



Sumari

Editorial

Ja som a l'estiu...

2

Cas clínic:
manifestacions
cutànies de malalties
sistèmiques (III)

12

Estem actualitzant els
protocols de la pàgina
web de Vincles

27

HSJD, a prop teu

Unitat
multidisciplinària dels
trastorns de l'espectre
de l'autisme

4

La comunicació i
sobreprescripció
d'antibiòtics

14

Enterovirus

17

Nova consulta
d'oftalmogenètica per
atendre pacients amb
malalties minoritàries
amb afectació ocular

7

Zika, Dengue y
Chikungunya, virus
transmitidos por el
mismo mosquito ¿una
amenaza para viajar?

19

Beneficis de l'activitat
física en l'embaràs

8

Trimetilaminúria o
síndrome d'olor a peix

21

Modificació del
calendari vacunal

24

Coneixement

Sarcoïdosi

9

Nou a Vincles

Twitter
@SJD_VinclesAPS

26

Curs de protocols per
Atenció Primària 2015-16

26

Formació

Vídeos 5 minuts.
Cursos de l'Aula de
Pediatria HSJD.
Màster *child life*

28

Ciència i humanitat

CHILD LIFE: component
científic i humanitari
de la tasca

30

Blogosfera pediàtrica

Enllaços d'interès pels
equips de pediatria de
Primària

32

Posant en valor

Entrevista a Jordi Pou,
pediatre

35

Ja som a
l'estiu...

Comitè editorial
revista VINCLES



L'atenció pediàtrica al final de la primavera i a principis d'estiu ens acostuma a donar un respir als professionals, que hem hagut d'afrontar els pics de càrrega de treball dels mesos hivernals. Aquesta temporada, la **bronquiolitis**, intensa i molt concentrada, i la **grip** i altres **virus respiratoris**, amb una corba molt mantinguda i endarrerida en el temps, han saturat les sales d'espera (i l'hospitalització) durant moltes més setmanes del que és habitual.

Aquest, doncs, està essent un any diferent, que segueix mantenint la seva singularitat amb dues sorpreses addicionals. Efectivament, l'epidèmia d'enterovirus, habitual en el nostre entorn a l'estiu i tardor, amb un serotip molt lesiu a nivell neurològic, ha motivat un increment de casos ingressats i una alarma social que s'ha vist reflectida amb un increment notable de les urgències respecte a anys anteriors. Per un altre costat es preveu l'extensió de casos pel **Zika** i altres virus, des de l'ecosistema originari del vector, habitualment ubicat a països tropicals turístics (olímpics), cap a països del món occidental. Cal estar atents a aquests **fenòmens de globalització** i per aquest motiu VINCLES#16 ha volgut fer-se ressò d'aquesta inquietud.



En aquest número trobareu les seccions de sempre, amb temes que també són clàssics com la **resistència a antimicrobians** que comparteixen protagonisme amb altres propostes més específiques com la **trimetilaminúria**. Totes elles estan pensades per ser didàctiques, entretingudes i encarades a aportar coneixement.

Els aspectes més humanitaris els hem encarat a dues figures: la **Núria Serrallonga** ens explica el seu rol de *Child Life* dins l'HSJD, a mig camí entre el rol d'infermer, educador i psicòleg, que ajuda al nen/a i les famílies a comprendre i acceptar un procés assistencial feixuc i, finalment, l'apropament humà a una figura del món de la pediatria i un veritable Personatge -en majúscules- de la història i l'actualitat del nostre centre: el **Dr. Jordi Pou**.

Gaudiu del VINCLES#16 i de l'estiu !

Reorientació de la Unitat multidisciplinària dels trastorns de l'espectre de l'autisme

Maria Diez Juan

Coordinadora Clínica UnimTEA
Unitat Multidisciplinària dels Trastorns de l'Espectre de l'Autisme.
Àrea de Salut Mental HSJD

Els **trastorns de l'espectre de l'Autisme (TEA)** o l'autisme com s'entén col·loquialment, són **alteracions del neurodesenvolupament** que afecten l'àrea de la comunicació social, el llenguatge i l'existència de patrons de conducta rígids o més repetitius. Els signes d'alarma poden emergir durant els primers mesos de vida, sent detectables segons els estudis més actuals a partir dels 6 mesos i s'estableixen de manera crònica durant tota la vida amb diferents cursos evolutius que canvien de persona a persona, mostrant una elevada variabilitat en la simptomatologia. Els dèficits a nivell social, les dificultats d'aprenentatge i pel joc, els patrons de conductes repetitives i estereotipades i les alteracions en l'àmbit sensorial són trets definitoris dels TEA que interfereixen en la qualitat de vida del nen i posteriorment de l'adult, generant dificultats per gestionar les activitats de la vida diària. Els TEA es configuren com una manera diferent d'entendre el món, sobre tot des de la perspectiva social i sensorial.



Els TEA afecten 1 de cada 68 nens, sent la prevalença generalitzada i similar en els països en què s'han realitzat estudis epidemiològics. No existeixen dades específiques sobre la prevalença de l'autisme a Espanya o Catalunya. En tots els països en què s'han realitzat estudis epidemiològics es demostra un increment en la incidència i prevalença de l'autisme, relacionat entre altres factors, amb una millor detecció i diagnòstic.

L'evidència científica indica que entre els 6-18 mesos d'edat ja existeixen patrons de conducta de risc (senyals d'alarma) relacionats amb presentar autisme en un futur. La investigació s'està focalitzant en possibles marcadors biològics de risc que podrien detectar l'autisme en fases tan primerenques com els 6 mesos amb proves fàcils de realitzar i amb poc cost econòmic (ex. tècniques eyetracking).

Hi ha tractaments que s'han provat efectius per a l'autisme, sent vital per a un millor pronòstic del mateix el començar una intervenció precoç individualitzada quan s'identifiquen els primers



signes. Mitjançant una intervenció a la primera infància es minimitza l'impacte de les alteracions de desenvolupament que afecten a les connexions cerebrals que configuren els símptomes complexes de l'autisme. La implementació de programes de tractament basats en la conducta social i l'atenció conjunta a través del joc i en entorns naturals i amb evidència científica, està íntimament lligada a una millor evolució del trastorn, a un major grau d'autonomia i la necessitat de menys recursos al llarg de la vida de la persona amb autisme. En aquest sentit el pediatre té un paper clau en la detecció dels casos i, per un altre costat, es constata que hi ha hagut un esforç de formació de tots els equips que atenen a infants de 0-5 anys per unificar els procediments diagnòstics i d'intervenció a la xarxa pública. Posteriorment, els nens, adolescents i adults amb característiques dins de l'espectre de l'autisme, precisaran d'entorns escolars, acadèmics, universitaris i laborals comprensius amb les seves necessitats i diferències individuals. L'acompanyament de les persones amb autisme no acaba

a la infància, sinó que serà important prolongar estratègies d'intervenció personal i social que proporcionin un suport constant en totes les àrees vitals: relacions interpersonals, educació sexual, gestió de les emocions, reconducció de situacions problemàtiques (ex. bullying), oci i temps lliure, entorns grupals, vida independent i contribució a la comunitat, entre d'altres.

La Unitat multidisciplinària TEA, HSJD (UnimTEA)

Posada en marxa de fa anys i composta per facultatius del Servei de Salut mental i de Neurologia, aquesta unitat ha viscut diferents etapes en funció de les necessitats clíniques de cada moment. En l'actualitat, l'escassetat de dispositius d'expertesa similars per l'àmbit pediàtric, la sensibilització de la comunitat de famílies i l'interès social i professional per les condicions dels TEA ha fet incrementar les derivacions hospitalàries a nivells no sostenibles. Això ha motivat la necessitat de reorientar el seu enfocament assistencial, concentrant la major part dels recursos a fer un diagnòstic acurat alineat amb la millor evidència, emetent un informe detallat per cada pacient, que inclogui recomanacions terapèutiques, reservant els aspectes terapèutics només pel seguiment clínic de casos de major complexitat, incloent hospitalització quan calgui. El procediment diagnòstic actual ha de ser necessàriament interdisciplinari i requereix una dedicació d'entre 6-8 hores per cada cas.

Aquest nou enfocament requereix la col·laboració ineludible dels dispositius comunitaris existents (especialment CDIAP i CSMIJ) en dos grans reptes:

1. Despistatge acurat de casos abans de ser derivats, per tal d'evitar procediments diagnòstics a nens/nes de baix nivell de sospita.
2. Assumir tant com sigui possible l'atenció terapèutica dels casos diagnosticats de mitja-baixa complexitat.



Per tot plegat, i per tal de fer un adequat cribratge de les derivacions i poder prioritzar la nostra atenció cap aquells casos més necessitats, us volem adreçar aquestes recomanacions:

- **Pacients ja diagnosticats:** recomanem seguiment en el centre comunitari de referència (CSMIJ, CDIAP.....). Només seria candidat a derivació aquell cas en que sigui necessària una segona opinió o per una demanda molt específica (desajust acadèmic, emocional, conductual o farmacològic)
- **Casos de nou diagnòstic:** us demanaríem que abans de fer la derivació s'hagi realitzat una valoració específica que objectivi la sospita diagnòstica i pugui orientar sobre la prioritat d'atenció. Idealment el full de derivació hauria d'incloure la següent informació:

- » Breu història d'antecedents familiars.
- » Breu història d'antecedents personals.
- » Historial farmacològic.
- » Prescripció actual.
- » Motiu de la derivació.
- » Prova adequada a l'edat de desenvolupament (p.e. Bayley), capacitat (p.e. Escala Wechsler) i/o conducta adaptativa (p.e. Escala Vineland) .
- » Altres proves a criteri del professional derivador (p.e. ADIR, ADOS).

L'Hospital Sant Joan de Déu té l'interès en potenciar aquest àmbit assistencial en el futur amb la posada en marxa de línies d'intervenció específiques i projectes d'investigació. Quan això sigui factible realitzarem la difusió de la nova oferta a tota la xarxa de referència

Nova consulta d'oftalmogenètica per atendre pacients amb malalties minoritàries amb afectació ocular

Servei de Comunicació
HSJD



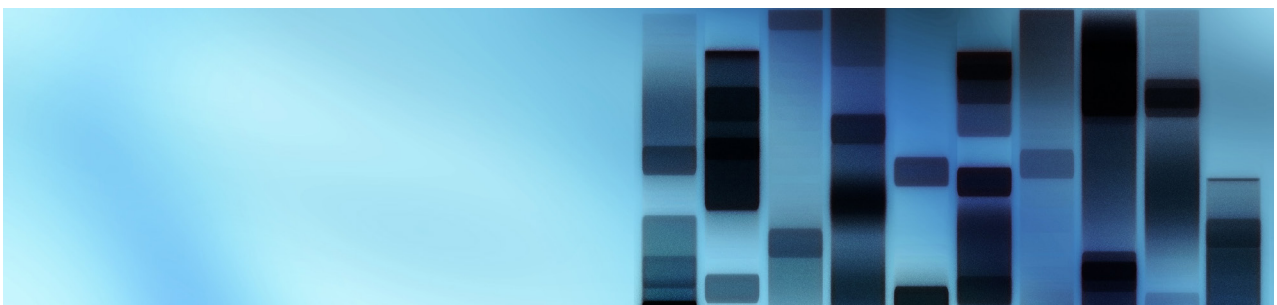
L'Hospital ha creat recentment una **consulta multidisciplinar d'oftalmogenètica** per al diagnòstic i seguiment de pacients amb malalties minoritàries que es manifesten, entre d'altres maneres, amb problemes oculars. En aquesta consulta els pacients seran avaluats en profunditat i valorats conjuntament per un oftalmòleg, un genetista, una neuropediatra i un pediatre. Amb aquesta iniciativa es pretén **millorar la capacitat diagnòstica en malalties minoritàries** sumant l'experiència de diferents especialistes.

És la **primera vegada a Espanya** que un servei d'oftalmologia incorpora al seu equip un genetista amb l'objectiu d'impulsar i aprofundir en l'estudi genètic d'aquests pacients, fet que ha de

permetre, a més d'ajustar el diagnòstic, avançar en el coneixement d'aquestes malalties i oferir consell genètic a les famílies.

Els professionals d'aquesta consulta multidisciplinària disposaran d'una **plataforma on line** que els donarà pautes sobre les proves genètiques més adequades davant la sospita d'un diagnòstic determinat.

Al voltant d'un **15%** de les malalties oculars tenen un **component genètic**. En el cas dels pacients que són tractats a l'Hospital Sant Joan de Déu, més de la meitat són infants que pateixen altres patologies amb repercussió ocular i d'ells, un 40% són genètiques



Beneficis de l'activitat física en l'embaràs.

A Espanya només el 32% de les gestants fan l'activitat mínima recomanada

Servei de Comunicació
HSJD

Practicar **activitat física durant l'embaràs** és beneficiós. Redueix el risc de complicacions i patologies durant aquest període, el part i post-part com és el dolor lumbar, la preeclàmpsia, la diabetis gestacional, el sobrepès o les alteracions venoses... I malgrat això, moltes dones no practiquen cap esport. S'estima que a Espanya només el **32%** de les embarassades realitzen l'activitat física mínima recomanada.

En un **programa d'exercici per a embarassades** s'ha de treballar des de la globalitat i l'activitat ha d'estar en consonància amb els hàbits esportius previs de la dona. Alguns consells:

- Els exercicis de tipus aeròbic, com caminar, fer bicicleta estàtica o natació, **són molt recomanables**. També ho són els exercicis de flexibilitat i força.
- Existeixen alguns **exercicis que no s'ha de practicar durant la gestació**, com els que presenten risc de caiguda (ciclisme, hípica o esquí), els de contacte en els que es poden rebre cops (com el futbol, bàsquet o les arts marcials).



- Les dones que fan running habitualment no tenen per què deixar-ho si no existeixen altres problemes. Però si no en feien abans, no és recomanable que comencin a fer-ne durant l'embaràs.
- En tot cas, en arribar al setè mes, el més sensat és optar per caminar amb pals en lloc de córrer i combinar el passeig amb altres exercicis més suaus, com natació, ioga o pilates.

Recentment, l'Hospital ha creat una **unitat de Medicina de l'Esport** que ofereix un **servei privat d'assessorament personalitzat** a embarassades entenent que la prescripció d'activitat física ha de ser diferent per a cada dona. Per completar l'assessorament, la unitat organitza **tallers personalitzats per a embarassades** on les dones poden practicar activitat física sota la supervisió de professionals sanitaris.

Sarcoïdosi

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.

Sarcoïdosi

Aquesta **malaltia granulomatosa multisistèmica** és excepcional, encara que possible, a l'edat pediàtrica, en que s'accepta una prevalença en menors de 15 anys de 2-4 per milió. A partir dels 20 anys d'edat, augmenta la seva incidència, mostrant a les hores un cert predomini pel sexe femení. Atès que la hipòtesi etiopatogènica és una resposta anormal de la immunitat, es classifica conjuntament amb altres **immunopaties**. Heerfordt va descriure com febre uveoparotídia la triada d'uveïtis, parotiditis i febre.

Etiopatogènia

En general és un **procés esporàdic**, tot i que existeix una forma d'**herència AD**, de presentació familiar i d'aparició precoç (*Blau syndrome*)

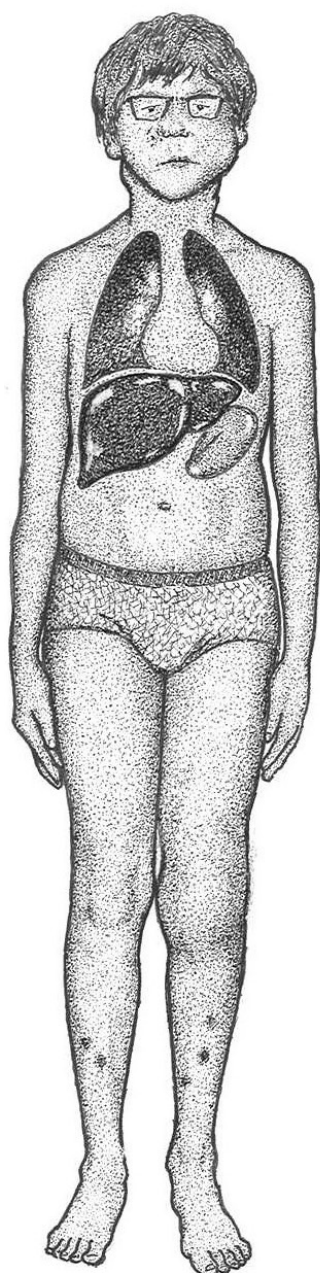
per mutació del gen CARD15/NOD2, localitzat al cromosoma 16. El mecanisme patogènic seria una **anormal reacció immunitària** amb resposta exagerada als estímuls antigènics, afavorida per una predisposició connatal o adquirida. El resultat és una acumulació en els òrgans afectats de cèl·lules inflamatòries, com **limfòcits T** i **macròfags**, mentre que l'estudi hematològic mostra un dèficit d'immunitat cel·lular i una hiperactivitat dels limfòcits B amb la consegüent hipergammaglobulinèmia. El **granuloma** característic de la malaltia es produiria per la transformació de les cèl·lules inflamatòries esmentades en gegants multi nucleades i epitelioides, evidents en el nucli granulomatós.

Simptomatologia

En pediatria hi ha dues formes de presentació: una aguda i precoç, en menors de 4 anys, amb aparició ràpida d'artritis, uveïtis i exantema. Una altra d'aparició més tardana i lenta, similar a la del jove i adult. Pel predomini de símptomes, el quadre clínic de major incidència és la forma

pulmonar, amb la dada més rellevant d'adenopaties a l'hili. Amb menor freqüència es pot tractar d'una sèrie de pneumopaties semblants

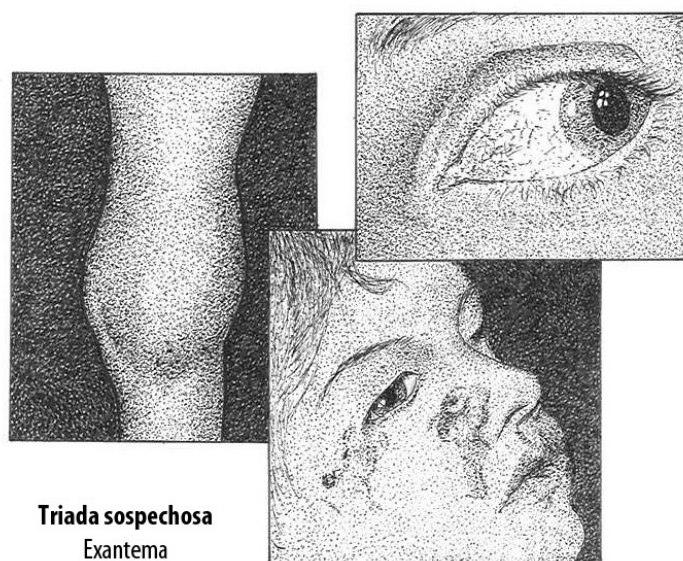
a la tuberculosi miliar i, més rarament, pneumotòrax espontani.



- Uveitis**
- Parotiditis**
- Adenopaties**
- Adenopaties hiliares**
- Hepatoesplenomegalia**
- Alteraciones endocrinológicas**
- Artritis**
- Lesiones cutáneas**



Síndrome de Heerfordt
Uveitis
Parotiditis
Fiebre
Parálisis facial (5 %)



Triada sospechosa
Exantema
Uveitis
Artritis



VSG augmentada
Linfopenia
Eosinofilia (posible)
Hipercalcemia
Hipergammaglobulinèmia
ECA augmentada

S. Moscoso

Altres manifestacions en ordre de freqüència són: sarcoïdosi cutània amb eritema nodós, pàpules, lesions lupoides o psoriasiformes. Alteracions oculars (uveïtis), salivals: inflamació de paròtides, síndrome de Heerfordt amb associació d'uveïtis, parotiditis i paràlisi facial (aquesta en el 5% dels pacients). Adenopaties perifèriques amb predomini en el coll. Lesions esquelètiques del tipus artritis, quists ossis, més en els ossos petits de mans i peus, o miopatia. Quadres endocrinològics amb manifestacions pròpies de la lesió d'hipòfisi, tiroides, paratiroides, càpsules suprarenals, testicles.

Manifestacions molt més rares inclouen des de la disfonia o hipoacúsia fins la cardiopatia, hidrocefàlia o insuficiència renal, generalment acompanyant a nefrolitiasi o nefrocalcinosi, a la seva vegada associades amb hipercalciúria o hipercalcèmia.

Pronòstic

Es considera **“reservat”** atès que hi ha casos de sarcoïdosi amb regressió espontània enfront a d'altres amb dany orgànic progressiu, com pot ocórrer amb la pneumopatia causant de fibrosi pulmonar i cor pulmonale.

Diagnòstic

Es confirma per la demostració a la biòpsia dels granulomes no caseïficans. El test cutani amb material de teixit de sarcoïdosi (Kveim-Siltzbach) s'usa poc. Clínicament, algunes associacions simptomatològiques són orientatives, com “uveïtis, febre i tumefacció parotídia” (síndrome de Heerfordt), o bé “exantema, artritis i uveïtis”, però no falten els casos oligosimptomàtics o silencis. A l'examen clínic es prestarà especial atenció a la valoració d'adenopaties, exploració ocular (completar amb làmpada de fenedura), auscultació de tòrax i palpació d'abdomen (freqüent hepatomegàlia i, encara més, es-

plenomegàlia). La radiologia de tòrax mostra alteracions en el 90% dels pacients, essent convenient la radiografia de les mans per a detectar les citades alteracions òssies, més rares en vèrtebres i crani. A l'hemograma hi ha eosinofília possible, limfopènia i augment de la VSG. Una dada analítica curiosa és la hipercalcèmia relacionada amb la producció de metabòlits de la vitamina D en els granulomes sarcoïdals. També és freqüent la hipergammaglobulinèmia i l'elevació de l'ECA, l'enzim convertidor de l'angiotensina, interessant, tanmateix, per a seguir l'evolució.

El diagnòstic diferencial és ampli, atès el polimorfisme clínic, que pot plantejar la fàcil confusió amb adenopaties d'etiologia diversa, tuberculosi, altres infeccions respiratòries cròniques i malalties reumàtiques, apart la patologia de cada òrgan implicat.

Profilaxi

Diagnòstic primerenc, a partir de la sospita clínica. Examen oftalmològic periòdic en els pacients i en els sospitosos d'esser-ho.

Terapèutica

Està indicada la **corticoteràpia** a la dosi habitual d'1-2mg/Kgr/dia en els pacients afectes de malaltia pulmonar progressiva, hiperesplenisme, lesions cutànies extenses o deformants, uveïtis, hipercalcèmia rebel i afectació cardíaca o nerviosa. Acosta a ser necessari mantenir els corticoides durant 6 mesos, disminuint la dosi si hi ha milloria. En cas contrari es pot associar un immunosupressor com el metotrexat.

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

Cas clínic. Taller de casos

Manifestacions cutànies de
malalties sistèmiques (III)

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 3a part que ja vam iniciar el passat número.



Cas clínic 8:

Nen de 8 anys que presenta aquestes lesions cutànies de llarga evolució.

Com es veu a la fotografia, presenta taques color "café amb llet" per tot el cos, moltes d'elles > 5 mm.

- **Pregunta 8.** Quin diagnòstic esteu pensant com més probable?

[veure solució]



Cas clínic 9:

Pacient de 9 anys...:

- Epilèptica.
- Retràs cognitiu.
- Lesions cutànies d'aparició progressiva.

Les lesions cutànies són màcules acròmiques o hipomelanòtiques, de distribució generalitzada.

- **Pregunta 9.** En quin diagnòstic esteu pensant com més probable?

[veure solució]

Cas clínic 10

Pacient de 10 anys, derivada pel seu pediatre per:

- **Dermatitis de tòrpida evolució, resistent a qualsevol tractament tòpic.**
- **Prurit intens.**

Les lesions consisteixen en pàpules eritematoses agrupades pruriginoses que fan petites vesícules que s'eczematitzen .

- **Pregunta 10.** En quin diagnòstic esteu pensant com més probable?

[veure solució]



Cas clínic 11

Adolescent de 15 anys...:

- **Diarrea**, dolor abdominal i episodis febrils de 3 setmanes d'evolució.
- **Analítica**: marcadors inflamatoris elevats.
- **Colonoscòpia**: troballes compatibles amb malaltia de Crohn.

Acut per aparició de lesions eritematoses, enduredes, mal delimitades i doloroses en zona pretibial d'ambdues extremitats inferiors.

- **Pregunta 11.** En quin diagnòstic esteu pensant com més probable?

[veure solució]

Cas clínic 12

Pacient d'11 anys, afecta de Diabetis mellitus tipus 1 de 3 anys d'evolució, amb mal control de la seva malaltia de base que acut per l'aparició d'unes lesions cutànies a extremitats inferiors.

- **Pregunta 12.** En quin diagnòstic esteu pensant com més probable?

[veure solució]



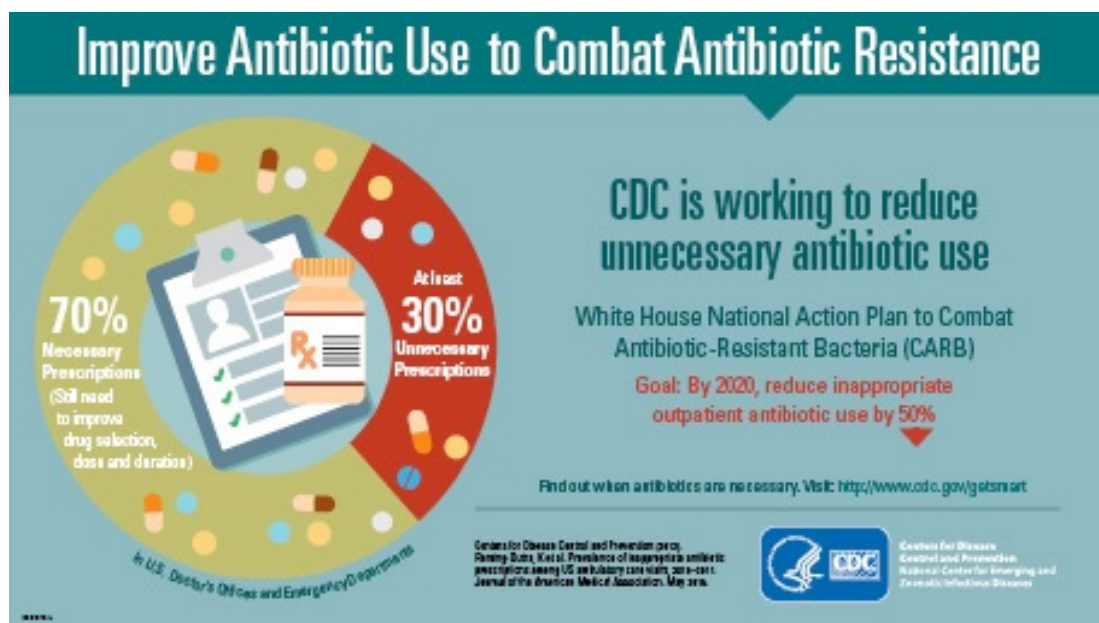
La comunicació i sobreprescripció d'antibiòtics

Pepe Serrano Marchuet

Pediatre. Equip Territorial de Pediatria
Alt Penedès/Garraf.

El passat tres de maig, els CDC, en col·laboració amb una taula d'experts i el **Pew Charitable Trusts**, una ONG d'Estats Units amb gran influència, entre d'altres, en temes de salut, van publicar una anàlisi al Journal of the American Medical Association (**JAMA**), en la que sota el títol de **Prevalence of Inappropriate Antibiotic Prescriptions Among US Ambulatory Care Visits**,

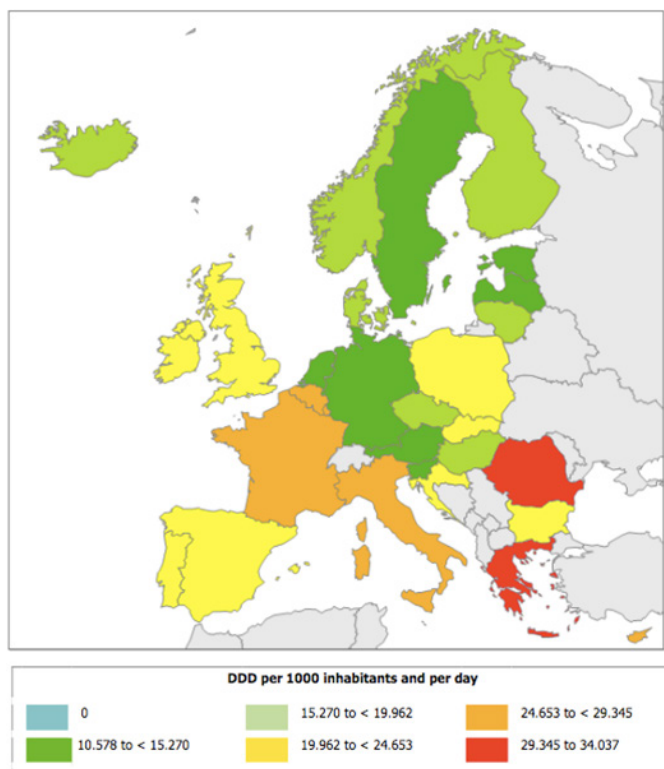
2010-2011 després d'estudiar més de 182.000 visites -de les que en un 12,6% en va resultar una prescripció d'antibiòtics- es fa palès que en el 30 per cent d'aquestes prescripcions en consultes d'atenció primària, consultes d'hospitals i serveis d'urgències l'ús d'antimicrobians era innecessària - el que significa que no calia haver-los receptat.



Molts d'aquests antibiòtics innecessaris van ser prescrits per a patologies respiratòries agudes, incloent-hi el refredat comú, la bronquitis aguda i la faringitis vírica. Aquesta estimació de la utilització innecessària no ha tingut en compte l'ús addicional inadequat d'antibiòtic derivat de la selecció d'un antibiòtic equivocat o de la prescripció equivocada de la dosi o de la durada, el que significa que l'ús inadequat total és, probablement, encara més gran.

I si aquestes xifres estan d'actualitat per ser les darreres que s'han fet públiques als EEUU al nostre país les xifres no són gaire més esperançadores.

Fig.1 Prescripció d'antibiòtics sistèmics a atenció primària a Europa mesurada en DDO per mil habitants i per dia. *Font ECDC website.*



Aquesta ingent quantitat d'ús innecessari d'antibiòtics és persistent en el temps malgrat anys d'advertències sobre l'augment de la resistència

a antibiòtics, l'aparició dels anomenats "superbacteris", i la crida a usar els antibiòtics adequadament.

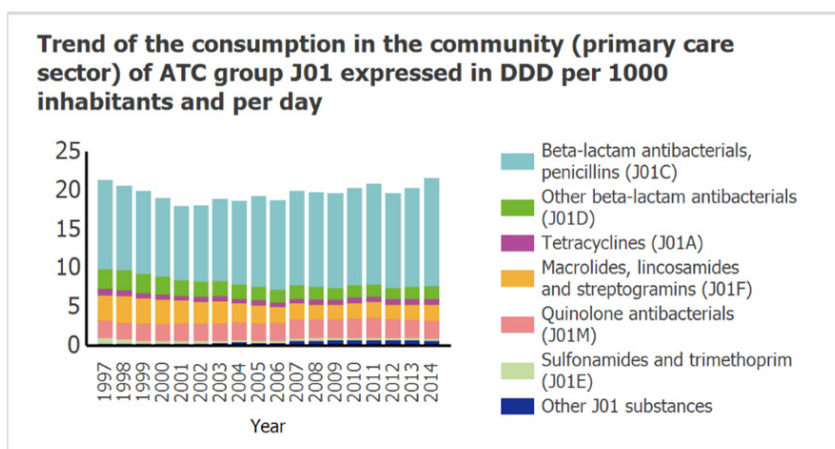
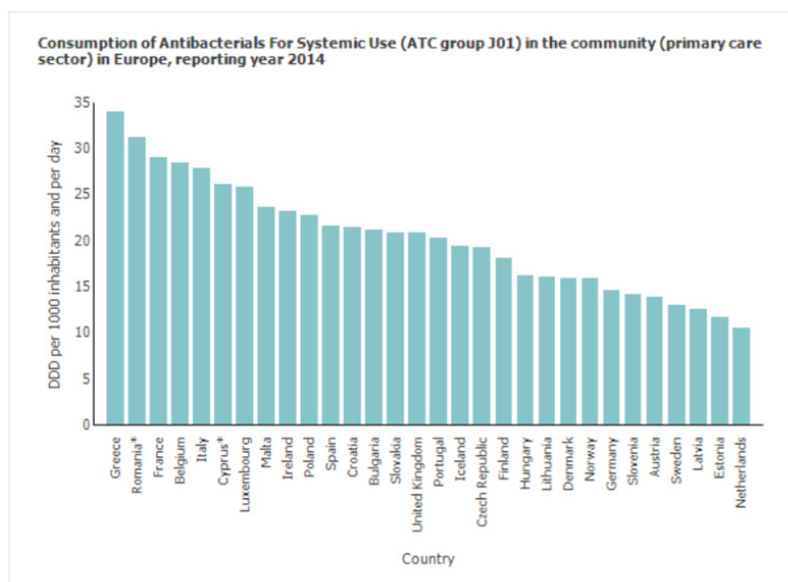


Fig.2 Tendència de la prescripció d'antibiòtics sistèmics a atenció primària a Espanya mesurada en DDO per mil habitants i per dia. *Font ECDC website.*

Fig.3 Consum comparatiu d'antibiòtics a l'atenció primària a Europa a l'any 2014. *Font ECDC website.*



Millorar l'ús d'antibiòtics per combatre la resistència als antibiòtics

Tot i això, com és que els metges seguim recomanant l'ús d'antibiòtics quan no són necessaris? En la majoria dels casos no és perquè no sabem quan hem d'emprar-los. La majoria dels metges saben que el refredat comú, la faringitis vírica i la bronquitis aguda no necessiten antibiòtics. Massa sovint els metges es preocupen per la satisfacció del pacient. Sovint creiem percebre que els nostres pacients volen antibiòtics, i volem que estiguin satisfets amb la nostra tasca, això, de vegades, ens porta a prescriure quan no ho hauríem de fer.

Però, realment els pacients i les seves famílies volen antibiòtics? De vegades ho fan perquè pensen que els serà bo per a anar més ràpid, però moltes vegades els pacients no esperen de nosaltres que els hi repletem antibiòtics, però no ens ho fan saber. Qualsevol que siguin les seves expectatives, la majoria dels nostres pacients confien en nosaltres per a fer el diagnòstic correcte i recomanar-los el tractament adequat: antibiòtics quan calen i sense antibiòtics quan no es necessiten. Cal emprar el temps necessari per a educar-los i explicar-los que prendre antibiòtics quan no són necessaris els posa en un risc evitable de reaccions al·lèrgiques o diarrees, en ocasions fins i tot mortals, com pot succeir amb el *Clostridium difficile*.

El que la majoria dels nostres pacients realment volen i esperen de nosaltres és una comunicació fluida i entenedora. Fins i tot la majoria dels pacients que esperen antibiòtics quedaran satisfets si som capaços de comunicar amb eficàcia les respostes a aquestes preguntes:

- Com podem saber si es necessiten antibiòtics o no? Què és el que en traiem d'una consulta que ens ajuda a prendre la nostra decisió?
- Quan poden esperar per a obtenir una milloria?
- Mentrestant, què poden fer per sentir-se millor?
- Quan han de tornar si no milloren o empitjoren?

Aquestes respostes els hi donarà la confiança necessària per avantposar els nostres consells als seus prejudicis sobre el tractament.

La comunicació pot ajudar a proporcionar una atenció de qualitat als nostres pacients: fer el diagnòstic correcte, recomanar els tractaments adequats, protegir als nostres pacients dels danys dels tractaments innecessaris, i ajudar-los a sentir-se millor. En fer-ho, podem treballar per eliminar l'ús innecessari d'antibiòtics i combatre la resistència als antibiòtics que és una amenaça per a tots els nostres pacients.

No deixem que una de les millors eines de les que disposem mori fruit del seu propi èxit

Per a saber-ne més:

- [Prevalence of Inappropriate Antibiotic Prescriptions Among US Ambulatory Care Visits, 2010-2011.](#)
- [CDC: 1 in 3 antibiotic prescriptions unnecessary.](#)
- [Antibiotic Use in Outpatient Settings.](#)
- [Protecting the Health of Americans by Improving the Use of Antibiotics.](#)
- [Get Smart: Know When Antibiotics Work.](#)
- [Antimicrobial consumption interactive database \(ES-AC-Net\) - Dels ECDC.](#)
- [Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de la resistencia a los antibióticos.](#)

Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de la resistencia a los antibióticos

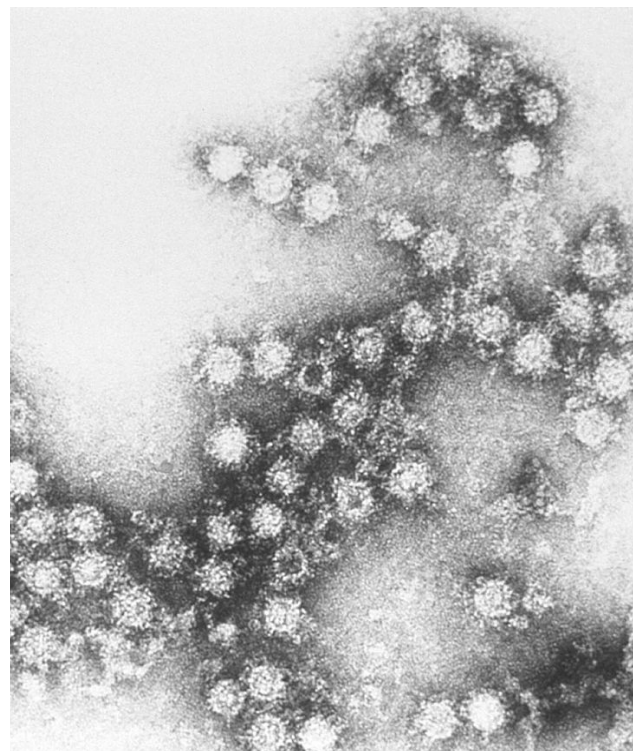
I. Vigilancia del consumo y de la resistencia a los antibióticos	II. Controlar las resistencias bacterianas	III. Identificar e impulsar medidas alternativas y/o complementarias de prevención y tratamiento
IV. Definir las prioridades en materia de investigación	V. Formación e información a los profesionales sanitarios	VI. Comunicación y sensibilización de la población en su conjunto y de subgrupos de población

Enterovirus

Clàudia Fortuny Guasch

Pediatra HSJD

Malalties Infeccioses



Domini públic, Wikimedia.

Durant les darreres setmanes ha estat confirmat un brot de infecció per enterovirus al nostre medi. Durant aquest brot epidèmic alguns nens afectats han presentat complicacions neurològiques que han alertat tant als responsables de salut com a la població.

Els enterovirus són un gènere de virus, que inclouen més de 100 serotips diferents, responsables de diversos quadres clínics que afecten més freqüentment als nens i joves, que als adults. Moltes de les infeccions són asimptomàtiques, i quan es manifesten, preferentment produeixen quadres lleus i autolimitats.

Les infeccions per enterovirus tenen una distribució mundial i, en el nostre entorn, predominen durant l'estiu i la tardor. Es transmeten fonamentalment per via fecal-oral i respiratòria, essent també possible a través d'objectes contaminats amb aquestes secrecions. Totes les persones infectades, tot i que siguin asimptomàtiques excreten el virus.

L'enterovirus identificat amb major freqüència en els pacients amb quadres neurològics en l'actual brot ha estat el enterovirus A71. Durant els darrers anys, diversos països (Australia, Xina i d'altres) han detectat un augment d'aquest serotip associat amb quadres neurològics greus. Tanmateix com els altres enterovirus, afecta predominantment a menors de 5 anys, i la majoria dels infectats són asimptomàtics (70%).

Els pacients simptomàtics presenten les primeres manifestacions, després d'un període d'incubació curt entre 2 i 5 dies, en alguns casos fins a 12 dies. La majoria tenen febre i malestar general, vòmits, deposicions diarreïques i alguns d'ells el quadre s'acompanya de lesions papulars i/o vesícules a mans, peus, natges i aftes a boca (Síndrome boca-ma-peu).

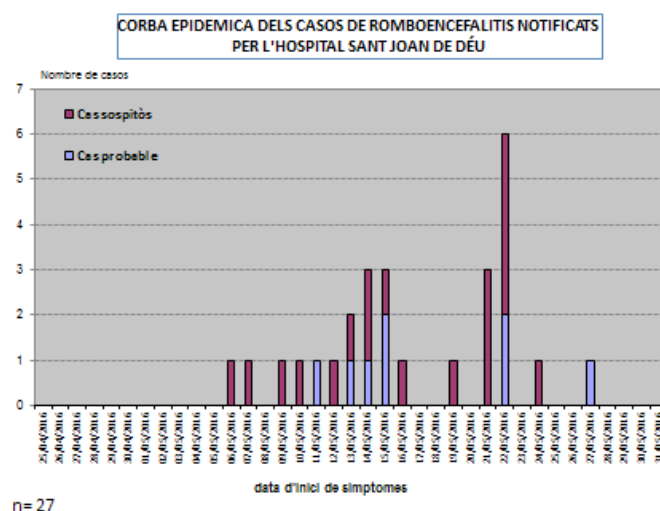
En relació a la clínica neurològica el quadre més característic ha estat el de romboencefalitis, i els més greus s'han associat a mielitis o paràlisi flàccida. El quadre clínic de romboencefalitis es classifica en tres estadis segons la seva simptomatologia i gravetat:

- **Estadi I:** pacient que presenta 2 o més dels símptomes següents: **tremolors, mioclònies, somnolència significativa, atàxia lleu.**
 - **Estadi II:** pacient que presenta els símptomes especificats en l'estadi I amb **atàxia evident o signes d'afectació de motoneurona bulbar:** disàrtria, disfàgia, baveig, abolició del reflex nauseós, apnees o alteracions del ritme respiratori. En aquest estadi cal practicar **RM crànio-espinal.**
 - **Estadi III:** afectació de motoneurona bulbar amb fallida cardiorespiratòria neurogènica.
- El quadre clínic de mielitis es defineix com la presentació de parèsia/paràlisi flàccida en una o més extremitats. En aquest cas també s'ha de fer una RM.
- Segons la clínica presentada, la imatge observada a la RM i la identificació del enterovirus, els casos es classificaran de la forma següent:
- **Cas clínic:** pacient que presenta símptomes de romboencefalitis o mielitis segons les descripcions clíniques anteriors
 - **Cas probable:** pacient pediàtric amb quadre neurològic agut consistent en simptomatologia de romboencefalitis o paràlisi flàccida aguda, amb alteració de la ressonància magnètica.
 - **Cas confirmat:** cas probable (cas clínic amb alteració de la RM) en el qual s'identifica enterovirus en al menys una de les mostres analitzades

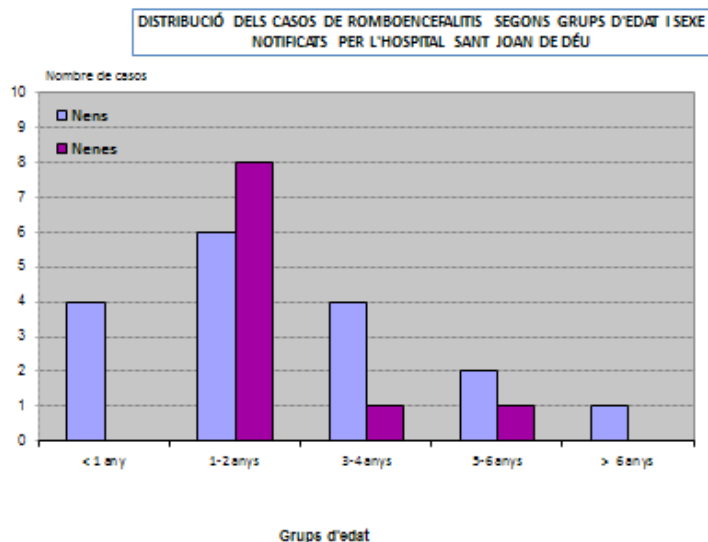
El tractament amb els casos clínics amb simptomatologia evident (Estadi II, Estadi II i mielitis), està aconsellat el tractament amb dosis elevades de immunoglobulines polivalent, i en alguns casos en els que la RM evidencia necrosis s'han indicat bolus de corticoides. La majoria dels nens afectats presenten una evolució favorable, en els dies següents, i durant el seguiment post-alta, els nens controlats han normalitzat l'exploració clínica.

Fins ara han estat declarats quasi 100 casos de pacients pediàtrics, quasi tots menors de 5 anys essent la franja d'edat més comuna de 1 a 2 anys. **Veure Gràfica 1 i 2.**

Gràfica 1



Gràfica 2

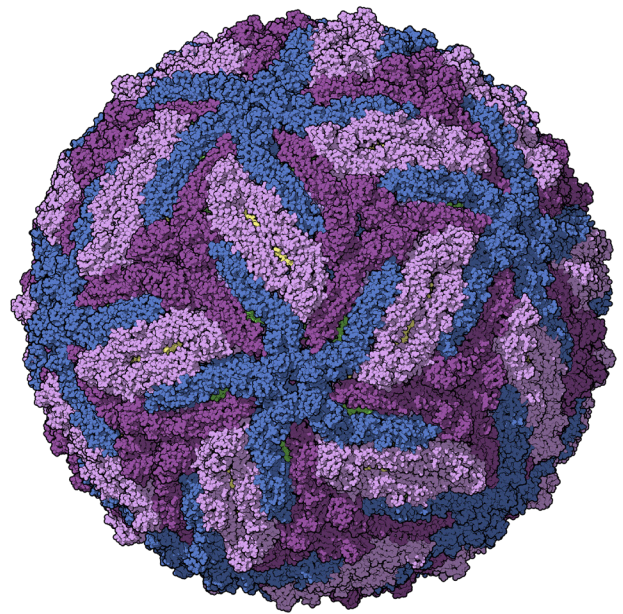


Zika, Dengue y Chikungunya, virus transmitidos por el mismo mosquito ¿una amenaza para viajar?

Dra. Vicki Fumadó.

Malalties tropicals.

Servei Pediatria HSJD



By Manuel Almagro Rivas - Own work, CC BY-SA 4.0.

Llega el verano y con él las vacaciones. Muchos de nosotros aprovechamos la ocasión para conocer otros países y otras culturas. En los últimos meses hemos oído más que nunca hablar de virus, que se transmiten por mosquitos, y que podemos contraer viajando a países templados. Me refiero al Zika, al Dengue y al Chikungunya.

¿Qué tienen estos virus de común y de diferente entre ellos?

El Zika, el Dengue y el Chikungunya se transmiten por el mismo mosquito el *Aedes aegypti* y comparten muchos síntomas.

El **Zika**, con la excepción de las mujeres embarazadas, no presenta un riesgo significativo para la salud, siendo éste muy bajo si lo comparamos con el Dengue u otras enfermedades tropicales como la fiebre amarilla o la malaria. Su periodo de incubación es de 3 a 12 días, y su duración de 4 a 10 días. Sólo uno de cada cuatro o cinco personas infectadas con el virus Zika va a desarrollar síntomas, que son leves (erupción cutánea, fiebre, dolor retro-ocular) y autolimitados. Se han descritos algunos casos

en que se ha desarrollado un síndrome transitorio neurológico (síndrome de Guillain-Barré) aunque esto parece ocurrir con una frecuencia extremadamente baja. La principal amenaza del virus de Zika afecta a las mujeres embarazadas, cuyo feto puede sufrir malformaciones neurológicas, incluyendo microcefalia, si el virus llega a atravesar la placenta. Por lo que las mujeres embarazadas deben evitar viajar a zonas endémicas. En caso de que no puedan evitar el viaje, sí deben evitar las picaduras de mosquitos tanto como sea posible.

El **Dengue** tiene un periodo de incubación de 4 a 10 días y una duración de 2 a 7 días. Es potencialmente mortal. Los tres virus cursan con fiebre, los tres pueden causar un exantema cutáneo, pero en el Dengue la fiebre será alta, con vómitos fatiga y posibles hemorragias.

En el **Chikungunya** la fiebre y el exantema son comunes, pero se caracteriza por dolores musculares y articulares que, sobre todo en las personas mayores, se pueden prolongar durante meses y causar discapacidad.

Actualmente, no existe una vacuna aprobada para el virus Zika, ni para Dengue ni Chikungunya. Sin embargo, es importante realizar un consejo previo al viaje para estar bien informado de los riesgos y medidas a utilizar para evitar el contagio.

En relación con las enfermedades transmitidas por mosquitos, dependiendo del itinerario, nos podemos **vacunar** contra la fiebre amarilla y tomar profilaxis contra la malaria.

Asimismo, para **evitar picaduras** es importante llevar ropa cómoda, con fibras naturales y colores claros (los mosquitos se sienten más atraídos por las fibras sintéticas y los colores oscuros que atrapan el calor). El mosquito *Aedes aegypti* pica principalmente durante el día y al aire libre, por lo que es importante cubrir la mayor parte del cuerpo con pantalón largo, camisas de manga larga, calcetines y zapatos cerrados.

En el **botiquín** debemos llevar: protección solar, repelente de insectos certificado para las regiones tropicales, medicamentos antitérmicos, antidiarreicos, termómetro y crema calmante para las picaduras de insectos.

Para evitar las picaduras de mosquitos, es útil el uso de **repelente de insectos**. Además del Zika, previene de otras enfermedades como el Dengue, el Chikungunya, la Malaria y Fiebre Amarilla, que también son transmitidas por mosquitos. Un buen repelente de insectos debe contener DEET (entre el 20 y el 50%),

icaridin (más del 20%), **IR3535** (más del 20%) o **citrodiol** (que protege durante períodos más cortos de tiempo), y debe aplicarse en toda la piel expuesta. Si se aplica protección solar, ésta se ha de aplicar previamente. Estos productos se pueden utilizar durante el embarazo y la lactancia.

DEET no se recomienda en niños menores de dos meses de edad. Algunas marcas comerciales de confianza son **Relec**, **Goibi**, **Autan** y **Mosiguard**. Todas ellas tienen productos para lactantes pero siempre para mayores de dos meses de edad. Es aconsejable que los niños duerman en habitaciones con aire acondicionado, con telas mosquiteras en las ventanas y bajo mosquiteras en las camas o cunas, y siempre mejor si están tratadas con insecticida.

Si tenemos síntomas durante el viaje, hemos de tomar paracetamol como analgésico y no tomar medicamentos antiinflamatorios no esteroides como el ibuprofeno. Hay que descansar y beber líquidos en abundancia

Recordemos que es importante:

Evitar la transmisión de la enfermedad mediante la prevención de las picaduras de mosquitos y el uso de preservativos en caso de estar embarazada para no contraer el virus del Zika.

Y si se tiene fiebre alta durante o después del viaje consultar siempre, en especial para descartar el riesgo de malaria



By James Gathany - PHIL, CDC, Domini públic.

Esta imagen es una obra de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, parte de los Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, adoptadas o realizados durante el desempeño de funciones oficiales de un empleado. Como una obra de los Estados Unidos del gobierno federal, la imagen es de dominio público.

Trimetilaminúria o síndrome d'olor a peix

Anna Fernàndez.

Consultes Externes de Pediatria.
Servei de Pediatria HSJD



Cas clínic

Nena de tres anys d'edat remesa per la seva pediatra a Consultes Externes de Pediatria per estudi. Des dels 18 mesos els pares havien detectat mal olor de l'orina, de la suor i del cabell quan menjava peix. La família explicava que era un olor molt desagradable i característic que inclús impregnava la roba i la seva habitació. Es realitzaren diversos urocultius que foren negatius i no presentava altra simptomatologia. No tenia antecedents perinatlògics ni personals patològics. El diagnòstic precoç i screening auditiu al naixement havien estat normals i el desenvolupament ponderoestatural i psico-motor correctes. Les immunitzacions estaven al dia, no tenia al·lèrgies conegudes i no havia precisat ingressos hospitalaris ni intervencions quirúrgiques.

L'exploració física per aparells en el moment de la visita no mostrà alteracions amb pes en el percentil 75 per l'edat (talla i perímetre cefàlic en el percentil 50).

La impressió diagnòstica per l'anamnesi a la família fou que podria tractar-se d'un cas de **trimetilaminúria** (TMAU) i es va realitzar analítica de sang per poder cursar l'estudi genètic. Es detectà que la nena presentava la mutació c.1424 G>A (p.G475D) en heterozigosi descrita per Zschocke et al. l'any 1999. El canvi de l'aminoàcid glicina per àcid aspàrtic afecta la integritat de la proteïna que codifica, redueix l'eficiència catalítica de l'enzim flavinmonooxigenasa 3 (FMO3) hepàtic i s'ha relacionat amb formes lleus i transitòries de TMAU. En confirmar-se el diagnòstic de TMAU es va informar la família sobre la patologia i es va remetre a la secció de Gastroenterologia i Nutrició per assessorament dietètic i seguiment nutricional.

Comentaris

La TMAU és un error congènit del metabolisme caracteritzat per l'olor a peix que fan les persones afectes deguda a excessiva excreció a orina, suor i alè d'un component volàtil, la trimetilamina (TMA). La TMA és una amina molt volàtil que procedeix del metabolisme intestinal d'aliments

rics en colina com el peix (especialment peix blau), ous, fetge i llegums. En condicions normals la TMA i la colina es transformen en el fetge en trimetilamina-N-òxid (TMAO) (compost sense olor) mitjançant l'acció de l'enzim FMO3 i s'elimina per orina.

La causa d'aquesta malaltia metabòlica hereditària és l'existència d'una mutació en el gen FMO3 localitzat al braç llarg del cromosoma 1 que codifica l'enzim hepàtic FMO3 i redueix la seva activitat enzimàtica. La conseqüència és l'acúmul de TMA que s'elimina per orina, suor, alè i resta de secrecions corporals.

La TMAU és un trastorn metabòlic genètic d'herència autosòmica recessiva que va ser descrit per primer cop per Humbert et al. l'any 1970. La incidència estimada és de 1 cas cada 40000 persones i es creu que un 1% de la població podria ser portadora d'aquest defecte. El nombre reduït de casos publicats ens indica que és una alteració clarament infradiagnosticada.

A l'hospital Sant Joan de Déu es tenen registrats 19 casos amb confirmació diagnòstica per l'estudi genètic amb rang d'edat entre 13 mesos i 14 anys. El gen FMO3 és altament polimòrfic i s'han descrit més de 40 mutacions que soles o en combinació, s'associen a major o menor activitat de l'enzim i desenvolupament de formes més o menys greus. També s'han descrit mutacions que en heterozigosi afecten l'activitat de l'enzim (com en el cas clínic que es presenta) i que són responsables de formes lleus o transitòries de TMAU. El trastorn es pateix des del naixement, però no es manifesta fins que el nen comença a ingerir els productes de la dieta precursors de TMA, especialment el peix. L'olor pot accentuar-se durant la pubertat i en les dones durant la menstruació, si prenen anticonceptius i en la menopausa.

Existeixen formes secundàries de TMAU, en les que el defecte enzimàtic és degut a una lesió hepàtica o relacionada amb factors que modifiquen la capacitat oxidativa de l'enzim (infeccions víriques, inhibidors enzimàtics, alteració de la microflora intestinal i factors hormonals) amb simptomatologia similar a la TMAU hereditària.

L'enzim FMO3 també intervé en el metabolisme del nitrògen i en la desintoxicació d'altres amines endògenes, tiramina, nicotina i fàrmacs com els antidepressius i la ranitidina que poden veure disminuïda la seva eliminació.

La TMAU es considera una condició benigna però pot causar problemes psicosocials al nen i a la família, fruit del rebuig social que poden patir els pacients sense un diagnòstic i una intervenció dietètica. S'han descrit adults que havien desenvolupat trastorns de la personalitat, obsessions per la higiene corporal, quadres d'ansietat i síndromes depressius relacionats amb l'olor desagradable i manca d'explicació a aquesta simptomatologia. Per aquests motius, és important donar a conèixer aquesta entitat i millorar el seu coneixement entre els professionals sanitaris. El diagnòstic precoç en edat pediàtrica és fonamental per introduir una dieta adient el més aviat possible i evitar les conseqüències psicosocials que se'n poden derivar.

El diagnòstic de la TMAU es pot realitzar mitjançant l'anàlisi de TMA i TMAO a l'orina en condicions basals i després de la ingesta abundant de peix (blau) o sobrecàrrega de colina. Però, a la pràctica aquest anàlisi d'orina pot donar falsos negatius, perquè la TMA és molt volàtil i és possible que s'hagi volatilitzat en el moment de processar la mostra si no s'ha conservat de forma adequada. Per aquest motiu a la pràctica, si la clínica és compatible s'utilitza de forma directa l'estudi genètic de les mutacions del gen FMO3 que confirmarà el diagnòstic en el cas d'una TMAU hereditària.

En el moment actual no existeix tractament etiològic, però la dieta amb baix contingut en TMA i colina minimitza la simptomatologia. La TMA prové especialment del peix marí, crustacis i cefalòpodes (pop, calamar). La colina es troba fonamentalment en ous, vísceres (fetge/ ronyons), salmó, bacallà, pèsols, mongetes, col, bròquil, coliflor i cacauets entre altres aliments. La colina plasmàtica i la fosfatidilcolina formen part de la membrana cel·lular, són necessàries per la seva integritat estructural i

participen en la senyalització transmembrana, la neurotransmissió colinèrgica i el transport i metabolisme dels lípids. Per això, la dieta s'ha d'ajustar individualment en cada cas en funció de la mutació o forma que presenti i ha d'estar supervisada per un equip nutricionista. No es recomana restricció estricta de colina en nens en creixement, dones embarassades i durant la lactància. Els requeriments mínims de colina són de 100 mg/dia ja que el dèficit de colina podria produir retard de creixement, alteracions òssies o renals. A més a més els pacients han de rebre suplementes d'àcid fòlic, si és possible a través de la dieta (vegetals de fulles verdes, cereals fortificats) ja que el dèficit de colina produeix que s'utilitzi el folat en la metilació de l'homocisteïna a metionina i produeix deplecció dels dipòsits d'àcid fòlic.

Bibliografia.

Modificació del calendari vacunal

Montse Fernàndez.

Servei de Farmàcia - Vacunes
DAP Costa de Ponent

El Departament de Salut ha aplicat des del dia 1 de juliol el nou calendari de vacunes sistemàtiques que suposa un reajustament de les dates i de les dosis d'algunes vacunes i la incorporació de la vacuna contra el pneumococ (antipneumocòccica conjugada) i contra la varicel·la a la primera infància, fins ara no incloses. L'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) ha pres aquesta decisió seguint la recomanació del seu Consell Assessor de Vacunacions.

El nou calendari s'aplicarà als nascuts a partir de gener d'aquest any.

La vacuna contra el pneumococ i contra la varicel·la

La vacuna contra el pneumococ s'inclourà als 2, 4 i 11 mesos d'edat, seguint les pautes acordades pel Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut, mentre que **la vacuna contra la varicel·la** s'administrarà als 15 mesos, als 3 anys i es mantindrà per als nens i nenes d'11-12 anys (sisè de primària) si són susceptibles de ser vacunats, és a dir, si no han patit la malaltia o prèviament no han estat vacunats.

	Diftèria Tètanus Tos ferina	Polio- mielitis	Malaltia per <i>Haemophilus influenzae b</i>	Hepatitis B	Mal- men
2 mesos	Hexavalent				
4 mesos	Hexavalent				
11 mesos	Hexavalent				
12 mesos					Antim C
15 mesos					Antim C
3 anys					
6 anys	DTPa VPI				
11-12 anys					Antim C
14 anys	Td				
Embaras- sades	dTpa***				
40 anys	Td				
A partir de 60 anys					
65 anys	Td				

* Només per als infants susceptibles de patir la malaltia. Cal administrar-ne dues dosis.

** Només per

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

canalsalut.gencat.cat

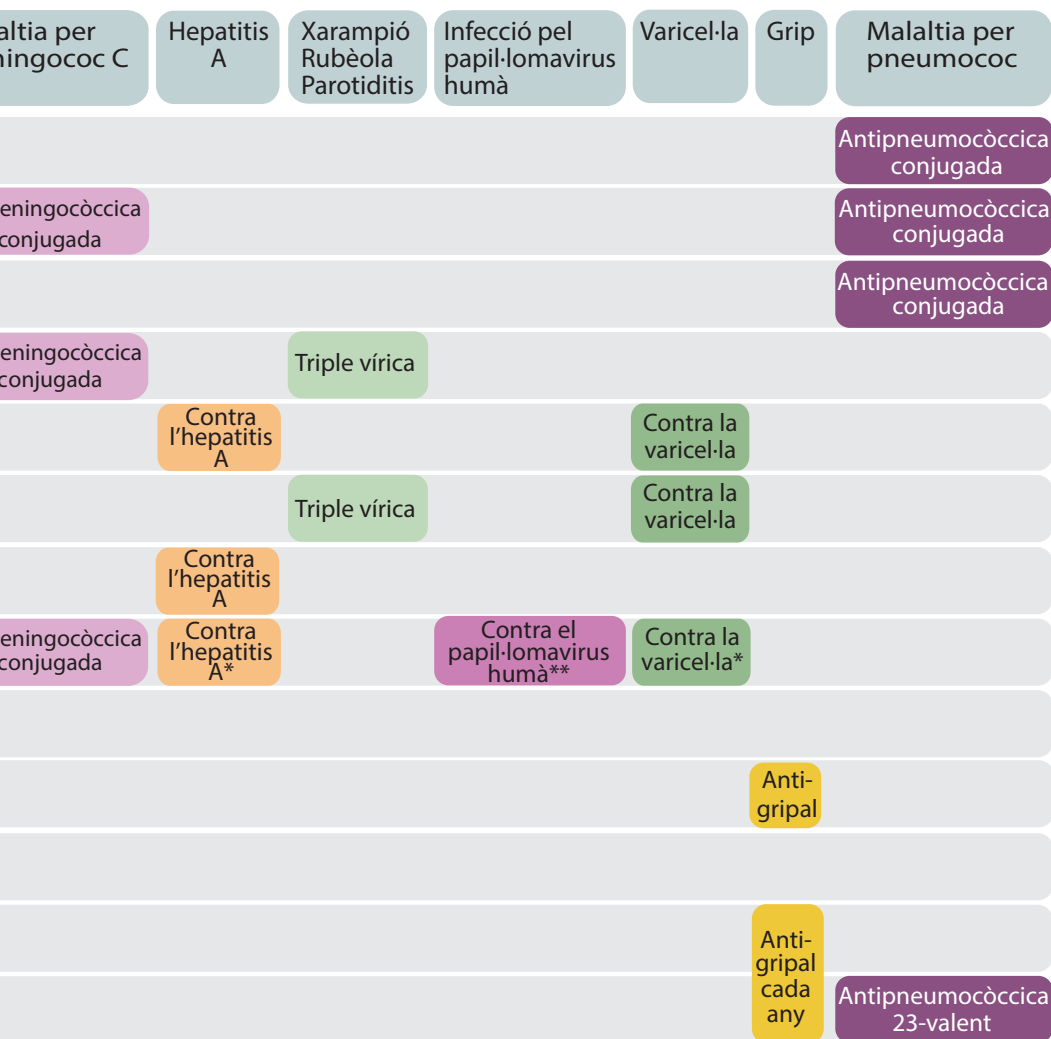
Reajustament de dosis i dates

D'altra banda, el nou calendari vacunal preveu un reajustament de les dates i de les dosis d'algunes vacunes:

La vacuna hexavalent, que fins ara s'administava als 2, 4 i 6 mesos d'edat passarà a administrar-se als 2, 4 i 11 mesos.

La vacuna DTPa (contra la diftèria, el tètanus i la tos ferina) – VPI (injectable contra la polio-mielitis) s'administrarà als 6 anys quan estigui disponible a escala estatal.

Vacunacions sistemàtiques



er a les noies. A partir del curs 2014-2015, cal administrar-ne dues dosis.

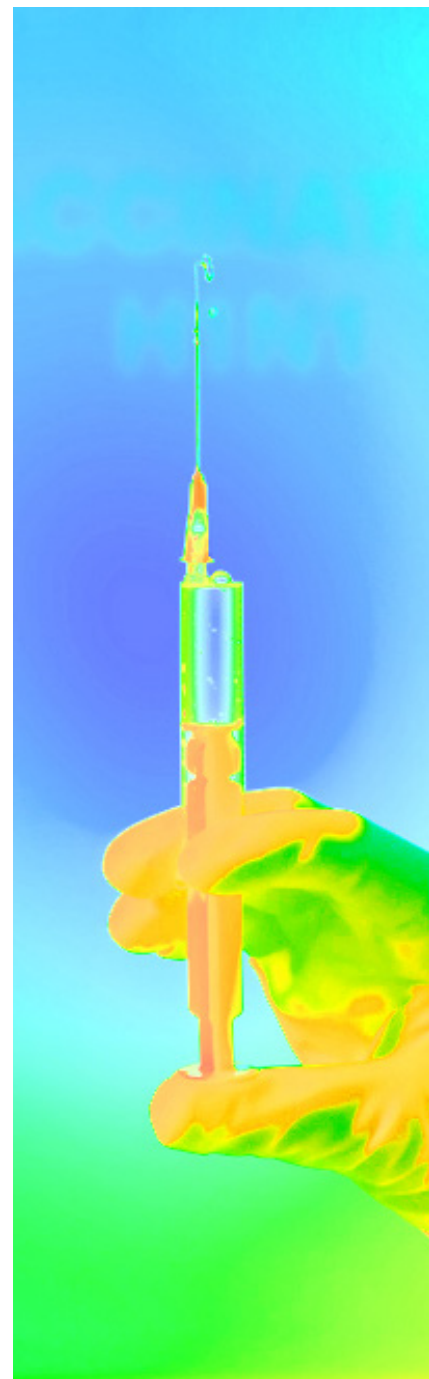
*** Entre les setmanes 27 i 36 de gestació.

061 CatSalut Respon

descarrega't l'APP de vacunes



© 2016, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



La triple vírica (xarampió, rubèola i parotiditis) s'administrarà als 12 mesos, com fins ara, però la segona dosis quedarà fixada als 3 anys d'edat.

Pel que fa a les dosis de la vacuna **contra el meningococ C conjugada**, que s'administrava als 2, 6 i 15 mesos, ara es farà als 4 i als 12 mesos i es manté la dels 11-12 anys. I la dosi de la vacuna contra l'**hepatitis A**, que s'administrava als 12 mesos, ara passa als 15 mesos. La vacuna **pentavalent** desapareix del calendari perquè s'ha observat que amb les tres dosis de l'hexavalent ja no era necessària.

I finalment, un altre dels canvis afecta la vacuna **antipneumocòccica** 23-valent, que ara s'administrarà a partir dels 65 anys.

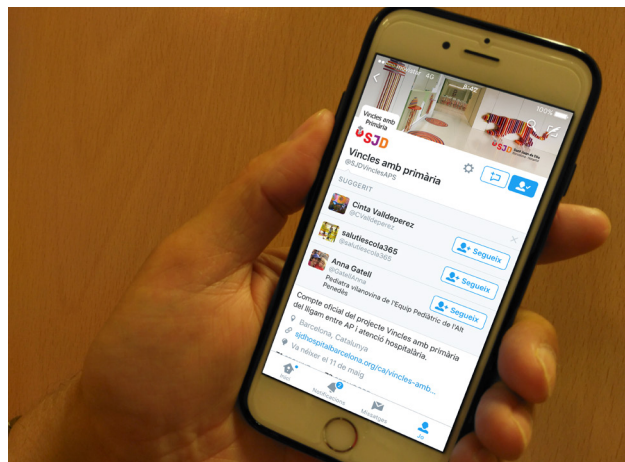
Podeu trobar més informació a:

- La [Sala de Premsa de la Generalitat de Catalunya](#).
- El link http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_ciutadania/salut_az/v/vacunacions/.
- Al [Comité asesor de vacunas de la Asociación Española de Pediatría](#).

Twitter @SJD_VinclesAPS

Josep Antoni Serrano Marchuet

Pediatre de l'Equip Territorial Pediatria
Alt Penedès-Garraf



Ens plau fer-vos saber que hem començat a posar en funcionament un compte de Twitter propi del projecte Vincles. Des d'ell difondrem continguts propis com poden ser cursos, sessions o informació de la nostra

revista i d'altres relacionats amb el món de la pediatria. El podeu trobar a **@SJD_VinclesAPS** o amb la seva denominació **Vincles amb primària**. Us encoratgem a que us en feu seguidors i compartiu continguts amb nosaltres.

Curs de protocols per Atenció Primària 2015-16

Dr. Josep Serrat

Programa Vincles

El passat 8 de juny va finalitzar el curs de protocols 2015-16 amb la presentació del programa d'atenció a la obesitat infantil. Aquest any hem tingut 5 jornades de molt alt nivell a les han assistir una mitjana de prop de 100 professionals de pediatria de Barcelona Esquerra, Hospitalet, Baix Llobregat, Garraf i Alt Penedès.

- La primera jornada va ser un repàs a les **urgències pediàtriques**.

Les 4 jornades restants van ser dedicades a problemes de salut d'alta demanda a la consulta d'APS:

- Al·lèrgia.**
- Cefalea.**
- Calendari quirúrgic en cirurgia pediàtrica.**
- Obesitat infantil.**

Us oferim un breu resum de cadascuna d'aquestes presentacions.



Estem actualitzant els protocols de la pàgina web de Vincles

Dr. Josep Serrat

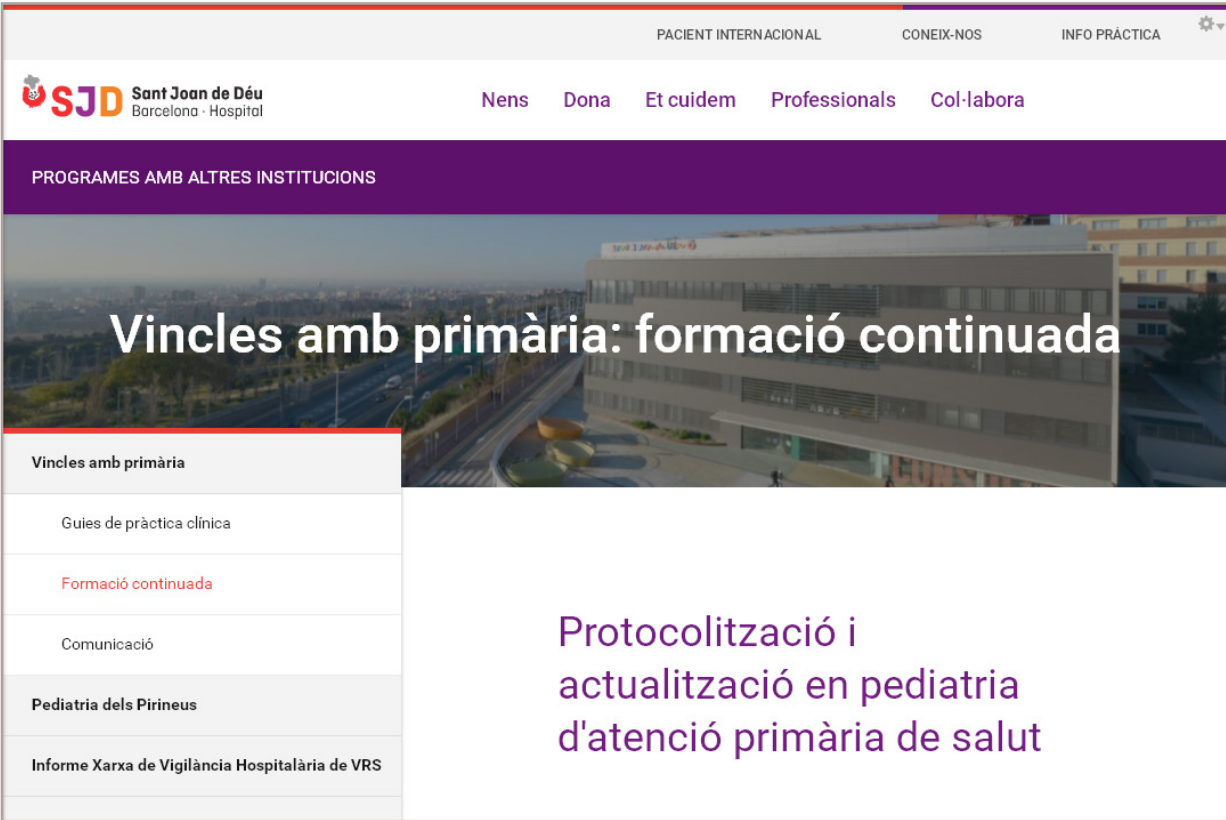
Programa Vincles

Durant les darreres setmanes estem revisant els protocols més antics del programa VINCLES, actualitzant els seus continguts. Així, hem revisat el protocol de **maneig de la proteïnúria**, de l'**hematúria**, de la **febre del lactant**, dels **trastorns de la son**, de la **pneumònia**... i seguirem !

Els podreu trobar a l'adreça següent:

<http://www.sjdhospitalbarcelona.org/ca/vincles-amb-primaria-formacio-continuada>

A l'entrar us trobareu la sorpresa agradable d'un nou format del web que fa pocs dies que hem estrenat i del que en seguirem parlant.



The screenshot displays the website of Sant Joan de Déu (SJD) Hospital Barcelona. The header includes navigation links: PACIENT INTERNACIONAL, CONEIX-NOS, INFO PRÀCTICA, and a settings icon. Below the header, there's a menu with Nens, Dona, Et cuidem, Professionals, and Col·labora. A purple banner reads 'PROGRAMES AMB ALTRES INSTITUCIONS'. The main content area features a large image of the hospital building with the text 'Vincles amb primària: formació continuada'. On the left, a sidebar lists: Vincles amb primària, Guies de pràctica clínica, Formació continuada (highlighted in red), Comunicació, Pediatria dels Pirineus, and Informe Xarxa de Vigilància Hospitalària de VRS. The right side of the main area contains the text 'Protocolització i actualització en pediatria d'atenció primària de salut'.

5 minuts

Sessions clíniques
infermeres

Cèlia Pujol

Infermera. Direcció
Equip de Pediatria Alt
Penedès

Us proposem que feu una ullada a aquests dos vídeos (cinc minuts cadascun!) per actualitzar el coneixement i la sensibilització sobre dos qüestions rellevants i habituals:



- **“Intoxicacions en pediatria”** En el nen/na la intoxicació pot ser potencialment greu i pot arribar a comprometre de manera seriosa la seva vida. Son més freqüents en el domicili i per tant cal manejar aquest problema des de la vessant de la prevenció primària. En el vídeo trobareu resumits els consells d'una bona anamnesi, una taula de recomanacions pel maneig de les intoxicacions farmacològiques i no farmacològiques, els consells per a prevenir els accidents a domicili i l'atenció sobre el pacient. Només dues perles: Els antídots cada cop s'usen més per confirmar el diagnòstic més que de cara al tractament i... oblideu-vos del xarop d'ipecacuana!
- **“2. Rol de l'infermer en les deformitats cranials posicionals”** El crani del nadó és extremadament mal·leable. La recomanació de la Associació Americana de Pediatria de posar a dormir als nadons en posició de decúbit supí (“Back to sleep”) per a disminuir la mort sobtada del nadó, ha fet incrementar la prevalença de deformitats cranials. En aquest vídeo es comenta les opcions de manejar aquesta patologia amb consells a posar en joc fora de l'horari del son.



| Intoxicacions en pediatria



| Rol de l'infermer en les deformitats cranials posicionals

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

Cursos

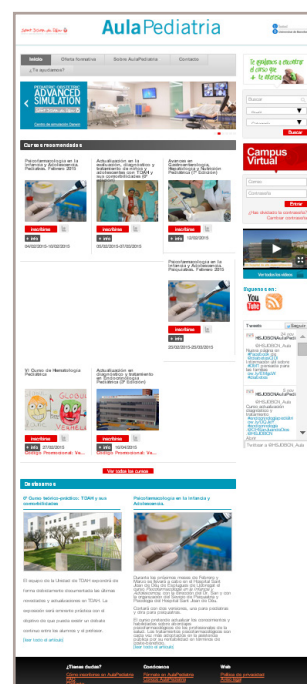
Aula de Pediatria
HSJD

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/O95lZr>



Màster universitari en atenció emocional a l'infant hospitalitzat segons el model "child life"

Servei de Comunicació
HSJD

L'Hospital i el Campus Docent Sant Joan de Déu han creat el Màster universitari en atenció emocional a l'infant hospitalitzat segons el model *child life*, amb titulació per la Universitat de Barcelona.

Els programes *child life* tenen com a objectiu prevenir els problemes que poden sorgir per una vivència traumàtica de l'hospitalització i la malaltia ajudant al pacient a afrontar les situa-



Màster Universitari en atenció emocional a l'infant hospitalitzat
segons el model Child Life per la Universitat de Barcelona

Inscripció oberta



Màster Universitari en Atenció Emocional a l'Infant Hospitalitzat

segons model Child Life

60 crèdits ECTS
setembre 2016 - juny 2017

LLOC DE REALITZACIÓ:
Campus Docent Sant Joan de Déu
Secretaria 2n pis
C/ Sta. Rosa, 39-57
Esplugues de Llobregat, 08950
Telèfon: 93.280.09.49
www.santjoandedeu.edu.es

DATES DE PREINSCRIPCIÓ
Del 16 de maig al 30 de juny de 2016.
Horari de 9 a 15 hores.

JORNADA DE PORTES OBERTES:
14 de Juny de 12 a 15:30



cions que produeixen patiment i ansietat a causa de la malaltia per reduir-ne al mínim els efectes adversos. Són habituals a tots els centres pediàtrics de NordAmèrica.

Fins ara a Espanya no existia cap programa de formació universitari de grau, postgrau o màster en aquesta línia.

Trobareu més informació sobre el Màster universitari en atenció emocional a l'infant hospitalitzat a la web del Campus Docent Sant Joan de Déu.

La preinscripció ja és oberta!

CHILD LIFE: component científic i humanitari de la tasca

Núria Serrallonga

Child Life de l'HSJD

Per explicar qui és un especialista Child Life, un dels llibres que actualment es segueix en les Universitats americanes que imparteixen aquesta titulació ("The handbook of Child Life", per R.H. Thompson), comença parlant de l'atenció a les persones més vulnerables de la societat. Explica que els nens, especialment quan estan malalts, són vulnerables: per la seva edat i manera d'interpretar el món, per les circumstàncies físiques, pels ambients poc familiars que els cal visitar, i de vegades també per altres barreres com la lingüística, la pobresa o els prejudicis. I per aquesta raó, en els hospitals pediàtrics hi ha uns professionals formats específicament per atendre'ls.

Child Life és una disciplina que neix als Estats Units i que dona resposta a l'atenció pediàtrica des de la vessant emocional i vivencial. Els especialistes Child Life són professionals amb expertesa per ajudar els nens i nenes i les seves famílies durant les experiències difícils relacionades amb la salut, com pot ser l'hospitalització. Què em faran?, per què?, com?, què sentiré?... són algunes de les preguntes que cal



respondre, i fer-ho no només tenint en compte la capacitat cognitiva o de comprensió de cada nen o nena concret, sinó també considerant les emocions que això li genera, com són molt sovint, i principalment, la por i l'ansietat. L'hospitalització no té per què ser traumàtica, malgrat molts dels articles científics que s'han escrit sobre la vivència que en tenen els nens, ho segueixen afirmant. Pot deixar una petjada en la motxilla vital del pacient que, si és negativa, s'acostuma a anar resolent al llarg del temps; o pot perdurar al llarg de la vida. Però, per què no? La malaltia i l'hospitalització també poden ser una experiència de creixement humà. I aquí és on l'especialista Child Life hi té un paper clau. A partir de determinar les fortaleses de cada nen o nena i família, es tracta de prevenir les vivències negatives que deixen rastre i ajudar a construir resiliència. L'especialista Child Life treballa per amortir el xoc del trauma (en paraules de Boris Cyrulnik, un dels principals descriptors del concepte "resiliència") per ajudar a créixer i superar-se, passant de la vivència de "aneguet lleig" a la de "cigne".

El nom de “Child Life” es va començar a utilitzar als Estats Units a la dècada dels 60 i fa referència al fet que el nen malalt, hospitalitzat o no, ha de mantenir la seva vida de nen, la seva “vida infantil” o “child life”. Mantenint la seva manera de ser nen o nena l’ajudarem a integrar el que li passa mentre està malalt i hospitalitzat.

L’especialista Child Life treballa sobretot en la preparació a l’hospitalització i a la cirurgia. Introdueix tècniques d’afrontament i ajuda a anticipar a fi de fer més fàcil el moment d’entrada al quiròfan o el sotmetre’s a un procediment medicosanitari. Quan això no és possible fer-ho abans, perquè el motiu d’entrada ha estat via Urgències, per exemple, es pot treballar a posteriori, ajudant també a comprendre i evitar els malentesos o pensaments que es converteixen en conviccions errònies (per exemple, els nens de vegades pensen que els procediments són deguts a un mal comportament).

Com es treballa amb els nens i nenes? Doncs cal fer-ho amb el seu llenguatge i utilitzant elements coneguts per ells. Amb els d’edats entre 3-4 i 8-9 anys es fan servir ninots i nines, amb els quals és possible muntar un joc simbòlic que el nen o nena va construint, utilitzant la seva imaginació. Així, se li explica el motiu de l’hospitalització, de la cirurgia, o dels procediments. Se li pot donar la informació sensorial que necessita (què veurà, què sentirà, què escoltarà), i se li poden ensenyar tots els instruments que es faran servir. En el desenvolupament d’aquest espai de joc (o espai de treball amb dibuix, amb plastilina, amb vídeos, amb llibres, amb kits, amb aplicacions digitals o de mòbils...) s’encoratja els pacients a fer preguntes i a expressar allò que potser els produeix ansietat o temor.



Fent una ullada a la història, les persones que inicialment van començar a encarregar-se d’aquesta tasca, quan es començava a parlar de la importància de la preparació prèvia o de l’abordatge durant l’experiència estressant relacionada amb la malaltia, van ser les infermeres pediàtriques, que coneixen bé les tècniques i procediments sanitaris. Però també els feia falta un coneixement clar de les etapes de desenvolupament intel·lectual i general i de les millors aproximacions per a l’ensenyança-aprenentatge. Per això es van anar especialitzant. La formació acadèmica per exercir aquesta funció, als EUA, va aparèixer aviat, i el 1982 va sortir la primera promoció de “Child Life Specialists” amb titulació oficial.

Els Programes Child Life s’han convertit en estàndard a tots els centres pediàtrics nord americans, per fer front a les situacions que produeixen patiment i ansietat a causa de la malaltia i dels procediments sanitaris. L’especialista Child Life treballa per a reduir al mínim els efectes adversos dels entorns potencialment estressants, especialment l’hospitalització.

Actualment, el títol d’especialista Child Life, tant als EUA com a Canada, el poden obtenir els que es presentin a l’examen del Child Life Council. Aquest examen s’ofereix a tots aquells professionals amb un grau universitari relacionat amb la infància que han fet després una especialització teòrica en Child Life i també una formació pràctica de 480 hores (clinical internship) en un hospital acreditat. A Europa encara no hi ha cap legislació ni formació específica. Existeixen els anomenats “play specialists” anglesos, que no tenen formació sanitària. És per aquest motiu que la proposta que sorgeix des de l’Hospital Sant Joan de Déu, amb el Màster en suport emocional al nen hospitalitzat segons el model Child Life, amb inici el curs 2016-17, és innovadora i agosarada. Pretén donar formació a tots aquells que es dediquen a algun àmbit de la pediatria, o potser també, qui sap, de la medicina d’adults.

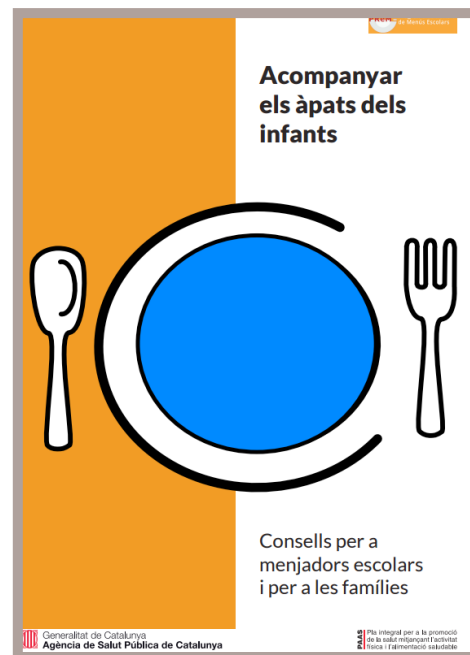
En aquestes adreces podeu actualitzar els vostres coneixements de Pediatria:

Acompanyar els àpats dels infants

Enllaç a la guia

Acompanyar els àpats dels infants, consells per a menjadors escolars i per a les famílies

és una guia apareguda al març d'aquest any a on es donen de forma clara consells per a tots aquells que acompanyen als menuts a fer els seus àpats, sigui a l'entorn escolar o sigui a l'entorn familiar. Defineix les funcions bàsiques del menjador escolar i l'alimentació saludable. Dona normes d'actitud per als adults. D'ella en destacaríem que s'encaren de manera concisa alguns aspectes de l'alimentació infantil que han estat tabú durant molts anys, així doncs es recomana, entre d'altres, no forçar als nens a menjar, no recalcar els beneficis dels aliments per a la salut i ser tolerants front la neofòbia.



Guia molts recomanable que tot professional que treballi amb nens ha de tenir present.

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

Recomanacions per a l'alimentació en la primera infància (de 0 a 3 anys)

Enllaç a la guia

Recomanacions per a l'alimentació en la primera infància (de 0 a 3 anys), publicada a l'abril, és una reedició de la guia existent que ha anat molt més enllà d'una revisió i un rentat de cara. És una posada al dia d'un tema alhora tan canviant com, sovint, estancat en allò que fa referència a les seves recomanacions. Inclou un calendari orientatiu d'introducció dels aliments que és molt més flexible que qualsevol dels que hi havia fins ara. Fa esment de noves tendències com són el BLW (alimentació dirigida per l'infant) i l'alimentació vegetariana/vegana. A les recomanacions es fa èmfasi un i altre cop sobre la importància de la lactància materna i, destacable, es recomana la disminució del gramatge dels aliments proteics en



els diferents àpats. En resum: una guia innovadora i avançada que tots els que tenim cura dels infants hem d'incorporar en els nostres quefers diaris.

Aquestes i d'altres guies del mateix
caire les teniu en el [**següent enllaç**]



Juan Revenga, El nutricionista
de la General

Enllaç al bloc



En Juan és nutricionista i biòleg, és professor de la Universitat San Jorge de Saragossa, és un gran divulgador i molt actiu a les xarxes socials, però a banda de tot això és un apassionat de la seva feina i un científic rigorós i excepcional, totes aquestes qualitats són les que, entrada rere entrada, queden reflectides en el seu bloc i en els dos llibres que té publicats. No dona puntada sense fil i analitza, gairebé a diari, els

temes de l'actualitat nutricional. Moltes de les seves entrades tenen alguna o d'altra aplicació en el món de la nutrició infantil i/o de la família sens deixar de banda la crítica social aferrissada quan el tema li sembla adient. Ah! Si sou del morro fi feu-li cas en les seves recomanacions gastronòmiques perquè és un gran gourmet, defensor dels bons productes, especialment de la seva terra.

Julio Basulto: dietista-
nutricionista

Enllaç al bloc



Julio Basulto: dietista-nutricionista, docent, divulgador, amb cinc llibres a les seves esqueses i tremendament implicat en la seva feina – de la que em consta exerceix les vint-i-quatre hores al dia, tal i com defensa-. Per a tots els que tenim a veure amb el món de la nutrició el nom d'en Julio és una referència obligada. Aferrissat defensor de la lactància materna i del vincle familiar bolca en el seu bloc pinzellades de tot allò que sap i pensa sense deixar-se res en el

tinter, peti qui peti. El compromís amb la seva feina i amb els temes de salut es fa palès en cadascuna de les seves entrades, que són moltes i que toquen tots els pals. Si qualsevol tema de la seva disciplina us neguiteja poseu-vos en contacte amb ell per qualsevol de les vies de comunicació que posa al vostre abast i a ben segur que obtindreu resposta.

Gominolas de petroleo

Enllaç al bloc

Gominolas de petroleo: aquest bloc, conduït per Papyrus, doctor en ciència i tecnologia dels aliments, no és un bloc a l'ús. Es caracteritza per unes entrades en les que s'aprofundeix fins a l'últim detall el tema que s'aborda. No és tant una pàgina de consulta com una de divulgació en la més àmplia accepció de la paraula. La desmitificació de molts temes relacionats amb els aliments i la denúncia d'alguns dels enganys de l'indústria alimentària es barregen amb comentaris sobre temes d'actualitat. La seva



lectura, fàcil i amena, ens convida a obrir els ulls en multitud d' temes i ens aporta respostes a tot allò que volíem saber de l'alimentació però mai no vàrem gosar preguntar. Són memorables entrades com "**5 cosas sobre el queso que quizá no sepas**", "**¿Crees que tus hijos se alimentan bien?**" o "**No dejes que la publicidad alimente a tus hijos**" Si voleu tenir la documentació més àmplia de qualsevol dels temes que tracta no teniu més que entrar a la seva bibliografia.

Llibre de ponències del 64 Congrés AEP València

Enllaç al llibre

Llibre de ponències del 64 Congreso AEP Valencia: posem al vostre abast el llibre de comunicacions d'aquest congrés.



Ponències de les Jornades AEP Vacunas 2016

Enllaç al llibre



Entrevista a Jordi Pou, pediatre

Comunicació

HSJD



Diuen que a la vida s'ha d'escriure un llibre, tenir un fill i plantar un arbre. Tenint en compte aquesta premissa el doctor Jordi Pou n'ha viscut vàries: n'ha publicat més d'una desena, de llibres, a més de participar-ne en l'elaboració d'una trentena més, ha tingut dues filles i, com afeccionat a la jardineria que és, ha plantat més d'un arbre. I això sense comptar que ha estat esportista d'elit...



Ha tingut una vida intensa...

- "Bé, depèn de com es miri però la veritat és que he fet més del que em pensava que faria".

Va fer-se professional del bàsquet (va fitxar amb 19 anys pel Picadero) per guanyar diners i pagar-se la carrera de medicina i, quan va acabar els estudis, va deixar l'esport per fer-se metge... Molta gent hauria pres la decisió contrària en un món en què tothom somia ser esportista d'elit...

- "En aquell moment vaig pensar que la medicina era la millor opció. Llavors no cobràvem com ara, ni tampoc era tan bo... No sé si em vaig equivocar perquè alguns dels meus companys d'equip d'aquella època van arribar lluny i s'han fet rics... Però no me'n penedeixo en absolut. Estic enamorat de la meva professió".



És pare de dues dones i avi de tres nenes. Un pediatra és un pare més patidor?

- "Sí, sobretot al principi, quan son petits. Jo sempre dic als meus alumnes que un no és pediatra fins que no és pare, perquè quan ho ets comprens de veritat a uns pares que venen espantats amb el nen amb 39 graus de febre...

L'avantatge que tenim els pediatres és que disposem d'informació per avaluar el nen, per veure si pot ser alguna cosa greu o no... L'inconvenient és que, de vegades, en tenir-ho tant a l'abast, no els portem al metge. Una vegada la meva dona es va presentar a la consulta perquè visités la nostra filla, perquè jo la mirava i vacunava a casa, però és clar, no la pesava ni mesurava...

I crec que el meu cas no és aïllat. Jo mateix he visitat molts fills de companys pediatres de l'Hospital i, quan he pensat que les meves filles podien tenir un problema greu, els he portat a visitar als meus companys".

*"Jo sempre dic als meus
alumnes que un no és pediatra
fins que no és pare..."*



Perdem el sentit quan som pares? Per això cal un llibre per a dummies?

- "Necessiten consells i orientació perquè no ens han ensenyat i som novells. De vegades manca sentit comú i el supliment anant al metge".

Al llarg d'aquests 44 anys que exerceix com a pediatra, segur que ha presenciat molts canvis en la professió, en els pares, en els pacients...

- "Sí. Els pares s'han tornat més exigents, llegeixen molt a internet i venen malinformatos. De vegades els he de dir: "no em diguin el diagnòstic, expliqui'm el que li passa al nen". I moltes vegades jo els receptaria que dediquessin més temps a escoltar els seus fills perquè molts dels problemes pels quals van a l'ambulatori no tenen un component físic



sinó que són conseqüència de problemes a l'escola o d'altre tipus que els nens psicomatitzen. El pediatra hauria de visitar amb un psicòleg al costat. De vegades, abans d'arribar al pediatra han passat per un munt de professionals”.

fessional treballaria en un ambulatori”.

Està a punt de publicar un nou llibre, “El Pediatra y el maltrato infantil” (ed. Ergon). Quin llibre li agradaria escriure)?

- “Un sobre la història del servei de pediatria de l'Hospital en col·laboració amb els companys”.

I una novel·la? Quaranta anys en una consulta de pediatria deuen donar per molt...

- “Tinc moltes anècdotes apuntades però no per fer una novel·la sinó un recull. Una novel·la requereix d'un temps que jo ara per ara no tinc”.



Especialistes?

- “Si, per mi són necessaris per avançar en el coneixement però han de ser complementaris del generalista. No cal anar a les primeres de canvi a un gastroenteròleg perquè el nen tingui mal de panxa. Pot ser, com passa en un 80% dels casos, que la causa sigui psicosomàtica. Per això, m'agrada molt la figura del pediatra, perquè té una visió global. Crec que si comencés avui la meua carrera pro-

“De vegades manca sentit comú i el suplim anant al metge...”



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@sjdhospitalbarcelona.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.sjdhospitalbarcelona.org/ca/vincles-amb-primaria>

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

<http://www.sjdhospitalbarcelona.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.