



Sumari

Editorial

Projectes comunitaris
i col·laboració
multidisciplinària...

2

Serveis a prop teu

Unidad de pediatría
tropical y patología
importada (cast)

4

Acompanya'm: un
repte en l'atenció a la
salut mental infanto
juvenil

6

Programa de suport
en salut mental als
centres educatius de
l'Alt Penedès

8

Les comarques de l'Alt
Penedès i el Garraf i el
SAFAD

11

Coneixement

La salut comunitària:
més enllà de la consulta
d'Atenció Primària

13

Vacunes anti
meningocòciques
tetravalents A,C, W, Y

17

Presentació del
document: "Model
organitzatiu d'atenció
integral a la població
infantil i juvenil amb
necessitats pal·liatives
i en situació de final de
la vida"

19

Cas clínic: parotiditis
de repeticó

21

Malalties rares.
Galactosèmia

26

Nou a Vincles

Criteris de derivació
entre nivells, de la
patologia traumatològica
més prevalent en
pediatria

29

Formació

Vídeos 5 minuts.
Cursos Formació HSJD

31

Ciència i humanitat

Els infants de famílies
amb pocs recursos
tenen més problemes
de salut

32

Blogosfera pediàtrica

Enllaços d'interès pels
equips de pediatria de
Primària

35

Posant en valor

Entrevista amb Maria
Josep Planas, fins fa poc
directora d'Experiència
del Pacient de l'HSJD

38

Projectes
comunitaris i
col·laboració
multidiscipli-
nària...

Glòria Rius

Cap Infermera procés
ambulatori de l'HSJD



La salut comunitària és un eix prioritari tant del Pla de Salut 2016-2020 com del Pla Interdepartamental de Salut Pública. Desenvolupar projectes comunitaris suposa definir una estratègia transversal que millori la integració de serveis tan sanitaris com no, dintre d'un context de col·laboració intersectorial i multidisciplinària i que permeti donar resposta a les necessitats de salut de la població, en aquest cas, pediàtrica. En aquesta edició de la revista s'hi exposen diferents programes i projectes que s'estan desenvolupant actualment al nostre entorn: un programa de suport en **salut mental** a centres educatius, un servei d'**assessorament familiar d'alcohol i altres substàncies tòxiques**, la definició d'un model d'**atenció integral** a pacients en etapa de **fi de vida**, el projecte **Acompanya'm**, ...

Completa aquesta edició altres articles de contingut més clínic que ens permetran aprofundir en una patologia com la **galactosèmia**, conèixer l'**algorisme de derivació** a seguir per aquelles **patologies de COT més habituals**, analitzar el cas clínic d'una nena de 4 anys amb **parotiditis de repetició**, entre d'altres.



I amb l'entrevista de la **Sra. Josefa Planas**, fins fa poc directora de Planificació, Experiència del Pacient i Captació de fons de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, tancarem aquest número. La seva dilatada trajectòria li ha permès portar a terme iniciatives i projectes de gran valor. Un d'ells ha estat precisament que aquells qui conformen la "unitat bàsica" de la comunitat, és a dir, els individus/pacients, participin activament des de la seva experiència en el disseny i desenvolupament d'espais i de tots aquells processos que l'afecten: **PER** i **PER AL** pacient, **AMB** el pacient.

Gaudiu del #20

Unidad de pediatria tropical y patologia importada

Victoria Fumadó

Infeccions, Servei de Pediatria de
l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona



Antecedentes

Desde el año 1999 existe en el Hospital de Sant Joan de Déu (HSJD), una Unidad de pediatria tropical ligada a su homónima del Hospital Clínic para los adultos, con la que comparte el mismo concepto asistencial: medicina tropical y del viajero. La Dra. Victoria Fumadó está a cargo de la unidad que en el HSJD, está ubicada en la Sección de enfermedades infecciosas del Servicio de pediatria. La unidad ha ido creciendo y desde el año 2013 ha atendido hasta el momento más de 10.000 niños inmigrantes, adoptados y viajeros, siendo la primera unidad pediátrica acreditada por el Ministerio de Sanidad como Unidad de Referencia Nacional para patologia tropical e importada del estado Español.

Objetivos

Los objetivos generales de esta unidad son:

1. Atención y protocolo de salud a los niños procedentes de países de baja renta (PBR) o zonas de conflicto: inmigrantes, refugiados con sus familias y menores no acompañados .

2. Realizar prevención en los niños inmigrantes que regresan a sus países.
3. Asesorar a las familias que se desplazan a países donde existen enfermedades endémicas, y menos recursos.
4. Atender a niños adoptados internacionalmente.
5. Atender a niños inmigrantes, refugiados o viajeros que llegan a nuestro país con patologia.
6. Asesorar a otros profesionales de la salud sobre patologia tropical o propia de la infancia procedentes de PBR.

Los objetivos específicos estarán ligados a las actividades de las diferentes áreas de actuación: formación, investigación y asistencia.

Actividades

La mayoría de la actividad se realiza en consultas externas y únicamente ingresan los pacientes con criterios de gravedad o que necesitan mayor estudio. La unidad da soporte también a la atención urgente.

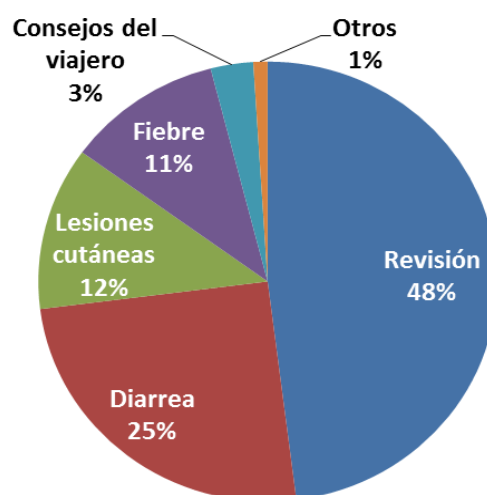
Desde su inicio se han realizado 12.320 primeras visitas. De éstas, un 49% corresponden a niños adoptados, 36% a niños inmigrantes, un 10% a consejos al viajero o vacunaciones en su mayoría inmigrantes con patología crónica, y un 5 % a niños expatriados que han residido fuera y regresan con patología.

La **gráfica 1** muestra los motivos de consulta más frecuentes.

La patología más frecuente asistida en la Unidad es: la presencia de parásitos intestinales 33%; patología cutánea 19%; estudio de fiebre al regreso del trópico 12%; retraso de desarrollo psicomotor 9%; retraso de crecimiento y malnutrición 8%; tuberculosis 5%; hemoglobinopatías 5%; hepatitis B 3%; malaria 2%, ...

Durante estos años y para mejorar la actitud terapéutica, ante la presencia de patología tropical se han elaborado los siguientes protocolos y pautas:

1. Protocolo de malaria: criterios de gravedad y actitud terapéutica.
2. Protocolo a seguir ante eosinofilia en un niño inmigrante.
3. Protocolo de atención en niños inmigrantes (publicado por el Departament de promoció de la salut).
4. Protocolo de fiebre al regreso del trópico.
5. Pauta terapéutica ante parásitos intestinales.
6. Protocolo diagnóstico de enfermedad de Chagas.



Gráfica 1

7. Protocolo de seguimiento de la Infección por virus Zika.
8. Protocolo de tratamiento de toxoplasmosis congénita.
9. Protocolo de actuación ante la sospecha paciente con Ébola (Forma parte del Comité de expertos de la Generalitat de Catalunya).
10. Protocolo de aislamiento por patología importada de alta transmisión (forma parte del Comité expertos de la Generalitat de Catalunya).

Docencia

La Unidad realiza docencia dirigida a residentes de pediatría propios, y residentes de pediatría y medicina de familia de otros hospitales del estado español. Durante todo el año y de forma programada también acuden especialistas en pediatría, que desean ampliar sus conocimientos en esta área.

Formación de profesionales procedentes de PBR

La Unidad también ha recibido médicos formados en otros países y ha canalizado a través de la Dirección de docencia, la formación para adquirir la especialidad médicos que provienen de países con menos recursos, actividad para la cual se establece previamente un convenio con el Ministerio del país o entre hospitales universitarios.

Acompanya'm: un repte en l'atenció a la salut mental infanto juvenil

Maria Ribas i Montse Dolz.

IServei de salut mental de l'HSJD

L'Organització Mundial de la Salut l'any 2011 va publicar un informe en què relatava que les malalties mentals són una de les 10 principals causes d'anys de vida potencialment perduts (DALYs) al món. Són malalties cròniques que generen un fort patiment personal i familiar, amb un elevat cost social. La salut mental és també un indicador del benestar de la societat, a major pobresa hi ha un augment dels problemes mentals i emocionals dels infants.

Actualment un 4,5% de la població catalana menor de 18 anys ha requerit atenció especialitzada en Salut Mental (dades 2016-2017) i, d'aquests, un 14,7% té un diagnòstic de Trastorn Mental Sever, que a la seva vegada, un 15% en algun moment de la història natural de la seva malaltia necessitaran hospitalització psiquiàtrica en una unitat d'aguts i un 20% presentaran una evolució tòrpida per motius relacionats amb el trastorn. Hi ha però en aquesta població un grup especialment vulnerable, on es sumen factors de salut mental i altres relacionats amb un entorn sociofamiliar de desprotecció. Es tracta d'infants



i menors d'edat, alguns dels quals són atesos en recursos específics de la Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència (DGAIA), i que presenten una gravetat clínica, combinada amb factors socials i familiars, que agreugen el curs de la malaltia mental que pateixen.

L'atenció especialitzada a aquests nens i adolescents amb problemes de salut mental i vulnerabilitat associada a precarietat i conflictitat social i familiar requereix d'intervencions i tractaments intensius, per tal de potenciar el desenvolupament sa.

La Unitat Residencial Terapèutica-Educativa Acompanya'm, gestionada per l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, especialitzada en la intervenció i tractament intensiu pel desenvolupament infanto juvenil, neix d'una proposta conjunta entre el **Departament d'Afers Socials i Famílies** i el **Departament de Salut**, i compta amb la col·laboració del **Departament d'Educació**, per a donar cobertura a aquesta població tant vulnerable. El centre, que compta amb 30 places, dona atenció integral a nens/es i adolescents, menors de 18 anys, que pateixen una malaltia mental complexa, en risc greu de que esdevingui crònica i generi importants discapacitats a nivell tant funcional com cognitiu i emocional, si no es realitza una intervenció terapèutica i educativa intensiva.

La unitat Acompanya'm s'incorpora a la xarxa de salut mental i addiccions en col·laboració



Poema de la Madre Teresa de Calcuta

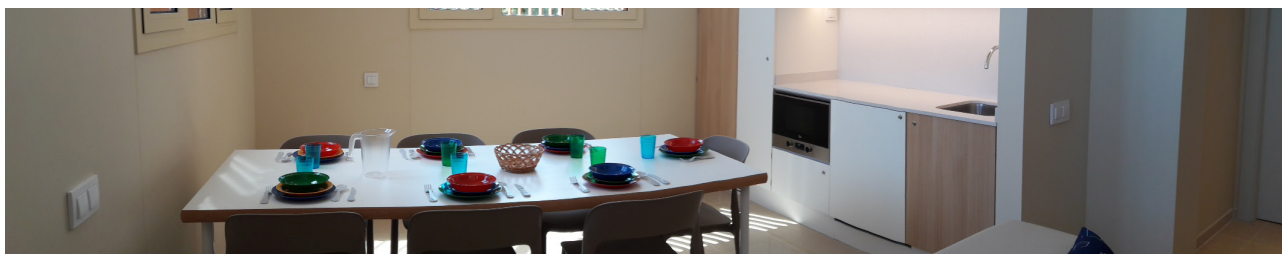
*Enseñarás a volar
Enseñarás a volar,
pero no volarán tu vuelo.
Enseñarás a soñar,
pero no soñarán tu sueño.
Enseñarás a vivir,
pero no vivirán tu vida.
Sin embargo...
en cada vuelo,
en cada vida,
en cada sueño,
perdurará siempre la huella
del camino enseñado.*

amb el sistema públic d'atenció a les persones. Planteja un model assistencial per a la patologia greu infanto-juvenil que, des de la perspectiva terapèutica, coordina i integra els diferents dispositius assistencials (sanitaris, educatius, socials, familiars i de protecció a la infància) que l'infant o l'adolescent necessita pel seu creixement i desenvolupament, que l'acompanyarà en la seva evolució i complexitat mentre ho requereixi.

Acompanya'm es troba ubicada a un lateral del Monestir de Santa Maria de Valldonezlla. El Centre s'estructura en 5 llars de convivència de 5-6 places cadascun. Disposa de 2 aules d'ensenyament, un pati comunitari i espais per activitats lúdiques, d'interacció social, un gimnàs, així com espais per atendre a les famílies i sales de comunicació on es desenvolupen intervencions orientades a millorar la mentalització dels conflictes i la recuperació del món emocional malmès pel maltractament rebut o per esdeveniments vitals altament estressants. La unitat desenvolupa un model d'atenció que vol ser pioner, tant en relació a la teràpia individual com familiar, amb grups multi-familiars i d'autoajuda entre d'altres, com en relació a l'estructuració, recuperació i integració d'hàbits de la vida diària de la persona atesa. El centre neix incorporant un model de

contenció emocional basat en el progressiu desenvolupament d'eines personals per gestionar el malestar. Es disposa de 3 sales de relaxació especialment dissenyades per aquest fi. El centre es basa en el model bio-psico-social incorporant el treball "en i amb" la comunitat, per donar suport al creixement i recuperació del infant que pateix una malaltia mental. La unitat es centra en la desinstitucionalització, amb ingressos entre 9-18 mesos, i el treball en el propi entorn de vida del nen, oferint intervenció a la unitat, a la comunitat i durant els primers sis mesos després de finalitzar el ingrés. És un projecte veritablement centrat en l'infant, els adults de suport i les seves necessitats, que respecta el procés de trànsit a la comunitat amb una cura individualitzada i específica per cada nen atès.

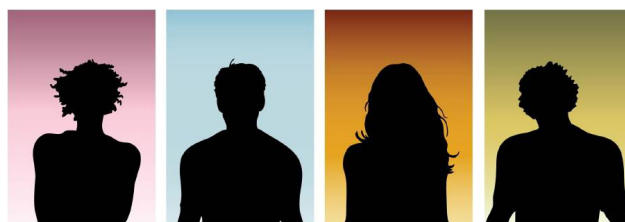
Acompanya'm ha iniciat la seva activitat el 23 d'abril de 2018. Disposa d'atenció socioeducativa, conduïda per educadors socials i mestres del Departament d'Ensenyament, i d'un equip clínic format per psiquiatres, psicòlegs, treballadors socials, Infermeres i auxiliars d'infermeria que potencien i consoliden els hàbits bàsics de la vida diària i la convivència al centre.





Programa de suport en salut mental als centres educatius de l'Alt Penedès

Francisco Moruno
Cap del CSMIJ de l'Alt Penedès



"...un centre educatiu és un àmbit privilegiat per a la promoció de la salut mental i la prevenció dels trastorns mentals i de conducta."



Context

El **"Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions"** elaborat el juliol de 2014, concreta accions en l'àmbit de la prevenció, la detecció precoç, el tractament, la rehabilitació i la reinserció laboral, així com en l'àmbit de suport social i educatiu i a les famílies, per poder potenciar la cooperació interdepartamental i intersectorial, i desenvolupar polítiques que garanteixin la col·laboració i el compromís de les diferents entitats implicades per donar respostes integrals. Així mateix, una de les línies estratègiques del Pla de Salut 2017-2020 parla de millorar la integració amb el serveis no sanitaris, i la col·laboració interdepartamental, fent referència a la promoció de la integració de les intervencions dels serveis de salut, social i educatius de la petita infància, de la població en edat escolar i de l'adolescència amb especial risc o vulnerabilitat. La millora de la prevenció i la detecció precoç, la promoció i l'oferta d'atenció integral i la compleció dels equipaments d'atenció als infants i adolescents són part dels objectius d'aquesta línia estratègica.

Per un altre costat, cal considerar que **un centre educatiu és un àmbit privilegiat per a la promoció de la salut mental i la prevenció dels trastorns mentals i de conducta**. En aquests centres es desenvolupa bona part de la vida dels infants i dels joves i la naturalesa de les relacions que s'hi estableixen influeixen decisivament en el desenvolupament i el benestar emocional dels infants i els joves. Per tot plegat, els **Departaments d'Ensenyament i de Salut** han previst la col·laboració dels seus professionals a diversos nivells amb aquest objectiu, amb actuacions de diferent intensitat de suport, cadascuna d'elles relacionada amb un context educatiu concret i vinculada a un model de col·laboració, en ocasions d'abast universal per promoure la salut mental i en altres, més selectives, per prevenir els trastorns mentals i garantir una adequada detecció i intervencions primerenques en el context escolar.

A la pràctica, aquests models, de menor a major intensitat, es poden classificar en:

- Mesures Universals (per qualsevol centre educatiu).
- Suport Addicional (per centres educatius amb atenció habitual a alumnes amb necessitat educatives especials).
- Suport Addicional Intensiu en centre ordinari (Unitats de Suport a l'Educació Especial – USEE).
- Suport Addicional Intensiu en context escolar adaptat (Aula/programa Integral de suport, Unitats d'Escolarització Compartida (UEC), Centres d'Educació Especial (CEE), IFE).
- Suport Addicional Intensiu en context sanitari (Hospitalització parcial o total).

El programa de suport de salut mental als centres educatius de l'Alt Penedès

El nostre programa s'adreça als centres ordinaris del territori i s'emmarca en el model de suport addicional, amb una intensitat adaptada a les circumstàncies pròpies d'aquests centres i amb la intenció d'escorar cap a una intervenció de caire universal en un futur.

El programa

Estracta d'un model d'intervenció multidisciplinari que compta amb la implicació, per altra part imprescindible, de:

- Direcció del centre.
- Cap d'Estudis.
- Mestre referent d'Educació Especial (MEE).
- Mestre referent dels espais no estructurats (pati).
- Referent de menjador.
- Professional de l'Equip d'Atenció Psicopedagògica (EAP) referent.
- Referent d'aula (tutor).
- Referent del Centre de Salut Mental Infanto Juvenil (CSMIJ).

Missió

La missió del grup multidisciplinari és l'assoliment d'un funcionament i un clima de convivència en el centre, per tal de permetre l'òptim desenvolupament afectiu i relacional de tots els infants, així com el benestar emocional dels professionals que treballen al centre, amb una visió integradora.

Objectius

- Afavorir la integració dins del centre de totes les persones que hi conviuen.
- Potenciar el sentiment de pertinença de totes les persones que conviuen al centre.
- Millorar la qualitat del context de treball dels professionals d'educació i de salut mental implicats.
- Millorar la qualitat de la intervenció terapèutica que es duu a terme des del CSMIJ.
- Desenvolupar projectes específics en relació a la salut mental i el context educatiu.
- Enfortir la relació entre l'àmbit educatiu i el sanitari.
- Adquirir coneixement i capacitat d'innovació en l'abordatge de situacions relacionals complexes.

Accions

Es realitzen sessions de treball d'una durada d'uns 45 min amb una periodicitat en funció de la tasca a desenvolupar i les necessitats del centre, per concretar:

- Plans específics de funcionament del centre en relació a la promoció de la salut mental.
- Plans d'Intervenció individual per algun alumne concret amb necessitats educatives especials i les seves famílies.
- Resolució de conflictes relacionals.
- Resolució de contingències secundàries a circumstàncies que impliquin aspectes psicopatològics.
- Seguiment de casos amb plans d'intervenció coordinats.

- Sessions psico-educatives.
- Establiment de les pautes de relació entre el CSMIJ i el centre educatiu.
- En casos especials es pot incorporar la família de l'alumne implicat per participar del pla d'intervenció o per algun altre objectiu estratègic.
- Disseny per part dels professionals de salut mental, de programes formatius per a ser impartits pel professorat.

Les sessions es panifiquen amb antelació conjuntament entre l'EAP i CSMIJ i, amb el suport constant de la direcció, que és qui lliura l'ordre del dia a tots els convocats, modera les reunions, redacta l'acta i realitza el seguiment dels acords presos.

Resultats

Els professionals dels CSMIJ es van desplaçar de forma periòdica als 18 centres de la comarca de l'Alt Penedès. Es va treballar al voltant de diferents temes: trastorn de l'espectre autista (TEA), trastorns de l'aprenentatge, TDAH, teràpies grupals, consum de tòxics, habilitats socials, trastorns de conducta, absentisme escolar, i el funcionament de serveis de salut mental, a propòsit de 69 casos.

Els professionals del CSMIJ van impartir 2 sessions teòriques sobre desenvolupament emocional, psicopatologia i com intervenir des de les relacions. La valoració mitjançant enquesta als professionals d'ensenyament va ser molt favorable i es va decidir consolidar el programa formatiu pel curs 2017-2018.

Es van resoldre diverses situacions complexes des de la integració, la tolerància i la inclusivitat, confrontant mesures com l'expulsió dels alumnes o la vivència de desbordament i impotència de professors i professores davant determinades conductes.

Amb aquest programa els professionals del CSMIJ ens acostem a l'entorn natural de les persones, per treballar d'una manera molt propera a altres professionals que també intervenen amb els nostres pacients. "Cuidant als cuidadors" hem descobert que no només milloren els pacients sinó que també milloren els contextos i les persones de l'entorn i que, per tant, les persones amb malaltia mental ajuden a ser millors persones i sentir-se millor a tothom que els envolta si trobem la forma de encaixar bé les relacions. No hi ha res millor per a un nen amb problemes de salut mental que el fet de trobar que els demés el consideren "un més de nosaltres".



Les comarques de l'Alt Penedès i el Garraf i el SAFAD

Núria Puentes

Psicòloga i terapeuta familiar
Prevenió de Drogues de l'Alt Penedès
Mancomunitat Penedès-Garraf

Davant la sospita o la certesa del consum de substàncies tòxiques per part de persones que ens són properes, els familiars sovint tenim dubtes sobre com actuar. No resulta gens fàcil obtenir una resposta experta des d'un servei públic: el recurs de referència pels habitants del territori de l'Alt Penedès i Garraf, el centre SPOTT de la Diputació de Barcelona, es troba a la ciutat comtal i resulta poc accessible per a municipis allunyats i mal comunicats. Per a donar resposta a aquesta necessitat, es va crear el SAFAD l'any 2009, inicialment al CAP de Sant Sadurní d'Anoia i posteriorment ampliat també a Vilafranca del Penedès. El servei oferia al principi una tarda a la setmana i, en l'actualitat, s'ha estès a dues tardes i un matí per l'augment progressiu de la demanda. Així, al 2016 es van atendre 388 persones i 422 al 2017.

El objectius del Servei d'Assessorament Familiar d'Alcohol i altres Drogues (SAFAD) són:



- Donar atenció personalitzada a dubtes, qüestions i problemàtiques relacionades amb les drogues i els seus consums.
- Orientar, assessorar i derivar -en cas necessari- a serveis específics treballant la derivació d'una manera gradual.
- Oferir una alternativa psico-educativa a les sancions per consum i tinença de drogues il·legals a persones menors d'edat.

El SAFAD ofereix un servei presencial, de caràcter comunitari, fonamentat sota un model de coordinació, connectant diferents recursos existents de la xarxa socio-sanitària i a la comunitat en la cerca de la màxima efectivitat. La demanda arriba des dels serveis socials, professionals sanitaris, centres educatius, serveis d'ocupació, justícia juvenil, joventut, salut mental, i molt especialment directament de les famílies.

S'atenen usuaris de natura diversa: de qualsevol edat, familiars preocupats per germans, fills, mares i/o pares, o bé persones que per iniciativa pròpia plantegen una problemàtica relacionada amb el consum o el requeriment d'haver de seguir un programa educatiu per evitar la sanció per consum a la via pública. Quan el cas arriba per iniciativa pròpia, és més freqüent que el primer contacte el realitzi un membre preocupat de la família més que el propi afectat. A partir

► Què és?

El **SAFAD**, el Servei d'Assessorament Familiar sobre Alcohol i altres Drogues és un servei presencial d'informació, orientació i assessorament sobre qualsevol dubte o problemàtica que tingui relació amb el consum d'alcohol i altres drogues.

Aquest servei és un pas més de l'**INDROGS**, el Pla Local de Drogues de Vilafranca del Penedès que impulsa accions i recursos útils per al foment de l'actitud crítica i responsable davant determinats comportaments que poden suposar un risc per la salut.

Totalment gratuït i confidencial

► A qui va dirigit?

A qualsevol persona, sigui jove o no, que tingui dubtes sobre el consum de drogues.

A qualsevol pare o mare (o altre familiar) davant el consum del seu fill o filla.

► Com accedir-hi?

Demanant cita prèvia al tel. 931184005, de dilluns a divendres, de 10 a 15h.

► Quin dia i a on?

Tots els dimarts i quinzenalment els dilluns, de 16 a 19h, al CAP Alt Penedès (Pl. Penedès, 1) de Vilafranca del Penedès.

d'aquí es promou sempre un abordatge integral.

La major part de consultes tenen relació amb el consum, o sospita de consum, de cànnabis en població adolescent. En aquests casos la consulta al SAFAD permet:

- Detectar i abordar la situació de consum problemàtic.
- Evidenciar consums esporàdics, no problemàtics.
- Donar sortida a la intranquil·litat dels familiars.
- Treballar els riscos associats al consum.

Els professionals del SAFAD treballen sota un model d'atenció d'enfoc sistèmic, entenent la família com un sistema relacional: un membre canvia quan els altres canvien i per tant, cal també actuar sobre els progenitors. S'entén que el consum problemàtic és una part visible d'altres problemàtiques familiars més soterrades i que per afrontar la situació cal abordar també l'optimització de les dinàmiques familiars especialment en l'àmbit de la comunicació, i dels rols de "parentalitat". En aquest sentit el SAFAD realitza una detecció activa d'altres situacions de risc diferents a les pròpies del consum: dinàmiques familiars no saludables, dificultats personals en l'àmbit relacional, etc. El propòsit final és motivar al canvi front a situacions adverses que habitualment venen de lluny.

En el procés d'atenció es considera clau la transmissió de coneixement, ja que en tots els casos, la desinformació de la família contribueix a augmentar el seu malestar i a potenciar riscos. Per tot plegat no és infreqüent que el SAFAD, en la pràctica, esdevingui un punt de trobada per la moderació entre progenitors i fills/es i en la consecució d'acords i compromisos. En els casos

de consum problemàtic, en els que cal plantejar una derivació a un centre especialitzat, l'atenció que ofereix el SAFAD és preuada pels familiars per l'acompanyament efectiu durant aquest abordatge inicial i per a la millor preparació prèvia a la derivació.

Respecte del comportament de la demanda, la major part de consultes es refereixen al maneig del consum en l'adolescència i s'atén una major proporció de nois respecte a noies, i hem observat com aquesta proporció es va mantenint en el decurs dels anys, la qual cosa dona a pensar que possiblement elles, les noies, presenten menys problemàtica de consum (són més prudentes) o, altrament, que el seu consum és menys visible per estar més estigmatitzat (s'amaguen més). També resulta evident que ha anat en augment la implicació dels referents masculins, per bé que als inicis acudien preferentment les mares soles. En aquest sentit és visible una progressió cultural en el nostre entorn social, respecte a la major implicació de la figura paterna en les tasques educatives dels seus fills/es, o si més no, en relació al servei que oferim.

Més informació sobre drogues:

www.siaj.net/drogues



<http://salut.vilafranca.cat/promocio-de-la-salut-i-participacio/prevencio-de-drogues/servei-dassessorament-dalcohol-i-altres>

La salut comunitària: més enllà de la consulta d'Atenció Primària

Yolanda Rico García

EAP La Gavarra. Infermera referent en salut comunitària. Servei d'Atenció Primària Baix Llobregat Centre. ICS



La **salut** ha estat definida com *"el més alt nivell de benestar: físic, mental, social i de capacitat de funcionament, que permeten els **factors socials** en què viuen immersos l'individu i la col·lectivitat"*⁽¹⁾.

Els darrers anys han estat marcats per una important crisi econòmica amb conseqüències socials sovint dramàtiques. Avui dia són punyents les diferències en salut per motius geogràfics i socioeconòmics, conegudes com **inequitats en salut** pel seu caràcter injust. Aquestes es deuen, en bona part, als determinants socials de la salut: factors estructurals o conjunturals d'una societat o del seu entorn que determinen la salut d'una població, més enllà del propi sistema sanitari.

Els estils de vida de les persones i les condicions en què viuen i treballen exerceixen un gran impacte sobre la seva salut. Si bé és cert que l'atenció sanitària pot perllongar la supervivència i millorar el pronòstic de les malalties, són les condicions socials i econòmiques les que exerceixen una major influència sobre la salut de la població en general. No obstant això, l'accés universal a l'atenció sanitària és també, sense cap

dubte, un dels determinants socials de la salut.

Estudis observacionals i d'intervenció demostren que en la primera infància i en el període prenatal s'estableixen les bases de la salut adulta ⁽²⁾. Un desenvolupament lent i un suport emocional escàs augmenten el risc de tenir una mala salut durant tota la vida i redueixen el funcionament físic, emocional i cognitiu en la maduresa. Aquests riscos que amenacen els infants en desenvolupament són substancialment més grans entre aquells nens i nenes que viuen en condicions socioeconòmiques deficientes.

Els éssers humans, en qualitat de ser social, no necessitem només comptar amb unes bones condicions materials, sinó que ja des de la primera infància necessitem sentir-nos valorats i estimats. Necessitem amics, necessitem societats més sociables, necessitem sentir-nos útils i necessitem un cert nivell de control sobre un treball valuós. Sense tot això, ens tornem més propensos a la depressió, a l'ús de les drogues, a l'ansietat, l'hostilitat i la desesperació, i tot això repercuteix en la salut física.



La millor manera de reduir el risc de patir malalties durant la edat adulta és millorar l'atenció sanitària preventiva a les mares i nens en els períodes prenatal i post natal, promovent el benestar infantil, els serveis mèdics escolars i millorant el nivell educatiu dels progenitors i dels infants. Aquest tipus de programes d'educació i salut tenen uns beneficis directes, per una banda consciencien els pares i mares de les necessitats dels seus fills i els fan més receptius a la informació sobre la salut i el desenvolupament, i per altra banda, fan que els pares i mares se sentin més segures de la seva tasca. És fonamental donar eines de suport a les famílies en situació de vulnerabilitat amb infants petits.

En aquest sentit és clau promoure les activitats comunitàries, combatre l'aïllament social, reduir la inseguretat material i econòmica i promoure tècniques de superació dels problemes en els programes educatius i de rehabilitació.

Un dels objectius prioritaris del Pla de salut de Catalunya és millorar la salut de les persones a través de l'aplicació sistemàtica de les **intervencions de promoció de la salut i prevenció de la malaltia** en totes les etapes vitals i en els àmbits sanitari, escolar, laboral i comunitari.

La promoció de la salut és el procés de capacització de les persones i les comunitats per augmentar el control sobre la salut i millorar-la ⁽³⁾.

Entre els nous objectius que es plantegen destaquen la necessitat d'incrementar les activitats de promoció de la salut, prevenció primària i secundària de les malalties cròniques (asma, diabetis...) i de l'augment del risc cardiovascular, promoure el desenvolupament psicològic i cognitiu, recomanar estils de vida saludables i prevenir problemes de conducta en la infància. També s'ha d'incloure la promoció de conductes de criança adequades i d'una major autonomia en les cures que depenen de la família, posant el focus en les famílies en risc d'exclusió social per la seva infrautilització dels serveis sanitaris.

Taula 1

	Efectes del determinants socials de la salut
Deteriorament de la qualitat de l'ambient	Preocupa l'augment de la incidència d'algunes malalties, com l'asma o el càncer, i de diferents trastorns del desenvolupament neurològic que s'associen amb la contaminació ambiental.
Obesitat	Diferents estudis han evidenciat un increment notable de la sobrecàrrega en la població infantil i juvenil, havent-se duplicat les taxes en l'última dècada. Al voltant d'un 14% dels espanyols menors de 18 anys pateixen obesitat. Espanya és el quart país de la Unió Europea en ordre de prevalença.
Salut mental	Més del 20% dels nens espanyols pateix algun tipus de trastorn que afecta la seva vida quotidiana, a la de les seves famílies i de la dels seus professors i companys.
Discapacitats	És esperable que les prevalences de discapacitat física i psíquica segueixin creixent com a resultat de la major supervivència associada a la millor assistència sanitària o a les intervencions dels serveis de cures intensives neonatals.
Estils de vida	Molts dels problemes que persisteixen o s'agreugen estan relacionats amb la manera de viure de nens, nenes i famílies, amb els anomenats estils de vida, entesos aquests no només com a conductes individuals sinó com a patrons o formes de viure que es conformen en gran mesura pel context social i físic en què es viu (hàbits saludables, utilització del temps d'oci, etc.).
Adolescència	Les conductes de risc són més freqüents entre els adolescents, que a més van menys a les consultes tradicionals o programades i usen amb més freqüència els serveis d'urgències.
Immigració	Les necessitats i les demandes de salut d'aquests nens procedents de famílies immigrants o d'adopció internacional difereixen en part de les de la població autòctona, però han de ser igualment conegudes i manejades pel pediatre d'atenció primària, sovint primer nexa d'unió entre aquestes persones i el sistema sanitari
Maltractament infantil	Encara que no es tenen xifres precises de la magnitud del problema, s'infereix la seva importància a través d'algunes dades conegudes. Se sap que la mortalitat per maltractament infantil s'ha triplicat entre 1997 i 2001.

Molts dels problemes de salut emergents no poden ser atesos en la forma tradicional des de la consulta d'Atenció Primària o des dels hospitals (Taula 1) ⁽⁴⁾. És necessari sortir dels despatxos i relacionar-nos amb l'entorn natural dels infants: família, escola, associacions comunitàries; promovent dispositius d'atenció propers. Cal tenir una **perspectiva intersectorial** i global que integri les actuacions sobre la salut amb els sectors educatiu i de serveis socials de base. La coordinació dels equips d'atenció primària amb les institucions, entitats i altres agents comunitaris és clau per al desenvolupament de les activitats comunitàries.

Exemples d'aquestes d'activitats en salut comunitària que s'estan duent a terme són: escoles de salut i família, tallers de suport a l'al·letament matern, xerrades de temes rellevants de salut amb adolescents i joves, activitats de promoció de la salut com el dia mundial de l'activitat física,

la setmana sense fum, la setmana del cor, grups de pacients experts, programes grupals d'atenció al malestar emocional, el Programa Infància i dieta mediterrània (Infadimed), el Programa Salut i Escola, les Xarxes d'Infància dels diferents municipis,...

L'objectiu fonamental d'aquestes experiències és promoure la salut, incrementar la qualitat de vida i el benestar social de la població i disminuir la prevalença dels problemes de salut crònics.

Cal incidir en els seus factors de risc, potenciant la capacitat de les persones per abordar els seus problemes, demandes o necessitats i impulsar accions per a la millora de la seva pròpia realitat i en definitiva de la seva pròpia salut.

En tot aquest procés és clau la presa de consciència de tots els actors implicats, l'organització intersectorial i la participació de la comunitat com a base fonamental.



Bibliografia

1. Gol J, editors. Definició de salut. X Congrés de Metges i biòlegs de Llengua Catalana; Perpinyà; 1976.
2. Marmot M, Wilkingson RG, editors. Los hechos probados. Los determinantes sociales de la salud. Edición española, traducción de la 2ª Edición publicado en 2003 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud con el título de Social determinants of health. The solid facts. Second Edition. Ministerio de sanidad y consumo; 2006. Disponible a: <http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
3. Generalitat de Catalunya. Departament de salut. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Direcció general de planificació en salut; 2016. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/Documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf
4. (4) Begoña Domínguez, Carlos Valdivia. La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria; 2012;26(S): 82-87. Disponible a: <http://www.gacetasanitaria.org/es/la-pediatría-atención-primaria-el/articulo/S0213911111002809/>.

Vacunes anti meningocòciques tetravalents A,C, W, Y

Josep Antoni Serrano Marchuet.
Pediatra de l'Equip de Pediatria Alt
Penedès-Garraf. ICS.

Des de fa uns mesos s'han posat a la venda al nostre país dues noves vacunes conjugades tetravalents en front els serogrups A, C, W e Y del meningococ, són Menveo® (GSK) i Nimenrix® (Pfizer).

La pregunta és... **quin és el paper que juguen aquestes vacunes?**

Epidemiologia

L'home és l'única espècie portadora de meningococs, s'estima que gairebé un 10% de la població general i fins a un 25% dels adolescents porten, de manera asimptomàtica, el bacteri en el tracte respiratori superior. Aquest es transmet per les gotetes eliminades amb la respiració.

El serogrup A és el responsable de les grans epidèmies en el món, localitzat en l'anomenat "cinturó de la meningitis" a l'Àfrica. A la resta del món els predominants són els B i C. Darrerament s'ha vist un augment de la incidència del serogrup Y a països com Estats Units Japó o la



República Sud-africana. El serogrup W té una certa tendència a l'augment en diverses zones del món, tendència que també s'ha objectivat al nostre país en els darrers anys, tot i que el serogrup predominant segueix essent el B.

Presentacions i algunes diferències

Menveo® i Nimenrix® es presenten en forma de vial en pols i xeringa pre-carregada amb una dosi de 0,5 ml. Ambdues s'administren per via intramuscular.

Les edats mínimes d'administració vacunes són: Nimenrix®, des de les 6 setmanes d'edat i Menveo®, a partir dels 2 anys.

Esquemes de vacunació

Ambdues vacunes donen protecció amb una sola dosi, tret dels casos en lactants. En aquests moments s'han establert durades de protecció de fins a 5 anys.

Pels lactants que hagin de ser vacunats s'haurà de fer servir el preparat : Nimenrix® amb una

sèrie primària que consisteix en dues dosis, la primera administrada a partir de les 6 setmanes d'edat i amb un interval de 2 mesos entre dosis. Es recomana una tercera dosi de reforç als 12 mesos d'edat.

Recomanacions del Comité Asesor de Vacunas de la AEP pel seu ús

- Informació a les famílies de l'existència d'aquestes vacunes.
- Administració de manera individualitzada a:
 - » Adolescents a partir dels 14 anys que vagin a residir a països en els que la vacuna està indicada o a on la incidència de la malaltia és més elevada,
 - » Majors de 6 setmanes de vida que viatgin a països amb incidència elevada de la malaltia meningocòccica invasiva pels serogrupos inclosos a la vacuna.
 - » Majors de 6 setmanes de vida amb factors de risc de MMI:
 - Asplènia anatòmica o funcional.
 - Dèficit de factors del complement.
 - Tractament con Eculizumab®.
 - Episodi previ de MMI per qualsevol serogrup.
 - Contactes propers del cas índex de MMI per qualsevol dels serogrupos inclosos en la vacuna en el context d'un brot epidèmic.

Compatibilitat amb d'altres vacunes

Menveo® té estudiada la compatibilitat amb les vacunes del calendari sistemàtic, incloses VPH4 i Tdpa i amb les vacunes de viatges Internacionals, febre groga, febre tifoïdal inactivada, encefalitis japonesa y ràbia

Nimenrix® pot ser utilitzada amb les vacunes del calendari sistemàtic, tret de VPH. No té estudis de compatibilitat amb les vacunes de viatges internacionals.



En resumen

Es tracta de vacunes front quatre serogrupos del meningococ que tenen les seves indicacions precises i de les que hem de fer esment a tots els pares dels adolescents tant perquè són un dels principals grups afectats per la malaltia com pel risc que comporten les especials condicions de vida d'aquest col·lectiu i la freqüència amb que viatgen als països de més incidència de malaltia per aquests serogrupos.

Fitxes tècniques

- **Nimenrix.**
- **Menveo.**

Bibliografia

- **Manual de vacunas en línea de la AEP.**

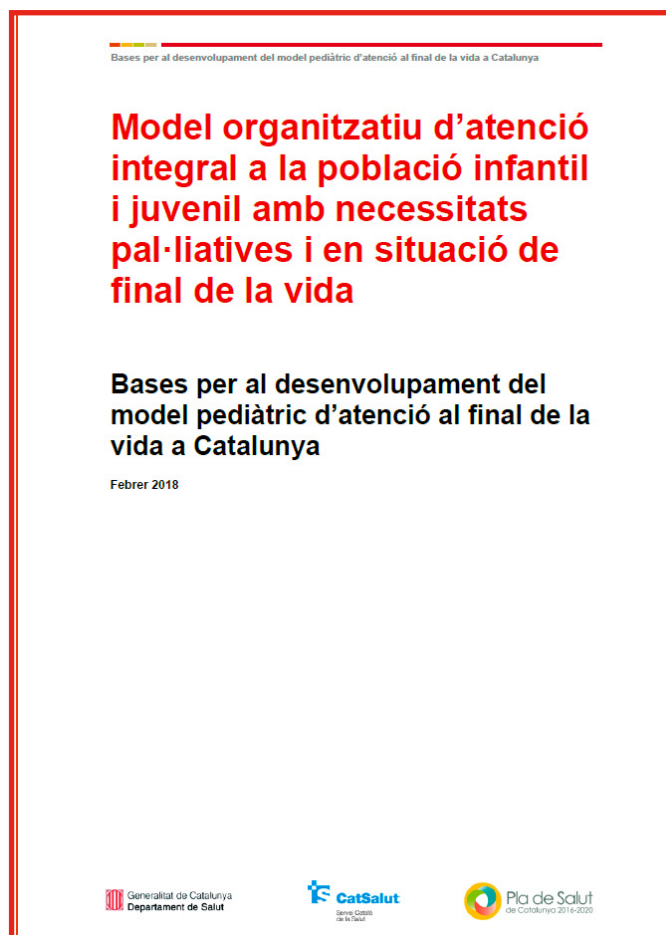
Presentació del document: “Model organitzatiu d’atenció integral a la població infantil i juvenil amb necessitats pal·liatives i en situació de final de la vida”

Sergi Navarro Vilarrubí.

Cap de la Unitat Funcional de Cures Pal·liatives de l’HSJD.

Tal com es desprèn del seu títol, aquest document marca les bases per al desenvolupament de l’atenció pal·liativa pediàtrica, al final de la vida, a Catalunya. Efectivament, gràcies als avenços del coneixement i les noves tecnologies, sortosament cada cop és major la supervivència dels infants atesos que pateixen processos d’alta complexitat a l’hora que, de manera paral·lela, s’enregistra també un augment progressiu del nombre d’infants que queden en una situació de màxima vulnerabilitat i en risc de morir durant l’edat pediàtrica. Aquest fet, aparentment contradictori, no és res més l’altra cara d’una mateixa moneda i, per aquesta raó, cada cop és més prioritari que els professionals que ens dediquem a la pediatria coneguem bé el contingut d’aquest document.

L’actual **Pla de Salut 2016-2020** contempla un objectiu clau per aquest àmbit: “definir i implantar la reordenació de l’atenció pal·liativa i al final de la vida per a la població pediàtrica (i els seus familiars)”.



L’elaboració del document ha estat liderada pel Departament de Salut i ha comptat amb un Grup de Treball de professionals de diferents disciplines (medicina, infermeria, treball social, psicologia,...), àmbits (hospital, Atenció Primària, PADES, Serveis Socials, Escola, gestió, assistencials,...) i especialitats (Pediatria, Medicina Comunitària i de Família, pal·liatòlegs d’adults i de la pediatria) a més de pacients i cuidadors.

Per deixar constància de la rellevància d’aquest repte assistència pot destacar-se que a Catalunya, en el decurs de 10 anys (2005-2014), van morir 4.238 menors de 20 anys. Més de 400 cada any! Per un altre costat, les malalties minoritàries (definides per tenir una prevalença inferior a 5/10.000 persones) s’estima que causen el 35% de les morts de nadons de menys d’un any i el 10% de les morts de criatures entre un i cinc anys. El 50% dels afectats moren abans dels 30 anys.

Per altra banda cal identificar millor la població de la que estem parlat, tot i així el document ens presenta una estimació calculada tal com

es va aplicar en el document de la '*Estrategia de Cuidados Paliativos Pediátricos*' del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (MSSI), s'estima que la mortalitat per malalties incurables que limiten la vida (amb xifres del poblacionals del 2017) és d'entre 150 i 180 nens i la prevalença d'infants amb malalties limitadores o amenaçadores per a la vida és deu vegades més elevada, entre 1.500 i 1.800 nens, i de tots ells es calcula que entre 750 i 900 es troben en la situació de necessitar atenció específica pal·liativa per una major complexitat de les seves necessitats i les de la seva família o entorn cuidador.

A través del Grup de Treball es van identificar uns pilars que posteriorment s'han desenvolupat al document:

- **Àrea clínica:** l'abordatge no només ha de ser de les necessitats físiques, cal un abordatge multidimensional.
- **Atenció centrada en la persona:** del binomi nen i família a través d'una valoració integral i elaboració d'un pla terapèutic individualitzat amb enfoc interdisciplinari.
- **Competències professionals:** formació transversal i específica segons el nivell d'atenció.
- **Cuidar al cuidador:** evitar sobrecàrrega del cuidador i assegurar prevenció i suport del dol
- **Equitat, accessibilitat,** continuïtat i proximitat: criteris unificats i xarxa diferents nivells i regions sanitàries.
- **Atenció domiciliària:** fomentar l'atenció domiciliària del territori amb suport de l'especialitzada en CPP i de la resta de recursos existents
- **Coordinació assistencial:** en molts casos manca un equip referent i en qualsevol cas cal un sistema d'identificació d'aquests pacients així com disposar d'un equip especialitzat i canals de transició a adults ben establert. Probablement el tercer sector segueixi sent essencial en la cobertura de les necessitats psicosocials.
- **Polítiques d'avaluació, millora innovació i recerca:** serà fonamental establir indicadors

de qualitat i optimitzar l'ús de les TICs. No es pot oblidar la necessitat de recerca

- **Adequació estructural i tecnològica:** cal conèixer el directori de recursos actual real i implementar una xarxa que integri l'atenció sociosanitària a les necessitats de la pediatria i assegurar una bona atenció psicosocial i espiritual.

Finalment es fa unes recomanacions específiques per tenir en compte els aspectes diferencials de les **Cures pal·liatives perinatales** (inclou dol perinatal) i l'atenció pal·liativa en **malalties minoritàries**.

Es preveu que caldrà un termini de 2-3 anys per a poder fer una implantació efectiva d'aquest model organitzatiu, creant una xarxa assistencial equitativa al territori.

És imprescindible treballar en la identificació dels pacients, la millora dels canals de comunicació i la coordinació entre els diferents nivells assistencials. En aquest sentit el Grup de Treball de la Societat Catalana de Pediatria de Cronicitat Complexa i Atenció Pal·liativa que ha treballat en l'elaboració del document, seguirà essent nuclear en el desenvolupament de l'Atenció Pal·liativa a Catalunya i els recursos i professionals del territori seran una peça clau sense la que no es pot donar aquesta atenció de manera eficient i adequada.

Caldrà doncs fer èmfasi, per seguir defensant la idea, de que els infants no són adults petits i necessiten, també per les necessitats pal·liatives, professionals experts en pediatria i una xarxa d'atenció pròpia. També serà fonamental innovar en l'atenció a la cronicitat d'alta complexitat que paradigmàticament a pediatria es fa difícil, si no impossible, destriar-lo del model l'atenció pal·liativa que recull el document.

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors/sociosanitari/documentacio/atencio_integral_infanto_paliativa_18.pdf

Cas clínic

Nena de quatre anys amb parotiditis de repetició

**Anna Fernàndez¹, Águeda Díaz²,
Cristina Vázquez², Joan Agulló³,
Anna Miralles³, Immaculada Roig⁴**

¹. Servei de Pediatria HSJD. ². Servei d'ORL HSJD. ³. Servei de Pediatria. Hospital de Palamós. ⁴. ABS Sant Feliu de Guíxols.

Nena de quatre anys d'edat remesa a l'HSJD des de l'hospital de Palamós per haver presentat sis episodis de parotiditis en un any, sense haver-se detectat causa infecciosa ni malaltia subjacent. No presentava antecedents personals ni familiars patològics, estava correctament immunitzada i no tenia al·lèrgies conegudes. L'exploració física per aparells i la somatometria en la consulta externa de Pediatria foren normals excepte la palpació de la zona parotídea. Havia presentat un episodi recent en dies anteriors i les glàndules es palpaven augmentades de tamany i lleument endurides. En el cantó esquerre s'esborrava lleument l'angle de la mandíbula. Valorada per ORL es describia dilatació del conducte de Stenon bilateral sense sortida de saliva amb pressió de les glàndules. A l'hospital emissor s'havia realitzat analítica de sang que no mostrava alteracions remarcables i ecografia de paròtides. Per ecografia no es detectaren litiasis ni lesions sòlides però presentava signes de parotiditis recurrent i imatges compatibles amb sialectàsies (**Figura 1**). Es

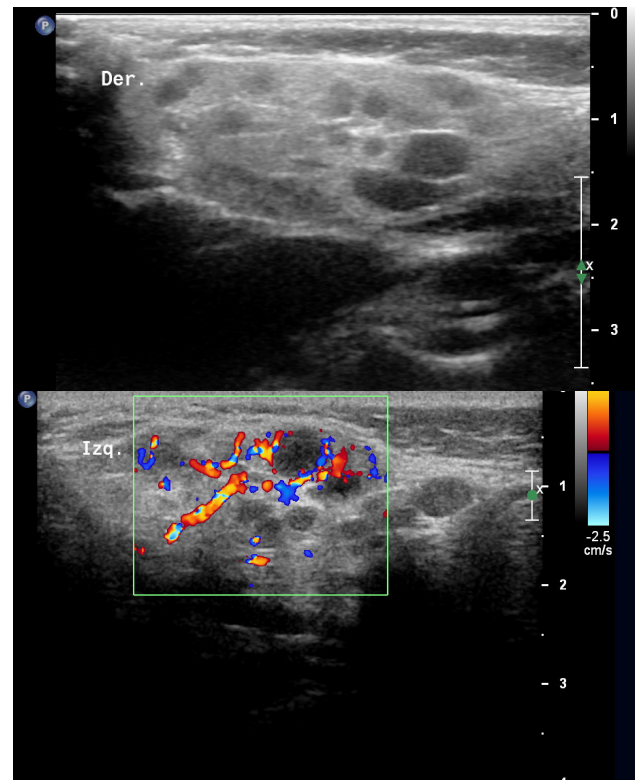


Figura 1. Ecografia de paròtides. Signes ecogràfics de parotiditis crònica bilateral sense detectar-se litiasis ni lesions sòlides

completà l'estudi realitzat per a descartar altres causes descrites de parotiditis recurrent (**Taula 1** i **Figura 2**), sense trobar-se evidència de malaltia sistèmica associada en aquell moment. S'informà la família, es realitzaren recomanacions sobre mesures aconsellades en aquests casos (**Figura 2**) i s'inicià el seguiment. En els mesos posteriors ha continuat presentant episodis de parotiditis unilaterals o bilaterals que es resolen en 5-7 dies sense altra simptomatologia sobreafegida. Donat el nombre elevat d'episodis que ha presentat s'ha decidit realitzar dilatació del conducte de Stenon amb instil·lació d'hidrocortisona i en aquests moments es troba en espera de realitzar-se aquesta tècnica en les properes setmanes.

Què és la parotiditis recurrent juvenil?

La parotiditis recurrent juvenil (PRJ) és una entitat clínica que es presenta en edat pediàtrica i es caracteritza per la inflamació recurrent de la glàndula paròtida amb intervals asimptomàtics i sense malaltia sistèmica associada. S'inicia en-

Patologia	Descripció
Parotiditis epidèmica	El primer episodi de parotiditis recurrent s'acostuma a interpretar com episodi de parotiditis epidèmica per virus de la parotiditis o altres virus (influenza A, parainfluenza 1 i 3, enterovirus, adenovirus, virus Epstein-Barr i citomegalovirus). Produeix clínica més lleu que la parotiditis bacteriana.
Parotiditis bacteriana	Inflamació aguda de la paròtide que cursa amb major afectació de l'estat general, febre elevada, dolor més intens i fins i tot trismus. En ocasions s'objectiva secreció purulenta pel conducte de Stenon. Els agents etiològics més freqüents són <i>Staphylococcus aureus</i> i <i>Streptococcus pneumoniae</i> . És més comú en adults i immune deprimits.
Sialolitiasi	Infreqüent en edat pediàtrica i poc habitual a la glàndula paròtide. Afecta generalment la glàndula submaxil·lar (90%) per formació d'un càlcul en el sistema ductal. Produeix dolor còlic i augment de mida de la glàndula durant els menjars. El diagnòstic es confirma per estudi ecogràfic.
Tumors parotidis	El més freqüent és l'adenoma pleomòrfic o tumor mixt de paròtide. Altres tipus són: hemangiomes, limfangiomes, sarcomes, infiltracions secundàries a neuroblastoma i altres tumors.
Malalties sistèmiques	• Síndrome de Sjögren (SS) Procés autoimmune amb destrucció progressiva de glàndules exocrines. En adults produeix queratoconjuntivitis seca i xerostomia. En edat pediàtrica s'inicia freqüentment amb parotiditis recurrent bilateral sense clínica ocular. La positivitats d'anticossos antinuclears, anti-Ro i anti-La positius, Factor Reumatoide o hipergammaglobulinèmia orientarien cap a aquest trastorn. El SS pot ser primari o secundari a lupus eritematós sistèmic, artritis idiopàtica juvenil, trastorn mixt del teixit connectiu, etc. • Síndrome de Heerfordt (febre uveoparotídia) Forma de sarcoïdosi amb afectació ocular i parotídia. Produeix febre, uveïtis anterior bilateral, tumefacció de la paròtide i paràlisi facial. • Síndrome de Mikulicz Malaltia esclerosant que produeix hipertròfia indolora de glàndules lacrimals, paròtides i submandibulars en processos limfoproliferatius. També existeixen formes idiopàtiques i benignes amb afectació exclusivament parotídia. • Immunodeficiències S'ha descrit parotiditis recurrent associada a dèficit d'Ig A, dèficit d'Ig G3, immunodeficiència comú variable, dèficit de natural killer (NK) i infecció per VIH. • Altres: fibrosi quística, diabetes mellitus, obesitat, malnutrició, malaltia celíaca, anorèxia, bulímia.

Taula 1

Causes de parotiditis i diagnòstic diferencial de la parotiditis recurrent en Pediatria

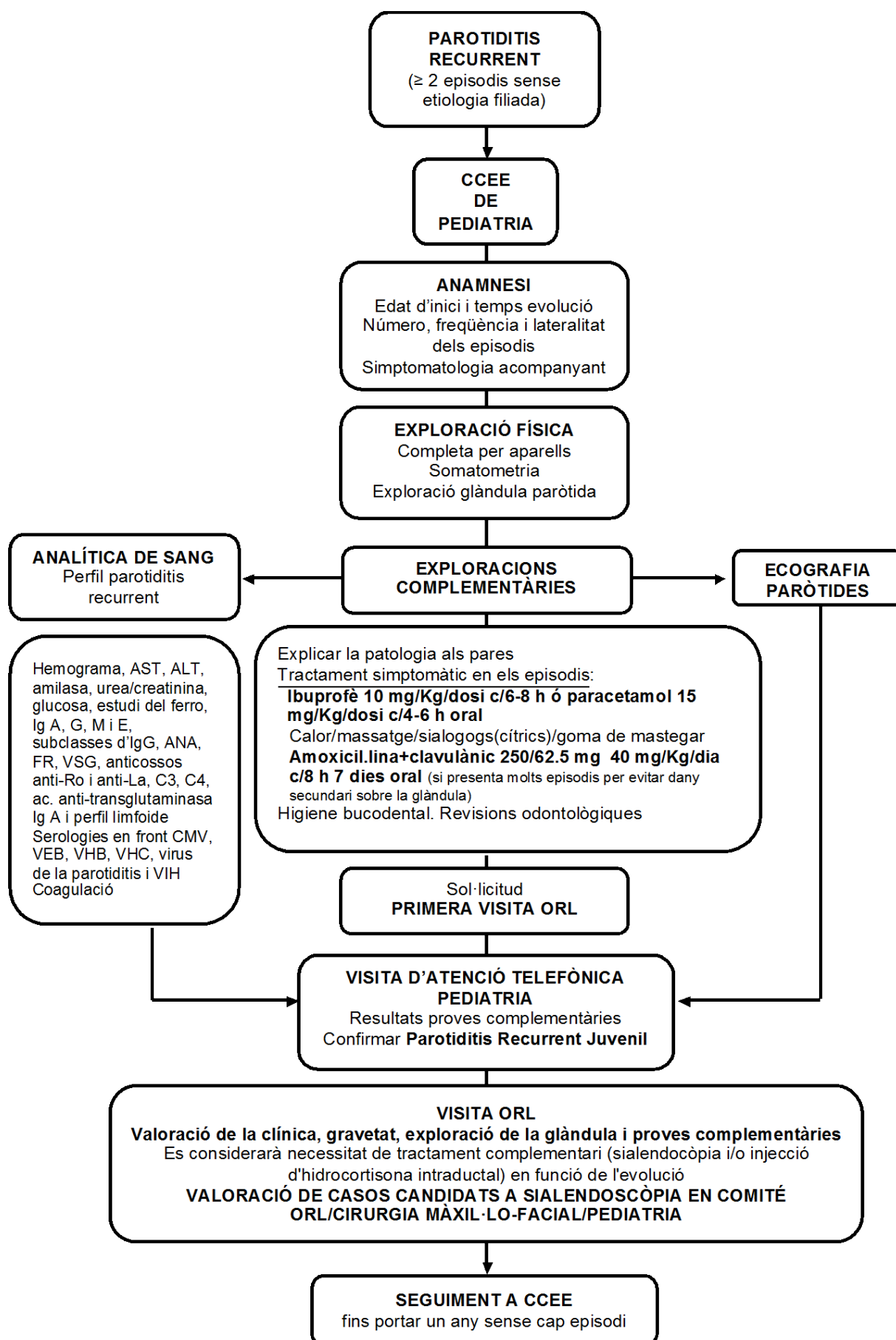


Figura 2

Algoritme de diagnòstic, tractament i seguiment de la parotiditis recurrent juvenil segons protocol actual de l'hospital Sant Joan de Déu (2016).

tre els tres i sis anys d'edat amb més freqüència en nens. Existeixen casos amb debut tardà en la pubertat on es descriu més en el sexe femení. En absència de causa secundària, la majoria de casos (90%) presenta una evolució favorable i els símptomes es resolen espontàniament després de la pubertat sense seqüeles permanents. En pocs casos l'afectació crònica de la glàndula pot progressar amb disminució de la funcionalitat.

La patogènesi de la PRJ és encara desconeguda i existeix consens a favor d'un origen multifactorial. Histològicament existeixen dilatacions quístiques intraductals no obstructives dels conductes perifèrics amb infiltració limfocítica periductal, anomenades sialectàsies que són característiques de la PRJ.

Manifestacions clíniques i diagnòstic diferencial

La clínica inclou episodis recurrents d'inflamació i/o dolor localitzat a la glàndula paròtida acompanyats de febre poc elevada, febrícula o malestar. L'afectació generalment és unilateral però hi ha casos bilaterals. La durada de la simptomatologia oscila entre 2 i 5 dies (màxim dues setmanes) amb resolució espontània i recurrència dels episodis (dos o més per any). El diagnòstic diferencial s'ha de realitzar amb tots aquells processos que cursen amb inflamació de la glàndula paròtida i que queden reflectits a la **Taula 1**.

Diagnòstic i exploracions complementàries

El diagnòstic de la PRJ és fonamentalment clínic i es basa en l'anamnesi, l'exploració física i la realització de proves complementàries per a descartar altres processos. S'aconsella realitzar anàlisi de sang i prova d'imatge per a descartar malalties sistèmiques subjacents i causes secundàries (Taula I). La tècnica d'imatge d'elecció és l'ecografia, que en els darrers anys ha desplaçat la sialografia, per l'elevada sensibilitat en la detecció de les sialectàsies sense necessitat d'irradiar el pacient. També permet detectar càlculs i tumors. Si es detecta lesió sòlida serà necessària la realització de ressonància mag-

nètica (RM). La RM també pot ser útil en funció de la fase de la malaltia, per diferenciar entre canvis inflamatoris aguts i crònics o en casos greus que precisin tractament quirúrgic.

Abordatge terapèutic i pronòstic

El tractament de la PRJ es basa en:

- **Tractament simptomàtic.** S'aplica en els episodis per a reduir els símptomes i prevenir els possibles danys en el parènquima glandular. S'aconsella ibuprofè oral ó paracetamol (si està contraindicat l'ibuprofè) fins a la resolució de la simptomatologia, aplicar calor local i fer massatge de la glàndula.
- **Tractament antibiòtic.** La bibliografia aconsella solament iniciar tractament antibiòtic en casos amb nombre elevat d'episodis (per a prevenir el dany addicional sobre la glàndula paròtida) però no ha mostrat eficàcia en reduir les recurrències. Solament en els casos amb deficiència d'Immunoglobulina. Alguns autors recomanen l'ús d'antibiòtic profilàctics a dosis baixes.
- **Tractament preventiu.** La prevenció és difícil i el tractament preventiu generalment resulta ineficaç per evitar les recurrències. S'ha aconsellat la ingesta abundant de líquids, extremar la higiene bucal i dental, revisions odontològiques periòdiques i ús de goma de mastegar i agents sialogogs (cítrics o àcids) per augmentar la secreció salivar.
- **Tractament intervencionista.** El tractament de la PRJ havia estat fins ara conservador perquè la història natural tendeix a la resolució espontània en la majoria de casos en completar la pubertat. Tot i això, el nombre d'episodis pot ser important (descrits nens amb >10 episodis/any) i s'han comunicat alguns casos que persisteixen en l'edat adulta amb dany permanent sobre la glàndula, dolor, edema crònic i disminució de la funcionalitat. En els darrers anys diversos autors han introduït la realització de sialendoscòpia amb dilatació i aplicació

intraductal de corticoids (hidrocortisona) en el tractament dels nens amb PRJ amb bons resultats, resolució de símptomes i baixa recurrència en el seguiment. Aquests autors proposen un abordatge més intervencionista de la PRJ que inclogui l'ús d'aquests procediments mínimament invasius de forma més precoç amb la finalitat d'intentar reduir el número d'episodis, prevenir els canvis irreversibles sobre la glàndula i millorar la qualitat de vida d'aquests nens sense esperar a la resolució espontània en la pubertat. L'any 2015 també es publicaren resultats satisfactoris amb la instil·lació intraductal d'hidrocortisona (100 mg) sense realització de sialendoscòpia i és bona alternativa en certs casos o centres que no disposin de sialendoscop. Aquests resultats es basen en sèries de casos amb pocs pacients i s'han de considerar amb cautela en espera d'estudis amb més casuística i temps de seguiment. Tractaments quirúrgics com la parotidectomia solament estarien justificats en casos molt greus amb clínica persistent sense resposta a altres teràpies. La **Figura 2** mostra l'algoritme de l'abordatge de la PRJ en base al protocol actual de l'Hospital Sant Joan de Déu, consensuat per Pediatria, ORL i Cirurgia Màxil·lo-Facial l'any 2016.

Bibliografia

1. Capaccio P, Sigismund PE, Luca N, Marchisio P, Pignataro L. Modern management of juvenile recurrent parotiditis. *J Laryngol Otol*. 2012;126(12):1245-60.
2. Hackett AM, Baramano CF, Reed M, Duwuri U, Smith RJ, Mehta D. Sialendoscopy for the treatment of pediatric salivary gland disorders. *Arch Otolaryngol head neck surg*. 2012;138(10):912-5.
3. López E, Vila L, Cacharrón t, Moreno A. Parotiditis recurrente juvenil y déficit de células natural killer. *An Pediatr*. 2012;77:216-7.
4. Baszis K, Toib D, Cooper M, French A, White A. Recurrent parotiditis as a presentation of primary pediatric Sjogren syndrome. *Pediatrics*. 2012;129(1):179-82.
5. anzi P, Occhini A, Pagella F, Marchal F, Benazzo M. Sialendoscopy in juvenile recurrent parotiditis: a review of the literature. *Acta Oto-Laryngol Ital*. 2013;33:367-73.
6. Mikolajczak S, Meyer MF, Beutner D, Luers JC. Treatment of chronic recurrent juvenile parotitis using sialendoscopy. *Acta Oto-Laryngol*. 2014;134:531-5.
7. Schneider H, Koch M, Künzel J, Gillespie MB, Grundtner P, Iro H, Zenk J. Juvenile recurrent parotiditis: a retrospective comparison of sialendoscopy versus conservative therapy. *Laryngoscope*. 2014;124(2):451-5.
8. Akar H, Patiroglu, Duman L. Ig A deficiency in a boy presented recurrent parotitis. *Eur J Microbiol Immunol*. 2014;2:144-6.
9. Schwarz Y, Bezdjan A, Daniel SJ. Sialendoscopy in treating pediatric salivary gland disorders: a systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2018;275(2):347-56.

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 al 1917, interessa aquí de manera especial la "galactosèmia clàssica" amb una freqüència de 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 9p13, del que n'existeixen fins 230 mutacions. La deficiència motivarà, en definitiva, una acumulació de galactosa, de la que la font exògena n'és la llet. La metabolopatia comença per una mala oxidació de galactosa, de manera que la galactosa-1-fosfat no es converteix en glucosa-1-fosfat. Finalment es produeix un



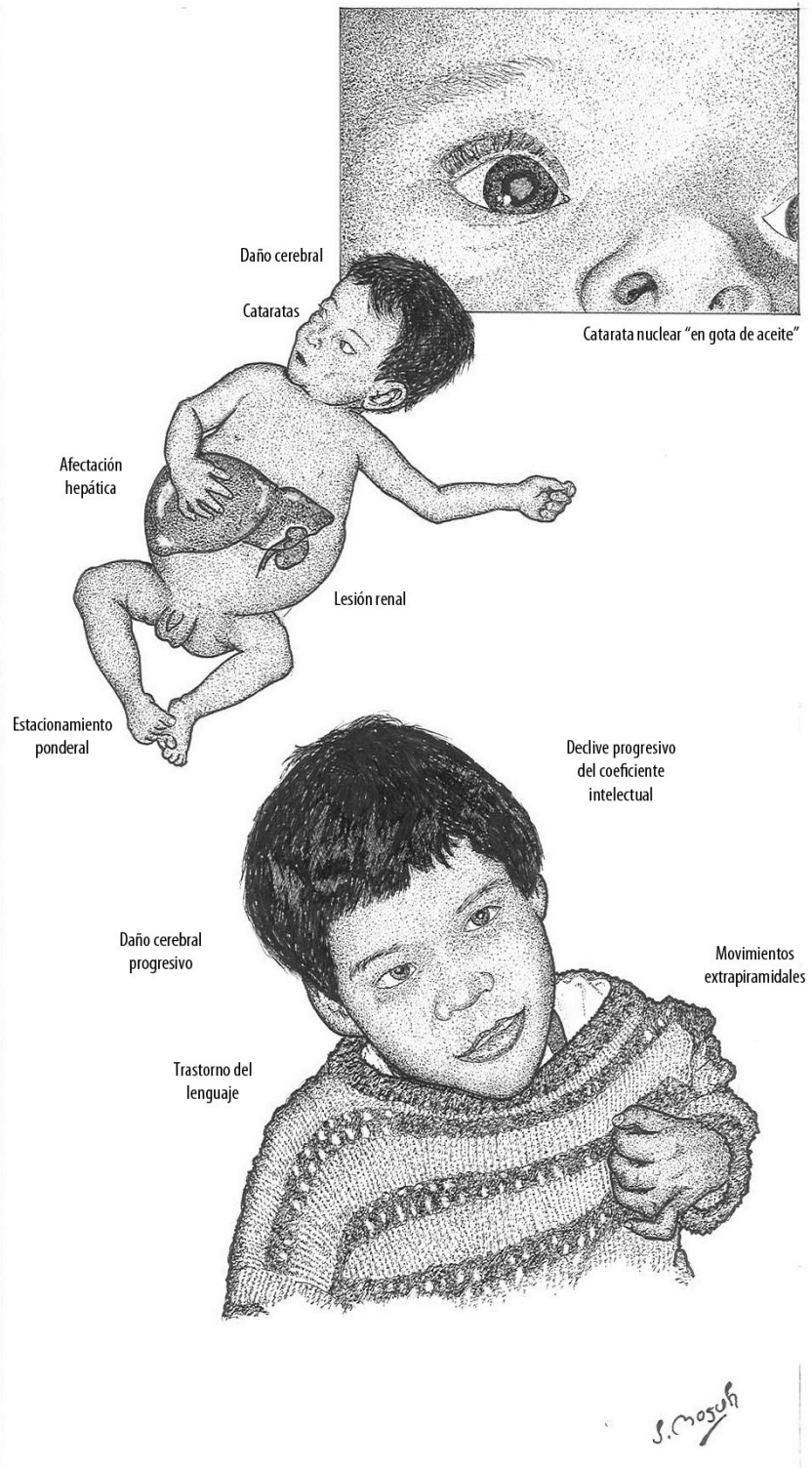
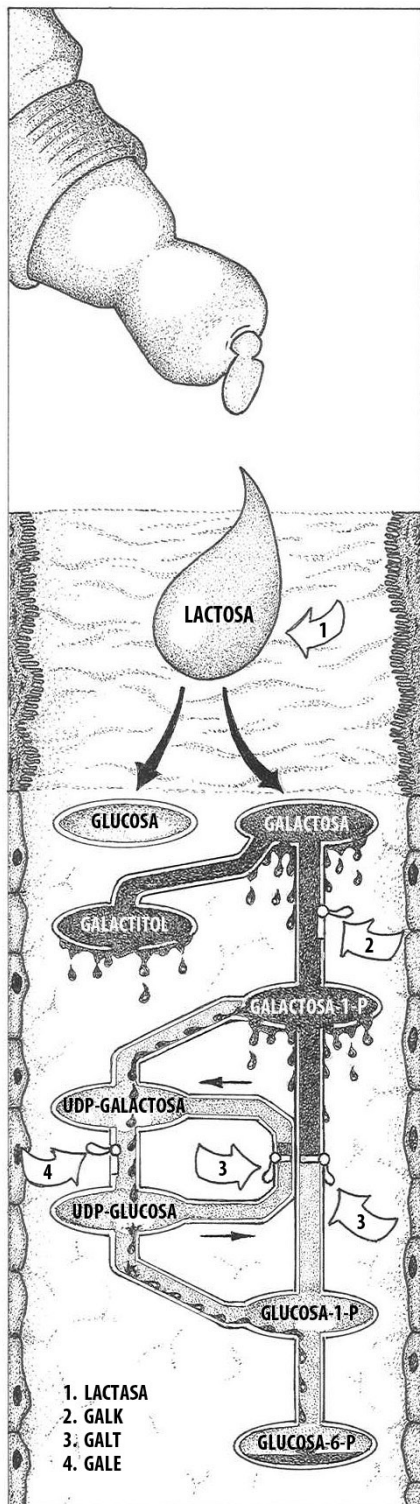
excés de galactosa plasmàtica, així com de galactosa-1-fosfat en els hematies. En ser metabolitzada per vies alternatives, en una d'elles es produeix galactitol. En definitiva, hi ha elevades concentracions de galactitol i galactosa-1-fosfat, i disminuïdes d'uridinfosfat-galactosa, amb trastorn de la síntesis de compostos galactosidats, anomalies de l'apoptosi cel·lular, de la funció del reticle endoplàsmic, entre d'altres, que condueixen a les diverses lesions orgàniques, algunes de tipus epigenètic.

Simptomatologia

Malgrat hi ha variacions, el quadre típic s'inicia quan el nounat comença a prendre galactosa amb la lactància materna o artificial. Destaca la simptomatologia hepàtica amb icterícia colostàsica, vòmits, rebuig de l'aliment, evolucionant l'hepatomegàlia cap a la fibrosi i cirrosi, ascites i la resta de símptomes en absència del tractament. La nefropatia també és primerenca i abasta les alteracions pròpies d'una tubulopatia proximal, mentre que l'afectació nerviosa és més tardana en forma de discapacitat intel·lectual,

síntomes cerebel·losos i extrapiramidals, desencadenats tant per l'acció tòxica metabòlica com per la híper-bilirubinèmia. Com lesió ocular és típica la cataracta nuclear en taca d'oli, congènita o d'aparició primerenca. S'hi afegeix una impregnació diencèfal-hipofisària amb resposta anormal de la gonadotrofina FSH, produint

insuficiència ovàrica freqüent, però no sempre. La meitat dels malalts presentaran osteoporosi per afectació de la matriu col·làgena de l'ós i carència dietètica de calç. En els primers dies de vida el quadre clínic es pot enfosquir per l'associació de sèpsia per E.Colliper disfunció leucocitària.



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

En la deficiència d'epimerasa (UPD-galacto-epimerasa-GALE (locus 1p36), la simptomatologia és molt variable, en ocasions similar a la galactosèmia clàssica i altres atenuada o asimptomàtica.

Diagnòstic

A l'orina es pot detectar la galactosa com cos reductor, però les dades específiques són augment de la 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 híper-bilirubinèmia, aminotransferases augmentades, dèficit de protrombina, albuminúria, glucosúria, aminoacidúria, acidosi tubular. La cataracta serà confirmada amb làmpada de fenedura, mentre RM i PET ajuden a conèixer millor el possible dany nerviós (degeneració de la substància blanca, atròfia cerebel·losa). Un pas més és la confirmació de la deficiència enzimàtica, generalment en els eritròcits, seguida de l'estudi genètic per conèixer el tipus de mutació.

El **diagnòstic diferencial** té el seu major interès en el període neonatal, tenint en compte els processos amb icterícia, hepatopatia, nefropatia o cataracta.

Pronòstic

L'evolució serà bona sempre que s'aconsegueixi un diagnòstic precoç, abans dels dos mesos d'edat. Però algunes seqüeles tardanes depenen més del genotip del pacient que del tipus de 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 les més freqüents en la mutació Q188R. El fet més fonamental per un bon pronòstic és la implantació urgent de la dieta lliure de galactosa, evitant així les seqüeles, inclòs l'hipo-creixement en l'edat pre-puberal, relacionat amb la restricció dietètica, la pertorbació neuroendocrina i l'afectació hepàtica.

Profilaxi

És possible i aconsellable el cribratge neonatal, seguit de l'estudi genètic, a l'objecte de facilitar el tractament precoç i la prevenció en altres familiars. El diagnòstic prenatal amb tècniques d'ADN es practica en vellositats coriòniques, en les que també és possible l'estudi enzimològic, igual que amb els amniòcits.

Terapèutica

Dieta sense galactosa per vida, recordant que predomina a la llet, però n'hi ha quantitats apreciables en llegums, fruites, verdures i vísceres. En el RN i durant els 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, mel. A partir dels 3 anys d'edat, suplementes de calç i vitamina D. Possible tractament de l'afectació ovàrica.

A la mare galactosèmica amb fetus heterozigot se li acostuma a recomanar alimentació sense galactosa, evitant la lactància materna, encara que no existeix 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 Hugas. Ed. Ergon, 2014.).

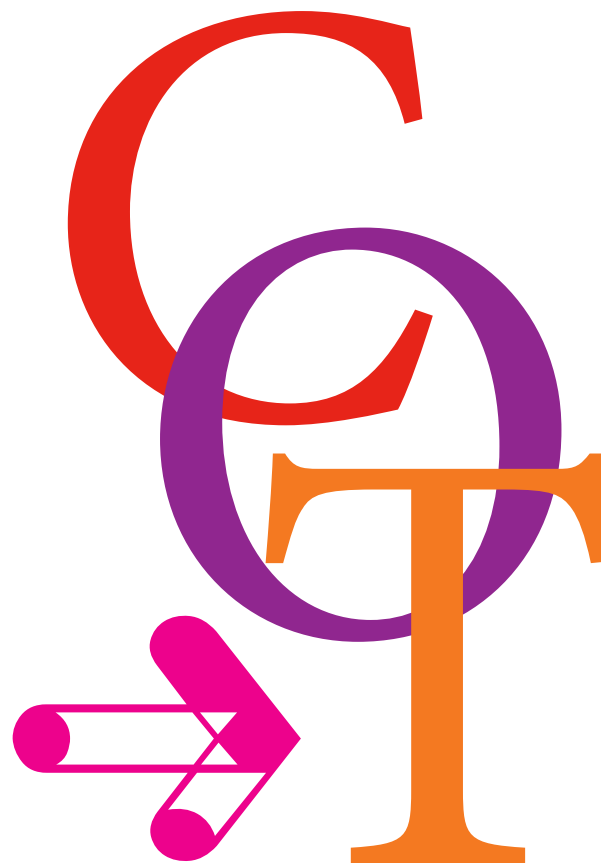


Criteris de derivació entre nivells, de la patologia traumatològica més prevalent en pediatria

Josep Serrat

Programa Vincles.
Adjunt a Direcció de l'HSJD

En el decurs dels anys 2015 y 2016 es van realitzar reunions de consens entre pediatres d'atenció primària, especialistes de COT del segon nivell (inicialment del Consorci Sanitari Integral -CSI- i després es va convidar a la resta de centres de proximitat de tot el territori) i el servei de COT de l'HSJD. Es tractava d'elaborar els criteris de derivació entre nivells per la patologia de traumatologia més prevalent en l'àmbit pediàtric. L'objectiu era ambiciós: determinar quin era l'àmbit de resolució natural de l'atenció pediàtrica per aquests processos de major prevalença i quina situació clínica determinava la derivació al nivell especialitzat, de proximitat o de referència, o directament a un servei d'urgències especialitzat. El propòsit era poder condensar tots aquests criteris en un document molt breu, a poder ser un sol full, que pogués orientar els fluxos dins el territori de referència de l'Hospital Sant Joan de Déu.



Aquest objectiu va néixer d'un encàrrec del mateix CatSalut i la seva pertinència es recolza en l'evidència d'un estudi inicial que posava en evidència que quasi un 35% de les derivacions rebudes a l'HSJD podien haver estat resoltes a un nivell assistencial de menor complexitat.

Aquest consens va estar debatut i explicat en la tercera jornada del curs de protocols del programa VINCLES. Celebrada el passat 25 d'abril.

Podreu trobar la taula amb els criteris a la web de l'HSJD, a l'enllaç següent:

https://www.sjdhospitalbarcelona.org/sites/default/files/u1/Para_profesionales/Programas_otros_centros/criteris-derivacio-traumatologia-ortopedia-sjdbarcelona-2017.pdf

La imatge següent mostra com s'estructura la informació a la taula de consens:

Patologies per ordre de major a menor demanda	Criteris resolució APS	Criteris derivació 2n nivell	Criteris derivació 3r nivell	
	Problema de Salut	Resolució APS	Derivació 2n Nivell (CAE CSI)	Prioritat preferent
	Dolor A. Locomotor (EEII)	Dolors erràtics, intermitents, nocturns sense altres signes o símptomes d'alarma (1)		
	Peus plans	Peus plans laxos infantils, (asimptomàtics per definició)		
	Peus buits (pies cavos)			
	Genu Varo	0-3 anys edat		
	Genu Valgo	Distància intermaleolar en bipedestació (DIM) < 7 cm en <8a		
	Derivació 3r nivell (Servei COT i HSJD)	Comentaris		
	Dolors amb signes d'alarma (1)	. Valorar derivació a REUMATOLOGIA si no hi ha antecedent traumàtic, si el dolor és articular i/o absència de signes radiològics . Es recomana RX en el dolor de maluc si no hi ha bona evolució a les 3 setmanes. En adolescents un dolor de genoll persistent, valorar RX de maluc. En la resta de localitzacions a criteri del pediatra.		
	Malalts sindròmics (neurològics, malformatius, etc.) Peu pla no reductible Pacients simptomàtics (dolor)			
	Derivar sempre al tercer nivell: . Asimptomàtic (derivació ordinària) . Simptomàtic o evolutiu (preferent)			
	Malalts sindròmics (malformatius, carencials, etc.) No correcció espontània >4a Associat a anomalia de torsió (rotació femoral o tibial) Distància Intercondília en bipedestació (DIC) > 5cm en > 2a Signes Rx (p.e. alteració de la fissi de la tibia)	Respecte al mesurament del Genu-varo s'ha de fer amb el pacient en bipedestació tocant lleument els turmells.		
	Malalts sindròmics (malformatius, carencials, etc.) No correcció espontània en 4 anys de seguiment DIM en bipedestació > 7cm a qualsevol edat Associat a anomalia de torsió (rotació femoral o tibial) Unilateral. Alteracions RX del genoll	Respecte al mesurament del Genu-valgo s'ha de fer amb el pacient en bipedestació tocant lleument els genolls.		
	Malalts sindròmics (malformatius, carencials, etc.) No correcció espontània > 8a Associada a anomalia pla frontal (varo-valgo) Alteracions RX del genoll Unilateral			
	Marxa en Rotació Interna (RI) en pacients < 8 anys d'edat	En nens menors de 8 anys amb marxa en RI i caigudes freqüents es pot plantejar derivació a 2n nivell per reforçar criteri del pediatre.		
	Malalts sindròmics (malformatius, carencials, etc.) Escoliosi del lactant o infantil Escoliosi simptomàtica (dolor o rigidesa) Corba > 20° Increment de 5° en el termini d'un any	Corba d'escoliosi entre 10° i 20°	Preferent només si dolor o rigidesa	
	Actitud escoliòtica Escoliosi amb corba < 10°			
	Un correcte escoliograma precisa només de la projecció frontal i cal que es visualitzi tota la pelvis amb la finalitat de valorar l'edat de maduració òssia.			

Amb aquest exercici donem per acabat l'encàrrec d'elaborar criteris de derivació per a les patologies de major demanda pediàtrica. En el moment actual disposem de criteris de consens per ODN, OFT, ORL, DER i COT.

Caldrà fer el seguiment per evidenciar si aquesta estratègia ha resultat exitosa per endreçar els fluxos de pacients i famílies en el territori.



5 minuts

Sessions clíniques
infermeres

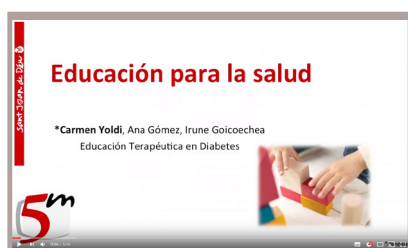
Cèlia Pujol

Infermera. Equip de
Pediatria Alt Penedès

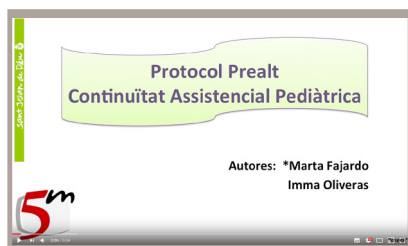
Vegem quina és la proposta de la Cèlia per aquest número!:



- **“Educació sanitària versus educació terapèutica”** En aquest vídeo, la Carme Yoldi, infermera de l'Hospital de Dia de Diabetes de l'HSJD, ens comenta les bases del que segurament és el seu rol més important en el seu dia a dia, l'**educació per a la salut**, en el seu cas adreçat a pacients ja diagnosticats i per prevenir complicacions. Es tracta de fomentar l'autocura empoderant al pacient. La Carme ens recomana una actitud inicial d'escolta activa per conèixer el punt de partida i creences, desplegant, ja en el programa educatiu, un conjunt d'habilitats comunicatives, negociadores i sobre tot molta empatia per a transmetre els coneixements, habilitats i actituds. Es destaca també la importància d'avaluar els coneixements adquirits. Els professionals de la salut sovint no hem estat preparats per a prestar aquest rol i per aquest motiu és important incorporar competències pròpies de l'àmbit de l'educació a la nostra tasca. El missatge de la Carme ens apropa cap aquesta inquietud.
- **“Programa Preatl”** El protocol de preatl forma part de la coordinació entre nivells per garantir la continuïtat assistencial. En aquest vídeo antic, del 2011, la Marta Fajardo, Cap d'Àrea, ens recorda els objectius d'aquest programa, menys arrelat en l'àmbit pediàtric que no en el dels adults, i revisa el circuit actual. No tots els pacients són susceptibles de rebre el preatl: cal que hi hagi un problema de salut que precisi de continuïtat de cures i d'educació sanitària i un cuidador amb perfil adequat. El circuit inicia a l'HSJD amb l'informe emès per la infermera cuidadora del pacient i es traspasa a la gestora de casos de l'Hospital que el trametrà a la seva vegada gestora de casos de l'APS, que el farà arribar a l'equip assistencial del nen a l'àmbit de l'APS. L'objectiu és que amb un marge de 24-48 hores abans de l'alta l'equip d'APS conegui el cas i pugui planificar un contacte a domicili o al Centre de Salut en un termini no superior a les 24h de l'alta. Es destaca novament la importància de l'avaluació per a quantificar els resultats assolits.



Educació sanitària versus educació terapèutica



Programa Preatl

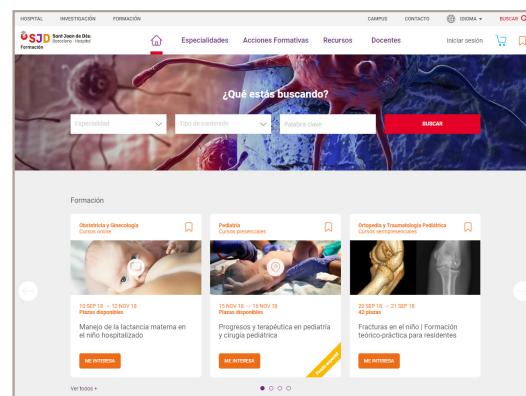
Recordem que si voleu visualitzar totes les sessions, es pot accedir a través d'aquest link: <http://www.youtube.com/playlist?list=PLCE1125336F297118>. També podeu fer arribar qualsevol suggeriment a l'equip de 5' a través de l'adreça de mail: 5minuts@sjdhospitalbarcelona.org

Cursos

Formació SJD

S'està treballant en el nou portal de **Formació Sant Joan de Déu**. En breu us oferirem en aquest espai el llistat de l'oferta de cursos i jornades. De moment podeu entrar a la versió en castellà d'aquest nou portal:

<https://formacion.sjdhospitalbarcelona.org/>



Els infants de famílies amb pocs recursos tenen més problemes de salut

Lourdes Campuzano
Comunicació HSJD

L'Hospital Sant Joan de Déu i l'Associació Educativa Nou Quixalles apleguen un centenar d'entitats socials en la primera Jornada sobre pobresa infantil i salut.

En els darrers anys la pobresa infantil ha augmentat a Catalunya. Segons dades de l'IDESCAT un 29% dels infants catalans (prop de mig milió) es trobaven en risc de pobresa l'any 2015. La situació derivada de la crisi econòmica dels darrers anys ha tingut un gran impacte en les famílies i col·lectius més vulnerables perquè ha limitat la seva renda (degut a l'alta taxa d'atur i la baixada dels salaris) i, en conseqüència, ha empitjorat les seves condicions de vida, treball i habitatge. Els infants que pertanyen a aquestes famílies ho han patit directament en tots els aspectes i, en concret, en el seu estat de salut.

L'estat de salut dels infants depèn en bona part del nivell socioeconòmic dels seus progenitors i els que pertanyen a famílies amb menor nivell socioeconòmic presenten més problemes de salut, un fet que pot tenir conseqüències nefas-



HSJD
Sant Joan de Déu
Barcelona · Hospital

AE NQ
Associació Educativa
NOU QUITXALLES

Jornada sobre pobresa infantil i salut

1 de març del 2018
de 9 a 14 hores

Auditori Edifici Docent, Hospital Sant Joan de Déu, carrer Santa Rosa, 29-57, d'Esplugues de Llobregat

tes en altres àmbits com l'educatiu i el social, i condicionar el seu futur. Aquesta situació es veu agreujada en el cas dels infants que tenen discapacitats o malalties cròniques i que encara pateixen més l'impacte de la pobresa en la seva salut per què de vegades la seva cura requereix de productes específics que les seves famílies no poden comprar.

Un informe de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS) sobre les desigualtats socioeconòmiques en la salut (publicat al març de 2017) revela, a més, que els infants amb menor nivell socioeconòmic presenten fins a 5 vegades més morbiditat, consumeixen més fàrmacs (el triple de psicofàrmacs) que la resta de la població infantil, visiten amb més freqüència els centres de salut mental (5,9% de les nenes i un 11,4% dels nens enfront de l'1,3 i del 2,2% en les nenes i nens de major nivell socioeconòmic) i ingressen més als hospitals (45 nenes i 58 nens per cada 1.000 enfront de 13 i 26, respectivament) i especialment als hospitals psiquiàtrics.

Els infants que pertanyen a famílies amb pocs recursos corren el risc d'arribar a adults amb pitjor salut, menor nivell educatiu i menor nivell socioeconòmic que la resta si no s'actua. Recentment, l'Hospital Sant Joan de Déu i l'Associació Educativa Nou Quixalles han organitzat la primera Jornada sobre la pobresa infantil i salut. Hi ha assistit un centenar d'entitats socials que treballen en aquest àmbit i que han compartit les iniciatives que duen a terme per intentar canviar aquesta tendència.

Aquestes entitats han detectat que els infants amb menys recursos presenten amb més freqüència els següents problemes de salut

Obesitat i/o malnutrició

Els infants en risc d'exclusió social presenten més obesitat que la resta de la població infantil i, per tant, tenen més risc de patir altres malalties en arribar a l'edat adulta. Un estudi de Save the Children xifra en un 10% més el percentatge d'infants amb pocs recursos que són obesos respecte a la resta de la població infantil (un 33% enfront d'un 23%).

Uns mals hàbits alimentaris i la manca de recursos en són les causes. Alguns infants no tenen bons hàbits alimentaris, no practiquen activitats extraescolars esportives per manca de recursos, mengen molts productes rics en greixos –pel seu cost, més assequible– o es salten àpats perquè les seves famílies no disposen de recursos per comprar-ne.

Diverses entitats han impulsat a Catalunya iniciatives per combatre aquesta tendència. La Fundació Probitas i l'entitat Fundisoc, per exemple, organitzen casals d'estiu per garantir que els menors amb menys recursos puguin menjar un plat nutritiu al dia durant els períodes no lectius. Probitas, a més, té un programa per garantir que els menors més vulnerables d'educació infantil i primària rebin un esmorzar saludable i organitza tallers per promoure en aquests infants i les seves famílies una alimentació saludable i la pràctica de l'esport.

La Fundació l'Esperança ajuda a les dones sense recursos que acaben de ser mares a recuperar-se del part i els ensenyen, a través

de sessions informatives i tallers interactius, a alimentar els seus fills, conèixer les malalties comuns que poden tenir i saber com abordar-les.

Salut mental

La crisi econòmica ha tingut un impacte directe en la salut dels infants i adolescents, i especialment en els que pertanyen a famílies amb menys recursos. L'Hospital Sant Joan de Déu ha constatat que en els darrers anys s'ha produït un notable augment dels infants que presenten trastorns d'adaptació i que es manifesten de manera diversa –en forma d'ansietat o conductes agressives, per exemple– segons el caràcter del nen.

Una exposició perllongada a situacions d'estrès, com la que viuen molts nens que pertanyen a famílies sense recursos, impedeix als infants aprendre a gestionar les seves emocions i els incapacita per fer front a noves situacions d'estrès, perquè en el seu entorn no disposen d'eines per fer-ho. A més, diversos estudis demostren que l'estrès fa augmentar la hormona del cortisol i que una exposició perllongada en el temps pot predisposar a la persona a patir més problemes de salut, no tan sols mentals sinó també físics.

Entitats com l'Associació Juvenil Esquitx o la Fundació Nou Barris per a la Salut Mental han impulsat iniciatives per donar suport a aquests infants. La primera, que actua a Sabadell, treballa per oferir a més d'un centenar d'infants d'entre 3 i 16 anys un espai on puguin expressar les seves emocions i donar-los eines per què aprenguin a gestionar-les. La segona ha creat un servei d'atenció en salut mental als infants que han patit desemparament i han estat tutelats per la DGAIA. L'Associació Cultura Tretze acompanya els joves nouvinguts per ajudar-los a superar el dol migratori.



Problemes de salut bucodental

La xarxa de centres socioeducatius de la Fundació Pere Tarrés va fer al 2016 un estudi per avaluar la salut bucodental dels infants de famílies amb rendes per sota de la mitjana de Barcelona. Van descobrir que el 66% presentaven afeccions que requerien tractament; tenien càries en una mitjana de 4 dents i el 65% no havia anat mai al dentista ni tenia l'hàbit de raspallar-se les dents.

Diferents entitats han endegat iniciatives per promoure bons hàbits de salut bucodental en aquest col·lectiu. És el cas del Centre Obert El Submarí - Fundació Mans a les Mans, que des de l'any 2012 té un programa per fomentar l'hàbit de rentar-se les dents entre els infants en situació vulnerable i ensenyar-los a fer-ho correctament. També ha dut a terme iniciatives per facilitar el tractament als infants que presenten afeccions atès que es tracta d'una prestació no coberta per la sanitat pública.

Problemes oftalmològics

Alguns infants de famílies amb renda baixa presenten fracàs escolar degut a una mala visió. Com no veuen el que s'escriu a la pissarra

o no poden llegir amb nitidesa un llibre, no segueixen el ritme de les classes. Sovint els seus pares o no detecten el problema o no disposen de recursos per resoldre'l, per comprar-li unes ulleres.

En aquest context, la Fundació Centre Obert Joan Salvador Gavina, en col·laboració amb la Fundació Ramon Martí i Bonet contra la ceguesa i la Vista Clínica Oftalmològica Tetuan, han impulsat un programa per acompanyar aquests infants a fer-se una revisió oftalmològica i facilitar-los, a un preu molt reduït, ulleres si s'escau.

Declaració pública

Els organitzadors de la jornada faran entrega al Síndic de Greuges una declaració en la qual fan una crida a la societat civil, entitats socials i administracions a actuar conjuntament per desenvolupar intervencions comunitàries i integrals en els diferents entorns del nen i a dedicar més recursos per combatre la pobresa infantil.

La declaració demana també que es dediquin més esforços a combatre la pobresa infantil i que es prioritzi l'assignació dels recursos existents en aquelles situacions familiars o personals en les quals hi hagi nens i adolescents, especialment si pateixen alguna malaltia.



En aquestes adreces podeu actualitzar els vostres coneixements de Pediatria:



First Steps Nutrition Trust

Enllaç a la pàgina

És una pàgina dedicada a l'alimentació infantil suportada per diverses institucions i personalitats del món de l'alimentació, entre elles Jamie Oliver. Destaca perquè hi ha abundants recursos per a fer una alimentació saludable durant l'embaràs, els primers mesos i anys de vida. A banda d'unes molt bones i sanes recomanacions

hi ha multitud de fotografies per comprendre amb facilitat les quantitats i mesures que hem de donar als més menuts. Destaca tant pel text com per les imatges. Sens dubte una eina de molta utilitat per a tots aquells especialment interessats en l'alimentació infantil i un "atles" de consulta per a tots.



Dos pediatras en casa

Enllaç al bloc

Els autors d'aquest bloc són Elena Blanco i Gonzalo Oñoro, pediatres i pares. L'objectiu del blog és divulgar sobre la salut dels nens de forma senzilla i comprensible. Tracten temes generals sobre malalties i dubtes que podria tenir qualsevol pare o mare en acudir a la consulta d'un pediatre. El llenguatge que utilitzen és senzill i directe, donant-li importància a que el missatge "cali" en aquest pare/mare que té dubtes.

Hi ha tres seccions amb entitat pròpia en constant desenvolupament: **1)** Sospitosos Habituals (en la qual parlen de malalties típiques de col·legi i guarderia amb nom propi), **2)** Mites i Llegendes (en la qual repassen temes pediàtrics diversos a través dels mites i llegendes d'aquestes malalties en la cultura popular) i **3)** Consells sobre Lactància Materna.

A xarxes socials a més tenen els seus **#Pediconsejos** (iconografia senzilla i directa sobre la salut dels nens).

Quant al **target**, el seu públic objectiu seria qualsevol pare/mare que tingui un dubte i busca

a internet informació sobre el que li passa al seu fill. L'objectiu és que el que llegeixi al web tingui rigor científic i li serveixi de veritat, el que no descarta que pugui ser també un bloc d'interès per a professionals

Preguntes més freqüents: PMF Recomanacions per a l'alimentació en la primera infància (de 0 a 3 anys)



Preguntes més freqüents.
Alimentació de 0 a 3 anys

[Enllaç al document](#)

Aquest és el tercer i darrer exemplar que el departament de Salut, amb l'assessoria d'experts en tots els àmbits, ha editat sobre l'alimentació infantil. Complementa els documents que, en aquesta mateixa, secció apareixen en el número 16 d'aquesta revista.

En format de pregunta/resposta repassa

diverses qüestions sobre l'alimentació infantil agrupades en diversos apartats: lactància, alimentació complementària, textures, alimentacions no habituals, recomanacions generals, seguretat alimentària i d'altres.

Juntament amb els altres dos manuals no pot faltar a la consulta de qui treballi la pediatria.

Vacunación en trabajadores sanitarios

Abril 2017

Vacunación en profesionales sanitarios

[Enllaç al document](#)

El títol no amaga res. Extens document sobre l'estat, les necessitats i la idoneïtat de les diverses vacunacions en els professionals sanitaris. Sobren massa comentaris i el que cal és que un

nombre major de nosaltres ens vacunem d'allò que se'ns recomana. Per la nostra salut, per la dels que ens envolten i per la dels nostres pacients.



Mi pediatra vegetariano

Enllaç al bloc

Aquest és el bloc de Miriam Martínez Biarge, pediatra neonatòloga i una de les màximes autoritats en alimentació vegetariana del nostre país. Dins del bloc hi ha dos apartats ben diferenciats: un on hi penja regularment posts sobre alimentació infantil en general, amb especial èmfasi en els temes de vegetarianisme i un altre amb indicacions sobre

suplements autènticament vegans que pot ser un bon referent per a tots aquells que de manera més o menys puntual ens trobem amb famílies que opten per aquest tipus d'alimentació. Al bloc també hi ha una secció on, de manera breu i puntual, es poden fer consultes que són respostes de manera gratuïta.



Entrevista amb Maria Josep Planas, fins fa poc directora d'Experiència del Pacient, Planificació i Captació de Fons de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

Entrevista feta per **Albert Moltó**, Cap Comunicació HSJD



La Maria Josep Planas va començar la seva trajectòria professional com a infermera per la seva vocació de donar servei a les persones. "És una manera de ser" ens explica en aquesta entrevista. Però de seguida va implicar-se en la gestió "perquè soc una persona molt curiosa i sempre m'he preguntat: i per què no?". Ha estat coordinadora de la unitat de Neonatologia de la Mútua de Terrassa, Cap d'Àrea al Hospital de Sant Pau, directora Infermera a la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, directora Infermera a l'Hospital Sant Joan de Déu de Manresa i directora de Planificació, Experiència del pacient i Captació de fons de Sant Joan de Déu a Barcelona.

Fa uns 15 anys vas arribar a l'Hospital Sant Joan de Déu on has acabat la teva activitat professional. Què t'ha aportat aquesta etapa?

"...perquè soc una persona molt curiosa i sempre m'he preguntat: i per què no?"

- *"Sí, a Sant Joan de Déu he fet la darrera parada del meu projecte, començant com a Directora de Planificació. Ha sigut una etapa molt engrescadora perquè s'ha pogut canviar moltes coses, s'ha pogut treballar molt en favor dels infants i les famílies, és a dir, tot allò que va ser el meu objectiu al principi de la meva vida professional: què es podia fer per millorar la vida de les persones malaltes, des de la Infermeria, des de la Planificació o des de la gestió".*

Darrerament, t'has centrat molt en l'Experiència del pacient. Com ha evolucionat aquest àmbit en el dia a dia dels hospitals?

- *"És un tema que ve dels Estats Units, igual que tot l'àmbit de fer els hospitals pediàtrics diferents dels d'adults, amb serveis d'acompanyament emocional, l'Hospital Amic, etc. Els hospitals americans van decidir adaptar una dinàmica que ja funcionava al món del consum, del màrqueting o del customer experience, al món sanitari. Es tracta de posar a l'usuari final al principi del procés i treballar amb les noves tècniques del design thinking que ja feia servir el*

món de la indústria. I això és el que hem mirat de fer nosaltres també: conèixer primer les necessitats de l'usuari i després dissenyar el servei d'acord a elles.

Tot s'orienta a esbrinar quines són les necessitats, desitjos, vivències, etc., dels nostres pacients i famílies i, a partir d'aquí, creem el servei, ja sigui arquitectònic, una prestació o un circuit. Abans de dissenyar cap servei, fem una recerca amb els usuaris de les seves vivències, experiències, de com se senten, de què és el que recorden quan marxen d'alta, d'allò que han trobat a faltar... i amb tot això, treballat i traduït adequadament, fem el disseny i, un cop creat el servei, tornem a preguntar si hem complert les seves expectatives. Durant el procés, fem servir noves eines com el **patient journey**, que vol dir explorar totes les emocions que ha experimentat un pacient des que entra a l'hospital fins que marxa. És molt important, perquè de vegades et trobes amb suggeriments que ni tu t'esperes. En definitiva, es tracta de dissenyar serveis a partir de l'experiència de qui serà l'usuari final”.

Cap a on ha d'evolucionar aquesta nova forma de fer les coses?

- “D'entrada, els professionals s'han d'engrescar amb aquest sistema i també les famílies s'han d'acostumar a aquesta nova forma de treballar i han d'aprendre a ser participants. Encara falta una mica de maduresa, algunes famílies no s'acaben d'atrevir a explicar-nos com es senten. En el cas de l'Hospital Sant Joan de Déu és més fàcil perquè tenim pares joves amb nens petits, que estan ben informats. Però és necessari que no tinguin por a parlar, a expressar tot allò que pensen que falta per millorar el nostre servei”.

Pots posar algun exemple?

- “La Guia de la primera notícia seria un bon exemple, ja que l'hem concebut des del primer moment amb la participació de les famílies. És una guia perquè els professionals puguin informar als pares del diagnòstic del seu fill de la millor manera possible, diagnòstics poc favorables – malalties cròniques, malformacions...-. En un principi, nosaltres li donàvem molta importància al lloc on es donava aquesta



notícia. Pensàvem que havia de ser un espai confortable i amb intimitat. Està clar que ha de ser així, però, quan parles amb les famílies, ells van més enllà i, apart del lloc, li donen molta importància al temps que passa entre el dia que reben la notícia del diagnòstic i el dia que venen a la següent visita. Els 15 dies que pot haver-hi entre les dues cites es fan eterns, rebent inputs d'altres fonts que no sempre són fiables. Nosaltres no hi havíem pensant... Això ens ha fet revisar el circuit d'aquest temps entre la notícia i la següent consulta; s'ha de pensar en sistemes d'acompanyament - que no cal que sigui el metge-, fins al següent contacte. És això el que ens hem proposat millorar junt amb altres aspectes, com la formació dels professionals perquè facin una bona comunicació interpersonal, etc.. Sens dubte, les metodologies d'Experiència del Pacient i la forma de treballar, és un tema que ha vingut per quedar-s'hi.



Un altre exemple serien els diaris d'experiència. De cara a la construcció del SJD Pediatric Cancer Center Barcelona, vam demanar a les famílies de pacients d'Oncologia que fessin un diari de la seva experiència a l'hospital. Vam repartir llibretes perquè volíem conèixer les seves vivències i les seves emocions de cada moment i els vam demanar que omplissin aquest diari. No es tracta d'opinar sobre els metges o les infermeres, ni es tracta d'un llibre de queixes o agraïments (tot i que a vegades n'hi ha), es tracta que ens expliquin com viuen la seva experiència. Al cap d'uns dies els vam recollir i ens vam trobar amb un material molt, molt valuós de cara a concebre el nou centre.

Una altra de les fites de l'Hospital Sant Joan de Déu pel que fa a tot allò que envolta l'assistència, ha estat la implantació de l'Hospital Amic. Per què és tan important aquest àmbit?

- "Partim de la definició de que un nen és una "personeta" centrada en el món de les emocions, perquè no té molt coneixement, al contrari que els adults. I el seu món emocional, va estretament lligat sobretot a la família, els pares en primer lloc. Un món que li genera seguretat i benestar. Quan això es trenca per una hospitalització, si no hi fem res, el nen té dos problemes: la malaltia i el trencament d'aquest món de confiança en el que està acostumat a viure. Som conscients que mai estarà com a casa, però sí que podem acompanyar aquest ingrés hospitalari de manera que el nen no deixi de ser-ho pel fet d'estar a l'hospital. I aquí és on entren els voluntaris, els professionals Child life, els pallassos, els músics o els gossos, entre d'altres, però també i sobretot, la política que tenim de que els pares han d'estar sempre al costat del seu fill. És un camí llarg perquè s'han de trencar normes, saltar-se alguns dels procediments habituals clàssics dels hospitals, en definitiva, canviar costums adquirits des de fa molts anys. No és habitual encara avui a molts hospitals, que els pares estiguin amb el seu fill al box d'urgències mentre li fan els procediments (punxar, suturar una ferida, fer una punció lumbar, etc.), i encara menys habitual que puguin entrar amb ell fins al quiròfan, o puguin estar les 24 hores a la UCI...".

*"...el funcionament dels
hospitals ha canviat poc al
llarg del temps i ha evolucionat
poc la cultura interna"*

Per què només s'ha fet pràcticament en l'àmbit pediàtric i no tant en els centres d'adults?

- "Al món dels adults, a aquests temes no se'ls ha donat tanta importància. Però els adults també viuen molt les emocions, amb preocupacions que el nen no té, com la feina, la família o els ingressos econòmics. Però és molt més difícil, entre d'altres coses perquè els professionals de centres d'assistència a adults, potser no tenen la mateixa predisposició que tenen els que treballen amb nens; jo crec que els professionals que treballen amb nens, són diferents!. D'altre banda, el funcionament dels hospitals ha canviat poc al llarg del temps i ha evolucionat poc la cultura interna. Encara és habitual que, quan tens el teu pare o mare ingressats, quan entra el professional a l'habitació, et diuen: "sortirà un moment, si us plau?". Són les normes de tota la vida que ningú es qüestiona. Cal dissenyar els hospitals de manera diferent, que transmetin més calidesa, amb dissenys més confortables i utilitzant materials com la fusta, que ajuden molt en aquest sentit. En qualsevol cas, serà un repte molt més complicat implantar les iniciatives de l'Hospital Amic del que ha estat als centres pediàtrics. Hi ha alguns moviments de professionals que ja comencen a fer iniciatives d'aquest tipus a les UCIs o a Urgències, però falta molt per fer".

Un altre àmbit en el que has estat molt implicada és el de la captació de fons. Per què els centres que treballen en la xarxa de salut pública han de buscar el suport econòmic de la societat civil?

- "Doncs per poder fer les coses amb un "plus". A Sant Joan de Déu podríem haver fet alguna de les nostres unitats, com l'hospital de dia o la UCI a partir del finançament públic, però no seria ni de bon tros, el que s'ha aconseguit fer finalment: unes infraestructures amb un plus de disseny, de



materials, etc. Però no només a les obres, també ho hem fet amb algun servei, ja que l'administració pública et concentra l'assistència mèdica, però no l'atenció emocional al pacient. I jo crec que no li hem de demanar. És bo que s'impliqui la ciutadania, que s'enamori d'un projecte com el del nostre hospital. Això crea llaços entre la societat i nosaltres. De fet, no és nou, aquesta ha estat des de sempre la vinculació de la ciutadania amb Sant Joan de Déu".

Com et plantejes la teva nova etapa vital?

- "La meua idea és que allò que he projectat a la meua vida per tercers, ho pugui projectar ara per mi !!, sobretot, gaudir de la meua família i dels bons amics. I també em ve molt de gust implicar-me en causes a les que fins ara no he pogut donar prou suport per manca de temps.

Et desitgem l millor en aquesta nova etapa!



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. • Vicente Morales. Metge pediatre. Direcció Equip de Pediatria Alt Penedès. • Anna Fernández. Metgesa pediatra de l'HSJD. • Cèlia Pujol. Infermera. Direcció Equip de Pediatria Alt Penedès. • Glòria Rius. Cap Infermera Procés ambulatori de l'HSJD. • Marisa Serra. Metgesa. 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.