (A i B), arribant a un total de 2.341 alumnes de 29 escoles i 17 instituts. (Veure annexos 1 i 2). La taula següent mostra el programa de vacunació.

Programa de vacunació

Curs 6è primària

1ª Visita: HA i VPH4

2ª Visita: MCC i Varicel.la

3ª Visita: HA i VPH4 (2ª dosi)

Curs 2n ESO

1ª Visita: Td

El “full de ruta” el nostre instrument

Els alumnes a vacunar són programats a L'ECAP, per escola, en els dies de visita planificats. L'equip d'infermeria pediàtrica del CAPIBE hem confeccionat un registre específic per cada grup (curs i escola), en format excel que anomenem col·loquialment **full de ruta**.

ESCOLA				6è PRIMÀRIA												
Nº	Alumne/a	Sexe	CAPI	1HA	1VPH	MCC	1WZ	2HA	2VPH	2WZ	ABSENT	NO AUT	JA VACUN	OBSERVACIONS	FOTOCOPIA	
1																
2																
...																
21																
22																
TOTALS																
DATES				INFERMERES:				LOTS:								
1ª	VISITA							1ª HA	1ª VPH							
2ª	VISITA							MCC	1ª WZ							
3ª	VISITA							2ª HA	2ª VPH			2ª WZ				
OBSERVACIONS																

LEGENDA:	
CAPI:	(X): Del CAPI (-): No del CAPI
VACUNA:	(X): Administro vacuna (-): No administro vacuna
ABSENT:	(X): Absent
NO AUT:	(X): No autorització
JA VACUNAT:	(V): Ja vacunat
OBSERVACIONS:	Incidències: si s'ha marcat, dades P.T, IMC...
FOTOCOPIA:	(X): Demanem fotocòpia carnet vacunació

6è de Primària

ESCOLA				2n ESO							
Nº	Nom alumne/a	Sexe	CAPI	Td	ABSENT	NO AUT	JA VACUN	OBSERVACIONS	FOTOCOPIA		
1											
2											
...											
27											
28											
DATES				INFERMERES:				LOTS:			
1ª	VISITA										
OBSERVACIONS											

LEGENDA:	
CAPI:	(X): Pacient del CAPI (-): No pacient del CAPI
Td:	(X): Administro vacuna
ABSENT:	(X): Absent
NO AUT:	(X): Nega autorització
JA VACUNAT:	(V): Posar data
OBSERVACIONS:	Incidències
FOTOCOPIA:	(X): Demanem còpia carnet vacunes

2n d'ESO

El nostre **full de ruta** ens permet fer un registre de cada cas (sexe, assignació a CAPIBE, vacuna a administrar, incidències, observacions i si cal demanar còpia del carnet de vacunes).

Abans d'anar a l'escola, es complimenta aquest **full de ruta**. Revisem la història clínica dels alumnes que formen part de la població assignada a CAPIBE, anem observacions a tenir present el dia de la vacunació, revisem els seus carnets vacinals i si s'escau demanem fotocòpia a les escoles, comprovem diagnòstic de varicel·la, si falta alguna revisió del nen sa... Pensem que tota aquesta informació ens haurà de permetre efectuar una millor aproximació a la situació epidemiològica del nostre àmbit territorial en el futur.

El dia de la vacunació amb el full d'autorització davant, verifiquem les dades de filiació, anem les incidències produïdes: usuari conflictiu, episodi de mareig, nivell de col·laboració, carnet incomplet, barrera idiomàtica, manca de comunicació amb les famílies, suport dels mestres/escola, etc.

Lliçons apreses

En l'operativa...

En ser les mateixes infermeres de pediatria que el nen/a es troba al CAPIBE quan ve a visitar-se, es genera un clima de confiança que ajuda a la dinàmica de la vacunació, minimitzant les situacions “psicògenes” individuals o col·lectives tant habituals en aquesta activitat.

A nivell professional...

Valorem la nostra experiència d'infermeres de vacunació escolar com de profitosa i molt enriquidora. Hem fet d'aquest programa una eina per apropar la salut a l'escola, facilitant l'accés al sistema sanitari, millorant l'accessibilitat, complementant les actuacions realitzades en ambdós àmbits i, finalment, assegurant una major cobertura vacunal.

En l'àmbit cooperatiu...

A nivell personal es reforça el vincle relacional amb els centres educatius que permet canalitzar millor i més ràpid qualsevol incidència o necessitat detectada que guardi relació amb la salut. En definitiva afavoreix una millor coordinació salut i escola. Així mateix podem conèixer millor els costums i particularitats de cada centre educatiu.

En l'eficiència de les actuacions...

Atès el gran volum d'alumnes de la zona urbana de Barcelona, veiem com avantatge que en un mateix acte assistencial puguem arribar a un gran nombre de nens/es.

Un darrer consell

L'administració de vacunes no s'acaba en la infància. Recordeu impulsar les actuacions en els vostres centres per tal de garantir l'administració de les dosis en l'etapa adulta!



Agraïments

- A tot l'equip infermer i administratiu del CAPI Barcelona Esquerra, pel seu suport en el dia a dia.
- A les mestres de les escoles per la seva presència i ajut en la dinàmica de la vacunació als centres educatius.
- Als pares de família dels nostres alumnes per la seva confiança en els professionals que tenim cura dels seus fills.



Autors:

CAPI Barcelona Esquerra , Març 2016.

Infermeres pediàtriques.

- Alerany Ruana, Carme.
- Gámiz Gala, Alicia.
- Jordán Trias, Elena.
- Traveria Bondi, Mireia.

Equip de direcció.

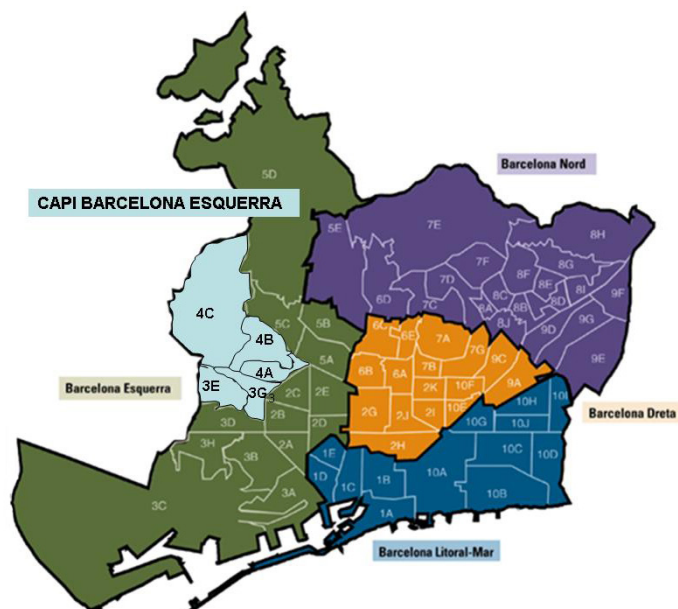
- Cuixart Goday, Noemí.
(Adjunta a la direcció CAPI Barcelona Esquerra).
- Enrúbia Iglesias, Manel
(Director mèdic , CAPI Barcelona Esquerra).
- Derch Guillén, Eulàlia.
(Referent de GIS).

WEBGRAFIA:

1. Guia pràctica de registre de les vacunes escolars 2015-16. ASPB
 - <http://www.aspb.cat/quefem/vacunacions.htm>.
 - <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut>.
2. 10 mitos FALSOS sobre la vacunación. ¡Protege a tus hijos con las vacunas!
 - <http://faros.hsjdbcn.org/es/search?search=vacunas>.
3. ¿Cuáles son algunos de los mitos, y los hechos, sobre la vacunación?
 - <http://www.who.int/immunization/en/>.
 - <http://www.who.int/features/qa/84/es>.
4. La iniciativa global sobre la seguridad de las vacunas se encuentra en fase de planificación:
 - [Mas información sobre la iniciativa global](#).
 - [Plan de acción mundial sobre vacunas](#).
5. El control de las cartillas de vacunación de los niños es básico para prevenir brotes y epidemia.
 - <http://vacunasaep.org/>.
6. Posicionamiento sobre una vacunación infantil responsable por parte de los padres o tutores Acta Sanitaria, 2013 [acceso: 26 de junio de 2013].
 - <http://vacunasaep.org/>.
7. La aportación de las vacunas al bienestar social.
 - [Informe “la aportación de las vacunas”](#).
 - [Comité Asesor de Vacunas](#).
8. El valor social de las vacunas. Elementos de reflexión para facilitar el acceso.
 - [El valor social de las vacunas. Elementos de reflexión para facilitar...](#)
9. “Decret de Salut Escolar 155/1993 ,d’1 de juny, i l’ordre SLT/74/2012, de 22 de març” .
 - http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=87742&action=fitxa.

Annex 1:

Mapa vacunació escolar CAPI Barcelona Esquerra



Annex 2: escoles

01 Escola N-II Pràctiques
02 Escola Jaume I
03 Escola Barcelona
04 Escola Lavínia
05 Escola Duran i Bas
06 Escola Itaca
07 Escola Les Corts
08 Escola Ausias March
09 Escola Jona Pelegrí
10 Escola Miquel Bleach
11 Josep Tous
12 Escola Lluís Vives
13 Escola Pau Romeva
14 Pare Manyanet
15 Santa Teresa de Lisieux
16 Solc
17 Sant Peters
18 Aula
19 Kensington
20 Zurich
21 Sant Pau
22 Loreto-Abat Oliva
23 Maristes Sants
24 Escola Lloret
25 Escola Gayarre
26 Montserrat
27 Escola Perú
28 Escola Barrufet
29 Nostra Sra del Carme

instituts

01 Institut Emperador Carles
02 Montserrat
03 Oscus
04 Josep Tous
05 Institut Lluís Vives
06 Pare Manyanet
07 Santa Teresa de Lisieux
08 Solc
09 Sant Peters
10 Sant Pau
11 Loreto-Abat Oliva
12 Zurich
13 Aula
14 Maristes
15 Kensington
16 Santíssima Trinitat
17 Institut Les Corts

CAPI CENTRE D'ATENCIÓ PEDIÀTRICA INTEGRAL



BARCELONA ESQUERRA

Annex 3: dibuixos dels nens de les escoles



INFADIMED: més que un programa de nutrició a les escoles

Jordi Fernández Blanco

Infermer de l'Equip de Pediatria Alt Penedès-Garraf



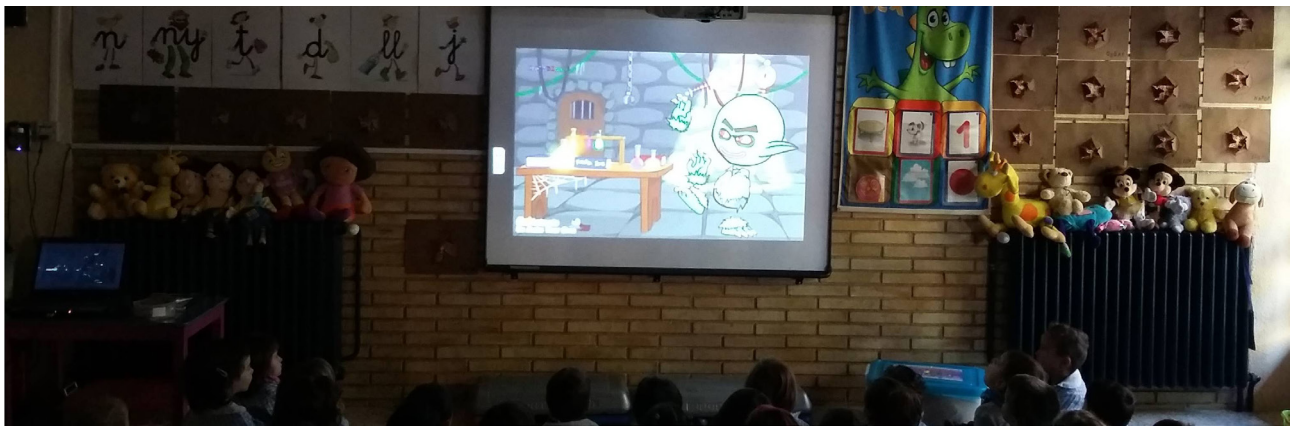
INFADIMED (Infància i Dieta Mediterrània) és un programa que fa promoció de la Dieta Mediterrània a les escoles de primària, des d'educació infantil (3 anys) fins a 6è de primària.

INFADIMED és més que un programa d'educació alimentària. És un programa d'educació per a la salut. S'ha escollit la **Dieta Mediterrània** com eix, perquè no només engloba la nutrició, sinó que és un estil de vida saludable. És alimentació, però també és activitat física, és descans, és higiene, i és també contacte social i contacte amb la natura.

INFADIMED va començar com un programa pilot al curs 2011-2012 a dues escoles de Vilafranca del Penedès amb alumnes de P3 fins a 1er de primària. A l'actualitat, quatre escoles de Vilafranca del Penedès i dues de Sant Pere de Ribes formen part del "planeta **INFADIMED**", el que significa que són més de 1.500 alumnes que reben educació per a la salut dins l'horari escolar mitjançant un grup d'infermeres d'Atenció Primària.

Començar amb els alumnes més petits de les escoles de primària esdevenia primordial per a transmetre el nostre missatge. L'etapa dels 3 als 6 anys és bàsic en l'adquisició d'hàbits alimentaris i és on apareix la neofòbia alimentària, un mecanisme instintiu de rebuig a aliments poc coneguts o que han canviat la textura. Així, per a poder transmetre els beneficis d'una dieta equilibrada, on han de tenir cabuda aquells aliments que fan poca gràcia als més petits, el missatge havia d'arribar sense ser avorrit. La consigna





era clara: havíem de crear un món màgic. Com? **INFADIMED** posa en joc una metodologia innovadora en l'àmbit d'educació en hàbits saludables: una sèrie de dibuixos animats creada pels membres de l'equip **INFADIMED**.

El cinema d'animació és un mitjà capaç de configurar mentalitats i d'influir creant paradigmes d'actuació. La filosofia del nostre programa és clara: **no existeixen aliments dolents, sinó que és l'ús que se'n fa d'aquests**. Així, transmetem una informació en positiu, sense prohibicions, però ensenyant que cal limitar el consum d'alguns aliments. **INFADIMED** dona eines per tal que l'infant es faci responsable de les seves decisions sobre la seva pròpia salut.

Durant els tres cursos escolars del programa pilot, la prevalença d'excés de pes (sobrepès + obesitat infantil) en els alumnes participants de les escoles de Vilafranca del Penedès, ha baixat un 6,3%, mentre que a la població no intervinguda, d'igual edat i de la mateixa població, ha incrementat un 9,4%.

Les bones notícies no es queden aquí: hem constatat un canvi d'hàbits entre la població intervinguda. Ha augmentat de manera considerable el consum de fruita, sobretot dins les escoles, amb un descens paral·lel del consum d'aliments i begudes ensucrats. Aquesta modificació ha provocat de retruc un descens en el nombre de càries que pateixen els alumnes de primer de primària, que van iniciar el programa en cursos inferiors.

Altres aliments típics de la **Dieta Mediterrània**, com la verdura, els llegums o els fruits secs també han incrementat el seu nivell de consum.

Menció especial mereix el cas dels fruits secs, en els que s'ha aconseguit incorporar-los dins el concepte de dieta equilibrada com a font de greixos saludables, bé formant part dels àpats, de l'amanida o com acompanyament del iogurt.

INFADIMED ha tingut una bona acollida entre la població escolar i les seves famílies. Ha potenciat la relació entre els professionals de l'escola i del Centre d'Atenció Primària, creant un vincle entre aquests dos pilars fonamentals de la comunitat infantil i obra camí cap a d'altres projectes comunitaris en el futur. Els alumnes que han participat en el programa també han consolidat el seu vincle amb el centre de salut, i ara identifiquen millor als professionals d'infermeria com agents d'educació per a la salut, més enllà de les revisions o les vacunes.

Per primera vegada a la nostra comarca, un personatge de dibuixos animats creat des de l'àmbit de la salut, el **Capità Vitamines**, és un referent entre la població infantil amb la que hem treballat.



Podeu veure un vídeo promocional a:

https://www.youtube.com/watch?v=LBRgDZhW9_Y

L'augment de la lactància materna podria salvar 800.000 nens i estalviar 300 mil milions de dòlars cada any

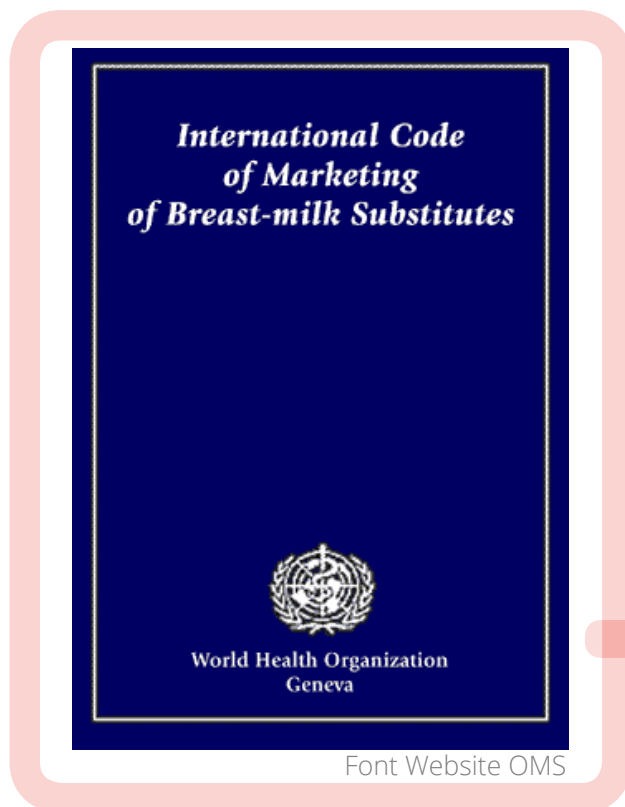
Josep Antoni Serrano Marchuet.

Pediatre de l'Equip Territorial Pediatria
Alt Penedès-Garraf

La lactància materna fa al mon més sà, més intel·ligent i més igualitari. Amb aquestes paraules comença l'editorial de la nova sèrie sobre la lactància materna de la revista **The Lancet**, posant en consideració que tot i els grans avantatges per a la salut de l'alletament exclusiu i els seus beneficis econòmics, pocs nens reben lactància materna exclusiva fins als 6 mesos, tal i com recomana l'OMS i les institucions pediàtriques. A nivell global, s'estima que només 1 de cada 3 nens menors de 6 mesos és alimentat amb alletament exclusiu per la seva mare, una taxa que no ha millorat en les darreres dues dècades.

La lactància materna té beneficis substancials per a les dones i els nens per un igual en els països rics i pobres, hores d'ara l'evidència és més forta que mai.

Les estimacions de l'OMS publicades a la revista revelen que l'augment de la lactància materna a nivells gairebé universals podria estalviar més de 800.000 vides cada any, sent la majoria en nens menors de 6 mesos. A més, gairebé la mei-



Font Website OMS

tat de totes les malalties diarreiques i un terç de totes les infeccions respiratòries en els nens en els països de baixos i mitjans ingressos es podrien prevenir amb increments de les taxes de lactància materna.

Els nens que són alletats obtenen millors resultats en les proves d'intel·ligència, són menys propensos a tenir sobrepès o obesitat i tenen una menor tendència a patir diabetis més endavant en la vida. Les mares que alleten també redueixen el risc de desenvolupar càncer de mama i d'ovari. Amb les taxes actuals de lactàn-



Imatge cedida per Carlos Casabona. Pediatre.

Font
website
OMS

cia materna, s'estima que es prevenen 20.000 morts per càncer de mama, xifra que es podria incrementar en 20.000 més, cas de millorar aquests percentatges

La lactància materna fa l'economia més forta

Més enllà de la salut, la nova sèrie de The Lancet aporta un rellevant motiu econòmic per a invertir en la promoció i protecció de la lactància materna a tot el món. Les troballes de l'OMS i els seus col·laboradors estimen que les pèrdues econòmiques mundials degudes a nivells més baixos de cognició associats a la manca d'aliment matern van arribar a més de 300 mil milions de dòlars en 2012, l'equivalent al 0,49% del producte nacional brut del món.

Un augment de les taxes de lactància materna per a lactants menors de 6 mesos d'edat al Brasil, la Xina, els Estats Units d'Amèrica, i al Regne Unit reduiria els costos de tractament de malalties comunes de la infància, com la pneumònia, la diarrea i l'asma, i això portaria a fer un estalvi als sistemes de salut almenys de 2,45 mil milions de dòlars en els Estats Units, 29,5 milions al Regne Unit, 223,6 a la Xina i 6,0 milions al Brasil.

Tot i això, els baixos nivells de la lactància materna òptima afecten tant als països d'alts i baixos ingressos. Menys d'un de cada cinc nens segueixen alletament matern durant 12 mesos en els països de renda alta i només 2 de cada 3 nens d'entre 6 mesos i 2 anys reben llet materna en països de baixos i mitjans ingressos.

La protecció i la promoció de la lactància materna

Tot i que l'Assemblea Mundial de la Salut va adoptar el **Codi Internacional de Comercialització de Succedanis de Llet Materna** al 1981 per protegir a la població de les estratègies de màrqueting inadequades, s'ha aplicat dèbilment arreu del món.

Com a resultat, la comercialització agressiva dels succedanis de la llet materna està soscavant els esforços per millorar les taxes de lactància, amb vendes globals que s'espera arribin als 70,6 bilions de dòlars al 2019.

Per abordar aquesta qüestió, la **Iniciativa de Defensa Global de la Lactància Materna**, dirigida per la UNICEF i l'OMS en col·laboració amb institucions internacionals, assumirà el lideratge per a millorar les taxes de lactància materna. Com a primer pas, l'OMS i la UNICEF

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



Font
website
OMS

Developed in collaboration with **TROLLBACK + COMPANY** | TheGlobalGoals@trollback.com | +1.212.529.1010
For queries on usage, contact: dpicampaigns@un.org

han creat una xarxa de monitoratge global i suport a la implementació del Codi internacional per tal d'enfortir la capacitat de fer-ne el seu seguiment, acompliment i la seva aplicació.

Més enllà de la lluita contra la comercialització de la llet artificial, els països han d'invertir en polítiques i programes que donin suport a les dones que alleten. Seria efectiu en l'ajut a la millora de les taxes de lactància materna poder disposar de sistemes d'atenció a la salut de suport, un increment dels drets de la maternitat adequats, intervencions als llocs de treball i els programes d'assessorament i educatius.

La lactància materna també s'ha identificat com una intervenció d'alt impacte per aconseguir **l'Estratègia Mundial de la Dona, la Infància i l'Adolescència de la Salut (2016-2030)**, que es va llançar juntament amb els **Objectius de Desenvolupament Sostenible** com un full de ruta per a posar fi a les morts que es poden prevenir en una generació.

La lactància materna és important per a la supervivència del nen en tots els escenaris, però també per assegurar que **els nens puguin prosperar i arribar als seus potencials cognitius i de desenvolupament complet durant tota la seva vida**. A les nostres mans està col·laborar en l'assoliment de les xifres de l'encapçalament.



Per a saber-ne més

- Alimentación del lactante y del niño pequeño. OMS.
- Breastfeeding: achieving the new normal. The Lancet.
- Increasing breastfeeding could save 800. 000 children and US\$ 300 billion every year. OMS.

Memòria programa VINCLES 2015 i objectius 2016

Josep Serrat Tarrés

Responsable projecte
VINCLES. HSJD

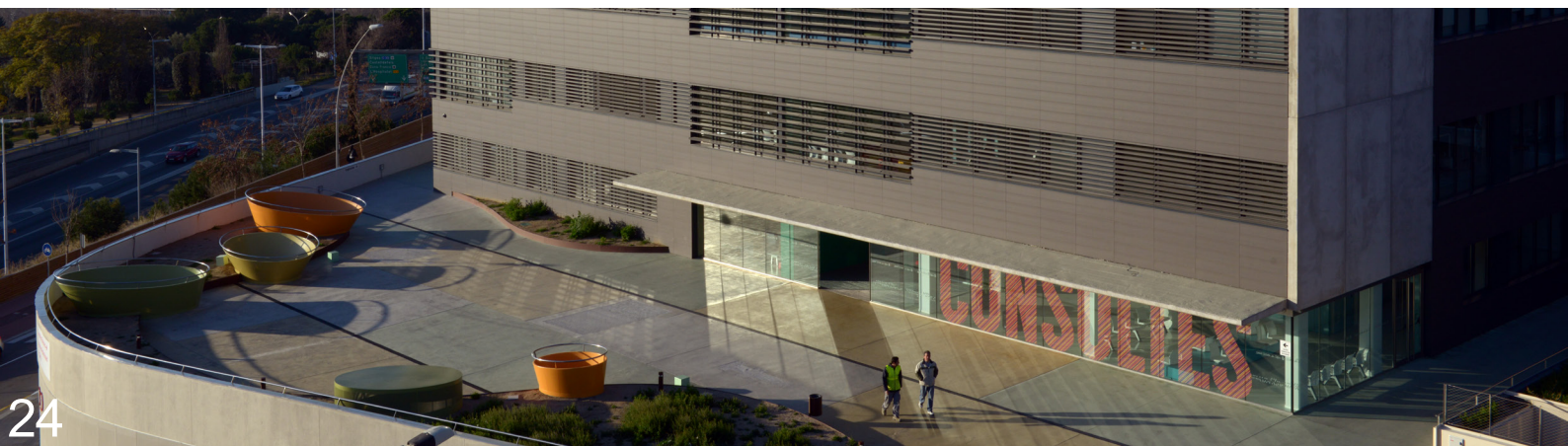


Durant l'any passat el programa **VINCLES** va desenvolupar les següents activitats:

- Gestió del mail de consulta aps@hsjdbcn.org donant resposta a 127 missatges. El 81% van correspondre a dubtes d'àmbit clínic.
- Organització del curs de protocol•lització, jornada de patologia digestiva i nutricional en APS i suport als programes de formació de les entitats del territori de referència.
- Publicació de 2 números de la revista VINCLES.
- Definició dels criteris de derivació entre nivells d'oftalmologia i odontopediatria.
- Activitats de coordinació.

De cara al 2016 es preveu donar continuïtat a aquestes actuacions, i d'una manera específica,

- Edició de 3 números de la revista VINCLES.
- Anàlisi de les necessitats formatives dels professionals de pediatria d'APS.
- Publicació de monografies de protocol•lització de problemes de salut.
- Desenvolupar per l'àmbit pediàtric, criteris de derivació entre nivells per les especialitats d' ORL, dermatologia, COT i immunologia.



enllaç → **[odontopediatria]**

enllaç → **[oftalmologia]**

Criteris de derivació entre APS i l'HSJD: odontopediatria i oftalmologia

Dr. Josep Serrat

Programa Vincles

Durant l'any 2015 un ampli grup de treball, compost per pediatres d'APS, oftalmòlegs dels hospitals territorials i el Servei d'oftalmologia de l'HSJD, amb el suport del CatSalut, ha debatut i consensuat els criteris de derivació entre nivells per aquestes dues especialitats: **OFTALMOLOGIA** i **ODONTOPEDIATRIA**.

Els objectius d'aquest repte han estat diversos:

- Alinear l'atenció a la patologia OFT i ODN per tot el territori de referència pels tres nivells d'atenció: APS, especialitats de zona i HSJD.
- Consolidar i incrementar la capacitat resolutiva de cadascun dels nivells assistencials.
- Reordenar el flux de pacients del territori en base a criteris clínics consensuats entre els professionals dels diferents nivells assistencials.
- Optimitzar l'atenció presencial adequant-la al nivell assistencial que correspongui, evitant desplaçaments innecessaris als pacients i famílies.
- Millorar el coneixement dels professionals de diferents nivells assistencials.

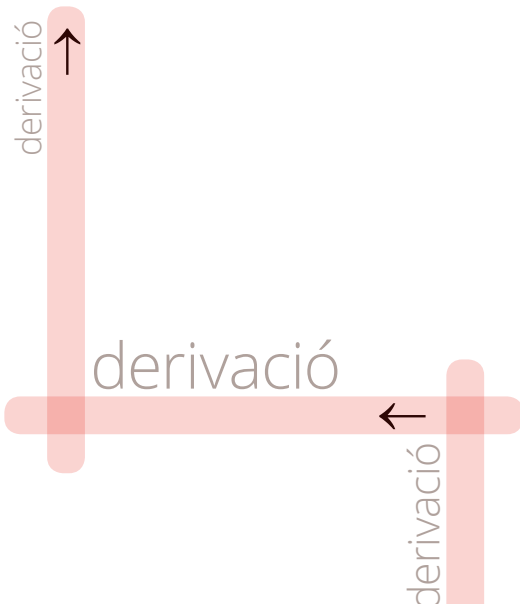
En el cas de la **patologia oftalmològica** s'ha definit

- Els criteris de derivació directa entre 1r→2n nivell i també entre 1r→3r nivell
- Pautes recomanades per a l'enfocament diagnòstic i terapèutic de les patologies bàsiques més habituals.

En el cas de l'**odontopediatria** l'anàlisi de les dades ha posat de relleu que la derivació menys adequada es correlaciona amb patologia de cordals que no ha estat prèviament visitada per l'odontòleg del CAP. Es recomana que les derivacions al tercer nivell puguin ser filtrades per aquest professional. El document general bàsicament s'adreça a ell i explicita la cartera de serveis de l'HSJD i concreta els criteris clínic de derivació pels diferents programes assistencials.

Fruit d'aquest esforç us lliurem l'enllaç als documents generats, que esperem us puguin ser d'utilitat en la pràctica diària.

enllaç →



5 minuts

Sessions clíniques
infermeres

Cèlia Pujol

Infermera. Direcció
Equip de Pediatria Alt
Penedès

Què signifiquen 5 minuts si ens poden ajudar a millorar la nostra pràctica? Us convidem a visitar aquests dos vídeos:

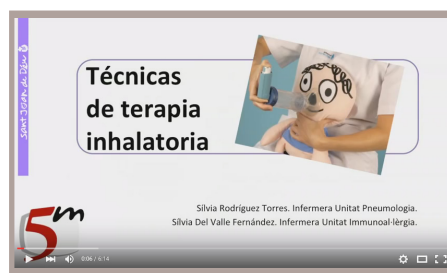


- **“Lactància materna. Observació d’una presa”**
L’OMS recomana lactància materna exclusiva durant 6 mesos. Aquesta és una activitat innata en el nadó i la mare. En ocasions hi ha problemes de posició i de presa del mugró per part del lactant que, amb la simple observació d’una presa es poden corregir, evitant el risc d’abandonament precoç. La presentació dona alguns consells pràctics que paga la pena escoltar. Només són 5 minuts !
- **“Tècniques de teràpia inhalatòria”** La teràpia inhalatòria és altament eficaç en el tractament i prevenció de patologia bronquial. Us convidem a veure aquest vídeo per millorar la postura adequada, la tècnica, la idoneïtat de l’ús de mascareta i uns consells sobre neteja de la càmera.

Recordem que si voleu visualitzar totes les sessions, es pot accedir a través d’aquest link: <http://www.youtube.com/playlist?list=PLCE1125336F297118>. També podeu fer arribar qualsevol suggeriment a l’equip de 5’ a través de l’adreça de mail: 5minuts@hsjdbcn.es



Lactància
materna.
Observació
d’una presa



Tècniques
de teràpia
inhalatòria

Cursos

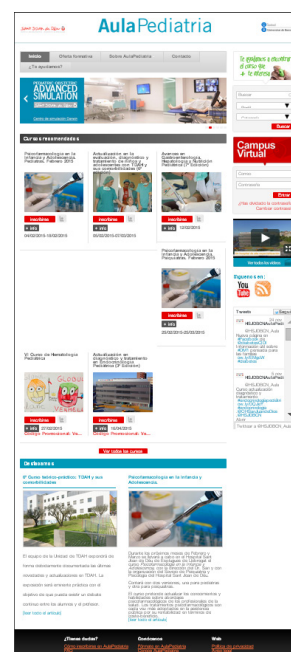
Aula de Pediatria
HSJD

El passat estiu es va activar una nova web que recull tota la formació vincula a l’Aula de Pediatria Sant Joan de Déu.

<http://www.cursospediatria.net>

En el següent enllaç escurçat trobareu tot el cursos i jornades organitzats per l’Aula de Pediatria Sant Joan de Déu i que estan actius en aquests moments.

<http://goo.gl/O95Izr>



II JORNADES Moisès Broggi d'Atenció Centrada en la persona

Centrades en els Trastorns de l'aprenentatge i fracàs escolar, es celebraran aquestes jornades, d'inscripció gratuïta, el proper 26 de maig. Es tracta de crear un espai de confluència entre mestres de primària i professionals de pediatria d'Atenció Primària de Salut.

L'alt nivell assolit en les primeres jornades i la qualitat dels ponents és un immillorable auguri d'èxit!



II JORNADES MOISÈS BROGGI
D'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA

**TRASTORNS de
L'APRENTATGE i
FRACÀS ESCOLAR**

**Un punt de trobada entre el món
de la salut i de l'ensenyament**

Dijous 26 de maig de 2016 de 17:00 a 21:00 h

Lloc:
UPF- Universitat Pompeu Fabra
C/ Balmes 132, Barcelona

Organitza:
Fundació Letamendi - Fornis

VIII curs d'actualització de pediatria d'Atenció Primària SAP Esquerra- Hospital Sant Joan de Déu (2016)



CAPI
CENTRE D'ATENCIÓ
PEDIÀTRICA INTEGRAL

BARCELONA ESQUERRA

Sant Joan de Déu
HOSPITAL MATERNOINFANTIL - UNIVERSITAT DE BARCELONA

Pels professionals de pediatria de Barcelona Esquerra, pediatres i infermeres, us recordem el **VIII curs d'actualització de pediatria d'Atenció Primària SAP Esquerra- Hospital Sant Joan de Déu (2016)**

[Veure programa]

Els pediatres i la separació dels pares

Jordi Pou

Pediatre



Per molt bé que vagi tot, una **separació** dels pares és sempre un trauma, una situació molt dolorosa pel nen o nens que la pateixen. Durant els meus 44 anys de pediatre he viscut moltes separacions, molts divorcis i com us podeu imaginar, les he vist de tots colors.

En tot procés de separació intervenen moltes persones de l'entorn de la família i del nen i moltes vegades els "contrincants" intenten manipular aquest entorn, guiats per advocats que només promouen la baralla i demanen papers, papers i més papers per documentar la querella contra l'altre interlocutor. El pediatre sol formar part d'aquest entorn.

Aquest article vol ser una breu exposició d'algunes experiències que he viscut, com haureu viscut vosaltres, i de les meves reflexions des d'una perspectiva personal que no científica.

La situació més freqüent és aquella que tots hem anomenat " **la síndrome del divendres** " on un dels dos pares ens demana un paper perquè el nen està malalt i no hagi d'anar a casa

de l'altre. És evident que no hem de caure en aquest parany: si el nen està malalt, el que l'hagi de tenir, sigui el pare o mare, segurament el podrà cuidar igual de bé que l'altre.

Quan es produeix la separació, un dels dos acostuma a continuar amb el pediatre de sempre, especialment si li va fent els papers que li demana! És poc freqüent que els dos segueixin acompanyant les visites. Això converteix el pediatre en l'enemic de l'altre progenitor. Efectivament, el que segueix portant-nos el nen, intenta portar-nos al seu terreny. Ens explica la història des del seu punt de vista. Ens explica com torna el nen de l'altra casa, lo malament que ho passa i, si pot, ens demana papers que corroborin aquesta versió, per usar-ho en el seu benefici.

L'altre, mentre tant, ens demana que l'avisem quan el nen tingui visita, sovint amb exigències. Ens demana informació sobre la malaltia o els motius de visita i per poc que ens descuidem també ens demana papers per acreditar que no ha vingut perquè no l'hem avisat. És molt possible que acabi anant a un altre pediatre i

que no faci cas dels tractaments que nosaltres recomanem: *"és que el Dr. Pou és molt aficionat a donar antibiòtics, o cortisona o qualsevol cosa que no li sembla bé"*, en ocasions també es confia en un homeòpata o a un osteòpata.

Hem de saber que les coses son així i tenim que acceptar-les. Hem de pensar sempre en el nen i protegir-lo tant com puguem. No podem pretendre canviar les coses atès que de ben segur no està al nostre abast. Com pediatres podem fer molt en favor del nen, però no podem incidir sobre la problemàtica dels pares. Tenir-ho present ens pot ajudar a evitar frustracions.

Jo penso que en aquest context no és competència del pediatre:

- **Implicar-se massa o prendre partit** perquè ens creguem la versió que ens explica el que encara ens porta el nen. A mi m'ha passat algun cop, i després, quan he anat al judici he tingut coneixement de fets totalment diferents i m'he adonat que havia estat enganyat. Per tant, molta prudència.
- **Fer papers que no tenen cap valor** i que només serveixen per barallar-se o fer la vida impossible, a base de petites querelles, l'un a l'altre. Jo molts cops quan em trobo en circumstàncies de molta pressió en la demanda de documents, proposo al que sigui dels dos, pare o mare, que el seu advocat em truqui per saber que és el que vol en concret. Només amb això freno molts cops les peticions, però si l'advocat truca, li explico que aquesta no és la meva feina i que si veig alguna circumstància que pot perjudicar al nen que no es preocupi que ja ho farà constar per escrit. La major part de les vegades és una mesura eficaç.
- **Avisar de les visites.** Aquesta no és la nostra feina. L'obligació dels pares és posar-se d'acord entre ells. Si no ho fan, que s'ho arreglin, però no és feina nostre d'avisar-los. Entre altres coses, nosaltres desconeixem la sentència i quines són les obligacions i drets de cadascun. Pot ser que un d'ells no tingui dret a assistir a les visites i nosaltres no tenim perquè saber-ho. Desconfieu si us

ensenyen una sentència perquè pot ser que no sigui l'última i, tanmateix, nosaltres no tenim perquè entendre-la.

- **Repetir la informació a l'un i l'altre.** Penso que és bo donar-la a tots dos quan aquesta informació és rellevant, quan el nen té un problema important, una malaltia greu o que demana unes cures especials o continuades, però no quan el nen ve per una revisió, per mocs o febre o qualsevol malaltia banal. És obligació d'ells, pel bé del seu fill, donar-se la informació, la medicació i els estris necessaris per administrar-la quan el nen ho necessita. Si no ho fan i aquesta actitud té conseqüències en la salut del nen, la via que hem de seguir és comunicar a la Justícia aquesta conducta negligent amb potencials conseqüències per a la salut. Ja buscarà, qui en tingui la responsabilitat, als culpables, això no és feina nostra.

En canvi penso que la nostra feina, la nostre actitud s'ha d'orientar bàsicament a aquestes premisses:

- **No ens hem d'implicar en els problemes dels adults**, no hem de prendre partit. Hem de tenir clar que només sentim una versió. Per tant hem de ser equànimes. Mai hem de jutjar ni a l'un ni a l'altre.
- Per això és imprescindible **prendre distància i no implicar-nos en la lluita**. Cal explicar que només som pediatres no jutges, ni confidents, ni **"solucionadors"** del seu conflicte.
- Hem d'evitar de posar més llenya al foc. **No podem criticar l'actitud del que no està present.** Cal fer avinent que desconeixem les circumstàncies de l'altre i per tant que no podem tenir opinió.
- Hem d'explicar que **no és bo pel nen interrogar-lo** amb detall quan torna de casa de l'altre. Que ja ens explicarà, si vol, el que ha passat. Les preguntes més adients són de caire genèric, en relació a saber com es troba, com se sent: *"estàs bé? T'ho has passat bé?"* i poca cosa més. La resta ha de sorgir

d'ell mateix. No hem d'oblidar que els nens també poden ser manipuladors i ens poden explicar allò que volem sentir o allò que no volem sentir. Per tant és millor no investigar.

- Hem d'aconsellar al pare que tenim davant, que no faci de mitjancer. Si el nen vol alguna cosa de l'altre pare ha d'aprendre a demanar-ho ell mateix. No pot ser que un pare li faci arribar directament a l'altre les recomanacions o instruccions respecte del que convé o pugui necessitar el nen. Entre altres coses perquè es molt possible que l'altre no ho faci justament perquè li ha dit qui li ha dit. Els nens ja saben com actuar, saben com manipular i si volen alguna cosa han d'aprendre a relacionar-se amb els seus progenitors estiguin junts o separats. Si ens fan cas en aquest punt s'evita molts problemes i angixes en la relació entre pares i fills.

Un altre aspecte que el pediatre haurà de tenir en compte són les conseqüències patològiques de la separació. Per bé que vagi tot és probable que més tard o més aviat el nen faci alguna manifestació clínica. Els dolors abdominals recidivants i els mal de cap freqüents, són dos dels exemples més habituals i ambdós són motius habituals de consulta. Com aquests n'hi ha d'altres com el fracàs escolar, canvis de conducta, etc. És normal que els pares no acceptin que moltes d'aquestes manifestacions clíniques siguin degudes a la separació perquè per a ells "el nen està bé hi ho porta molt bé. Ara tens dues cases, no Miquel?" Es evident que el Miquel dirà que sí amb un petit somriure. Què ha de fer pobret!

Habitualment, en els casos de separació, la Justícia no ens demana opinió, però si ho fa, hem de tenir clar que hem de ser molt objectius. És important que tan sols parlem del que sabem, del que hem vist i comprovat. No podem parlar pel que ens han dit o explicat. Es tracta sobre tot, tan en els informes com si ens criden a declarar, de ser objectius i professionals. No hem de prendre partit i mai hem de parlar del que no hem vist ni del que no té relació amb la nostra feina. Les nostres opinions no han de formar part de l'informe o la declaració.

Per finalitzar penso que mereix un petit comentari el tema de custòdia compartida, que avui en dia, pels jutges, va guanyant terreny com la millor alternativa, ja que és la manera més fàcil de preservar els drets dels adults i per tant, per a ells és la solució més còmoda. Tot i que en un primer moment pot semblar la decisió més justa, no sempre és la millor pel nen. Ho il·lustro amb la història del "**nen maleta**", com ell mateix s'anomena, i que acabo de viure:

En Ricard té ara 10 anys. Fa 3 que els seus pares es van separar amigablement, civilitzadament, i van decidir, de comú acord, una custòdia compartida. La mare vivia a Alella i el pare a Teià (el poble del costat, a 5 minuts un de l'altre). Ell anava a l'escola, tenia els amics a Alella, vivia uns dies a casa d'un i uns dies a casa de l'altre. En Ricard, així, era feliç. La crisi econòmica, però, va fer que el pare es quedés sense feina i l'amor va ser el "culpable" que s' enamorés d'una noia estrangera, amb feina per a ella i per a ell, al seu país: Alemanya. Ara el Ricard es passa moltes hores a l'aeroport i com ell diu és "un nen maleta". Està trist i necessita tractament psicològic.

Els pediatres hem de fer entendre als pares que la custòdia compartida no sempre és la millor opció. Cal que hi hagi proximitat de les dues llars, que aquestes no estiguin massa lluny de l'escola, per estalviar desplaçaments i temps, que el nen no perdi el seu entorn, els seus amics, els seus costums i activitats socials (equip de futbol o bàsquet, sortides amb amics, etc.) i que no es desconnecti d'una part de la seva família. Només si tot això es compleix la custòdia compartida pot ser bona pel nen. És responsabilitat dels pediatres fer entendre-ho als pares i, si s'escau, informar de les conseqüències d'una custòdia compartida conflictiva als jutges.

Cadascun de nosaltres podria afegir més situacions i fets viscuts als que acabo de descriure. L'objectiu però d'aquest escrit és només plantejar, a grans trets i en poc espai, un problema que als pediatres ens ocupa una bona part de la nostra feina i que, per aquest motiu, hem d'estar preparats per a fer-hi front.

En aquestes adreces podeu actualitzar els vostres coneixements de Pediatria:

FAROS

Enllaç al portal



"**FAROS**" s'autodefineix com "L'observatori de la salut per a la infància i l'adolescència", amb més de 1000 consells profitosos assoleix amb escriure aquesta premisa, és una base de coneixement que penja de la pàgina de l'Hospital de Sant Joan de Déu, que lidera aquesta iniciativa.

Totes aquestes recomanacions estan classificades en 5 categories: "Edat, nutrició, salut, seguretat i desenvolupament i aprenentatge" que són les principals pestanyes, de les que n'hi ha dues més: "**FAROS família**" a on hi ha comentaris sobre contes, receptes, llibres... i una darrera anomenada "Actualitat", en aquesta última hi trobareu els "**Quaderns FAROS**", textos a tall de document de posició sobre temes punyents i d'actualitat.

Orientat a les famílies per a esclarir dubtes i/o donar-les suport, el seu interès i la seva constant actualització el fa també molt atractiu per als professionals.

Cadascuna de les entrades està exposada de forma clara i entenedora, ve acompanyada de la iconografia adient i adjunta la bibliografia corresponent o enllaços a d'altres pàgines en relació amb el tema exposat.

A banda de les entrades de text també en té d'altres, fetes per professionals del centre o col·laboradors, en format de vídeo blog infografies, contes...

Un imprescindible per a les famílies, els pediatres i qualsevol interessat en la salut infantil.

Tot seguit us oferim una repassada dels blocs d'alguns dels pediatres que són més actius a la xarxa, dels que en destaquem els següents:

El blog del pediatra

Enllaç al bloc



En **Gabi Ruiz (@pediatragabiru3)** és un pediatre de València bastant actiu en les xarxes socials que té un bloc enfocat a l'ajut als pares per a poder entendre de manera plena als fills. Els seus continguts estan en constant actualització i s'incrementen amb regularitat. Toca "tots els pals" de la pediatria i ho acompanya sempre amb opinions fruit de la seva experiència professional.

La pàgina té un disseny molt cuidat i els temes estan agrupats en diferents pestanyes per a accedir-hi d'una manera més àgil. Recomanable per a tots i especialment interessants per als que necessitin eines per a donar consells a la consulta.

Dra. Gloria Colli Pediatra

Enllaç al bloc

La **Glòria Colli (@gmcolli)**, establerta a Estepona (Màlaga), és també una pediatra molt activa a les diferents xarxes socials. Especialment interessada en temes d'al·lèrgia, vacunes i de nutrició infantil la major part de les seves entrades van en aquest sentit, fet que no impedeix



de poder trobar-hi altres consells interessants. Implicada en temes d'actualitat algunes de les seves entrades són el reflex de les seves opinions al respecte.

Pediatra de urgencias

Enllaç al bloc

Aquest bloc, de relativa recent creació, està encapçalat per **Miguel Ángel Delgado (@Pedia-Urgencias)** pediatre de la UCIP del Hospital La Paz. Atesa la seva feina quotidiana les entrades sobre urgències tenen una consideració espe-



cial i són les més abundants. Això no evita que la pediatria del dia a dia també hi tingui el seu espai. Les seves entrades són clares, concises, entenedores i ben documentades.

La otra consulta

Enllaç al bloc

Aquest bloc, d'un pediatre també, en **Guillermo Chaves (@gtchaves)**, no és una pàgina convencional sinó que respon al bolcat del contingut del correu electrònic que els hi remet cada setmana als seus pacients per a tenir-los assabentats de les darreres notícies i/o esdeveniments d'interès. Una fórmula que, segons confessa, li estalvia repetir un cop rere altre el mateix a la consulta.



Sens dubte un bon sistema a tenir en compte. A banda de trobar-hi bons consells per a la pediatria del dia a dia, hi tenim reflectida l'opinió personal del seu autor, en temes tan diversos com les polítiques de la infància o el sentit de la justícia... Feu-li un cop d'ull quan estigueu farts de ciència o tingueu ganes de plantejar-vos algunes coses

Boticaria García

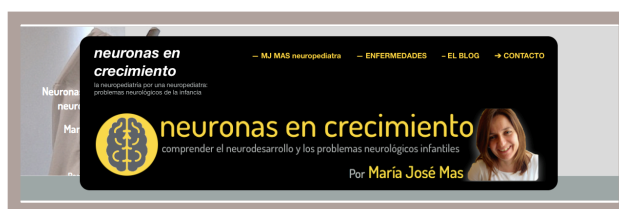


Enllaç al bloc

La “boticaria” més mediàtica del país, la **Marián García (@boticariagarcia)**, doctora en farmàcia i graduada en nutrició i dietètica humana, te bloc i és aquest. Amb una curiosa imatge i tirant del seu enginy a l'hora d'escriure l'omple de continguts de tota índole i el manté constantment actualitzat. Tant bones són les

entrades que hi fa com les puntuals respostes que hi dona als comentaris que s'hi plasmen. Especialment sensibilitzada en temes de vacunes i de nutrició no dubteu a plantejar-li qualsevol dubte que tingueu en l'àmbit legal relacionat amb la farmàcia perquè n'està sempre assabentada i actualitzada.

Neuronas en crecimiento



Enllaç al bloc

Aquest és el bloc de na **M^a José Mas**, neuropsiquiatra de Tarragona. La M^o José (@MasTwitts) és molt dinàmica en qualsevol xarxa social i més encara en emplenar la seva pàgina de consells que, sempre relacionats amb la seva especialitat, abasten molts més camps de la pediatria del que a priori es podria imaginar i a on sempre hi plasma la seva opinió personal fruit de

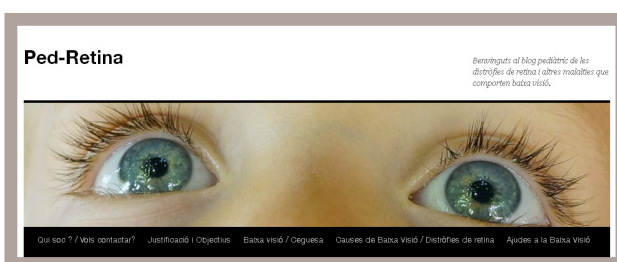
l'experiència i d'un aprenentatge constant. No tenen desperdici cap de les infografies que fa ni la senzillesa i claredat amb que aborda els temes més complexos del neurodesenvolupament. Sens dubte un bloc molt recomanable que te el seu propi compte de Twitter a **@NEC_blog**

Ped-Retina

Malalties Minoritàries. El per què del Registre de Pacients?

Margaret Creus. Pediatre CAP Agramunt

Enllaç al bloc



Les malalties minoritàries són un conjunt gran i variat de diferents tipus de trastorns que afecten a un petit nombre de persones. Són malalties cròniques i discapacitants, amb una elevada taxa de morbi-mortalitat i pràcticament sense possibilitats terapèutiques. Un dels portals més importants a nivell europeu, amb reconeixement de la Organització Mundial de la Salut, on es pot trobar informació sobre qualsevol malaltia minoritària és Orphanet.

Sovint aquestes malalties són poc conegudes, tant pels professionals de la salut com per la pròpia societat; és per aquest motiu que han anat sorgint iniciatives que pretenen contribuir a la millora del diagnòstic i atenció de les persones afectades.

1. <https://www.rarecommons.org/es/actualidad/enfermedad-condicion-stargatd-historia-diagnostico-normalizacion-enfermedad>.
2. <https://pedretina.wordpress.com>.

La Comissió Europea, en la Comunicació: «Les malalties rares: un repte per Europa» [COM (2008) 679 final] estableix l'estratègia comunitària en aquest camp, essent un dels punts fonamentals el millorar el reconeixement i la visibilitat d'aquestes malalties. La Recomanació del Consell (8 de juny 2009), relativa a una acció en l'àmbit de les malalties rares, encomana als Estats membres que garanteixin que aquestes patologies tinguin una codificació i traçabilitat apropiades en tots els sistemes d'informació sanitaris amb la finalitat d'afavorir un reconeixement adequat en els sistemes nacionals de salut i així contribuir activament al desenvolupament d'un inventari dinàmic de les malalties rares en la Unió Europea.

El Real Decret 1091/2015, del 4 de desembre, crea i regula el Registre Estatal de Malalties Rares (BOE, nº 307, Sec.I, pg 121965 – 70). El disposar d'aquest registre pot facilitar l'elaboració d'estudis epidemiològics sòlids que permetrien delinear la política sanitària més adequada al problema que es pretengui abordar, i resulta també imprescindible per a poder participar en les xarxes europees de recerca.

Per tant, el disposar de registres de pacients proporciona als professionals dels sistemes de salut, investigadors, col·lectius de pacients i familiars afectats d'alguna malaltia rara:

1. Un major coneixement relacionat amb el nombre i distribució geogràfica dels pacients,
2. Fomenta la recerca,
3. Incrementa la visibilitat de les diferents malalties,
4. Afavoreix la presa de decisions per una més adequada planificació sanitària i de distribució de recursos.

Fons:

1. http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_ciudadania/salut_az/m/malalties_minoritarias/
2. <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php>
3. <https://registroraras.isciii.es/Comun/Inicio.aspx>
4. <http://www.ciberer.es>



Entrevista a la Susana Domínguez, pediatra i autora del llibre "Què menjo i per què. Nou claus per a una alimentació familiar saludable"

Comunicació

HSJD

Ara fa més de 20 anys que la Susana Domínguez va fer el MIR de Pediatria a l'Hospital Sant Joan de Déu. Poc temps després va ocupar la seva plaça a un Centre d'Assistència Primària (al Prat de Llobregat) i després de tenir els seus dos fills, va començar a passar consulta també al centre Pediàtric de Can Mora, a Sant Cugat. Va cursar el Màster d'Homeopatia de la Universitat de Barcelona i ara publica el llibre "Què menjo i per què. Nou claus per a una alimentació familiar saludable".

Per què vas pensar que valia la pena escriure un llibre sobre una alimentació familiar saludable? Què aporta respecte a altres publicacions sobre aquesta temàtica?

- "Fonamentalment per omplir un buit en un aspecte important de la Salut Pública. En general, trobo a faltar en moltes famílies un criteri madur, acurat i actualitzat d'alimentació saludable. Això implica estar al corrent del que diu la ciència, ser més conscients de la veritable composició, propietats i disponibilitat dels aliments que el mercat ofereix als diferents sectors de la societat

Susana Domínguez Rovira

QUÈ COMO Y POR QUÉ

Nueve claves para una alimentación familiar saludable



Susana Domínguez Rovira es médico especialista en Pediatría y sus áreas específicas, formada en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, con veintidos años de experiencia. Cursó el doctorado con suficiencia investigadora y ha recibido la medalla de plata los dos últimos años en investigación bibliográfica. Máster en Homeopatía por la Universidad de Barcelona, desarrolla una especial motivación por la nutrición infantil. Ha asistido a numerosos cursos y congresos de nutrición y es autora de diversas publicaciones científicas.

Madre de dos adolescentes y amante de la gastronomía, local e intercultural, recibió también un premio de cocina de la Diputación de Barcelona.

Actualmente compagina su labor como pediatra en la asistencia pública primaria del Baix Llobregat con la sanidad privada en Sant Cugat del Vallès.

(amb possibilitats i necessitats diversos), i la seva gran heterogeneïtat pel que fa al grau de processament i, lògicament, fer-ne un maridatge escaient amb un estil de vida saludable.

No es tracta, per tant, de fer la competència a cap llibre de dietes ni de receptes, sinó de **transformar** la visió personal respecte d'un dels factors més importants en la salut de l'individu. I el que em sembla més interessant: he mirat de fer aquest apropament d'una forma esgraonada, pas a pas, amb recursos clars i estratègies senzilles.

S'ha estimat que el 35% de tots els càncers de la població general estan en relació amb factors alimentaris. Vol dir que podrien evitar-se introduint canvis a la dieta. D'altra banda, l'obesitat no és simplement un desequilibri entre la ingesta i la despesa calòrica sinó que és també una malaltia socioeconòmica que apareix amb força en sectors amb menys oportunitats de vida saludable, de cultura esportiva i sobretot, amb hàbits dietètics poc recomanables perquè prioritzen productes barats, carregats de sal, sucres

i greixos no saludables, energèticament densos i nutricionalment empobrits. En altres casos, el menjar preparat i els aliments precuinats es volen justificar per la comoditat i les presses. El que hem de perseguir es que menjar bé sigui més fàcil.

Per tant, no m'apunto a cap moda ni recepta màgica. L' objectiu és traslladar a la societat la necessitat d' assolir aquesta formació de manera pràctica i realista, aquest criteri que abans arribava de forma natural i directa a través de la família i sense altres alternatives que els frescos aliments estacionals i de proximitat".

És possible aconseguir una alimentació òptima quan els pares arriben tard de la feina i programen activitats de lleure tot el cap de setmana??

- "Els pares no ens hem d'angoixar en obtenir la maximització dels nostres recursos com si fóssim una empresa que cotitza a la borsa. Tal vegada, l'equilibri es troba en aprofitar el bo i millor que ens ofereix la nostra societat (horaris i activitats diversos, desplaçaments, varietat...) i acceptar l'altra cara de la moneda (com la contaminació que sabem que no podrem eliminar del tot, malgrat no podem defugir d'invertir-hi més i més esforços). El que plantejo és un enfoc responsable, sense una autoexigència obsessiva. Cal saber què fem i per què ho fem.

"Transmetre a les famílies la importància cabdal de l'educació alimentària és un valor d'imperiosa necessitat i un llegat preciós".

Susana Domínguez Rovira

Pediatra i escriptora



Dit això, "al darrera d'una alimentació saludable hi ha sempre un pensament saludable", i sobretot una bona organització i coordinació que cada família pot aprendre i practicar. Independentment del pressupost, n'hi ha que són hàbils distribuint el seu temps, altres són bons cuiners, o tenen ràpida capacitat o bona disposició al canvi. Vull dir que el més important és agafar consciència i després tenir voluntat per fer progressives adaptacions. A més, està ben estudiat que la conducta dels pares condiciona el risc d' obesitat dels fills (més alt quan la disciplina que s'imposa és excessivament estricta o massa permissiva). Són els fills dels pares que exerceixen una autoritat responsable (tendra però ferma, amb límits clars) els que tenen menor risc. En definitiva, és la suma de tots els canvis dietètics i un estil de vida coherent (dieta, exercici, descans...) el que reporta beneficis a la salut".

Quines conseqüències poden tenir en un nen uns mals hàbits alimentaris?

- “Els nens i nenes tenen avui en dia comportaments alimentaris molt capriciosos i individualistes. “Em ve de gust això, i m’ ho menjo aquí i ara”. A les llars, hi ha estudis que demostren que la majoria de les famílies al nostre país no planifica els seus àpats. Els resultats són fàcilment previsibles: la improvisació sense un criteri nutricional estable condueix a dietes inadequades, monòtones i desequilibrades, al sobrepès i l’obesitat, però també carencials pel que fa a determinats nutrients, com el Ferro i la vitamina D, o els omega 3.

A curt termini, l’ obesitat als infants té importants repercussions psicològiques i socials, insatisfacció i marginació. Però també físiques com les metabòliques (alteracions de la glucèmia, colesterol...) cardiovasculars o les immunològiques (l’obesitat comporta inflamació), ortopèdiques, respiratòries i dermatològiques...

A llarg termini, molts dels nens i adolescents obesos es convertiran en adults obesos (més com més grans siguin, i més si un o tots dos pares són obesos). A més els adults obesos que ja ho eren de petits presenten més complicacions, com la diabetis o les malalties cardiovasculars, amb tot l’empitjorament en la seva qualitat de vida i la despesa sanitària que això afegeix”.

Vas fer un màster sobre Homeopatia. Què en penses de la polèmica actual sobre l’Homeopatia com a medicina complementària?

- “Aquesta polèmica és antiga! l’homeopatia té una aproximació al malalt que està fora del paradigma científic per la dificultat intrínseca de demostrar l’eficàcia de cada remei específic en cada cas particular. És un tractament exquisidament contingent i en la majoria de casos adscrit a una revisió personal, o acompanyada, del procés d’ emmalaltir, que dóna lloc a una relació metge-pacient de confiança i compromís, que l’exclou de la reproductibilitat pròpia del mètode científic”.



V i n c l e s / a b r i l 2 0 1 5



Els membres del Comitè de Redacció desitgem que el contingut d'aquest **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

jserrat@hsjdbcn.org

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

Podeu trobar aquest exemplar de **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>

Comitè de redacció

• Josep Anton Serrano. Metge Pediatre ICS. • Manel Enrúbia. Director Centre d'Atenció Pediàtrica Integral de Barcelona Esquerra.
• Jordi Joan Fàbrega. Webmàster / Tècnic comunicació de l'HSJD. • Yolanda Fernández. Coordinadora Servei d'Urgències HSJD.
• Albert Moltó. Periodista. Cap de comunicació de l'HSJD. • Roser Hellín. Infermera APS-ICS. • Francisco Vicente Morales. Metge pediatre. Direcció Equip de Pediatría Alt Penedès. • Jordi Pou. Professor Titular i Coordinador Àrea Pediatría U.B. Coordinador Docent HSJD-AP. • Cèlia Pujol. Infermera. Direcció Equip de Pediatría Alt Penedès. • Glòria Rius. Cap Infermera Procés ambulatori HSJD. • Marisa Serra. Metgessa. Adjunta a la Direcció de Planificació de l'HSJD. • Josep Serrat. Metge MFIC. Adjunt a la Direcció Mèdica de l'HSJD. • Josep Lluís Vega. Metge cirurgià. Adjunt a la Direcció Mèdica de l'HSJD.

La informació relativa a aspectes diagnòstics i terapèutics que es publica a **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.