



Sumari

Editorial

Canvi en el responsable del programa Vincles per part de l'hospital

2

La dermatitis atòpica. Revisió d'un article científic

17

Recursos VINCLES

40

Serveis a prop teu

Primera consulta pediàtrica per a la cura de ferides d'alta complexitat

4

Caso clínico. Intoxicación: 1 comprimido del abuelo

19

Enquesta sobre les accions del programa VINCLES

41

Unitat de Conducta Suïcida

6

Comentari bibliogràfic: recomendaciones para "no hacer" en Pediatría

23

Formació

Vídeos 5 minuts. Cursos Formació HSJD

42

Hospitals i associacions de pacients: un repte i una oportunitat

8

Errors de medicació en pediatria, com podem prevenir-los?

24

Ciència i humanitat

Cuidados intensivos pediátricos. La nueva unidad del Hospital Sant Joan de Déu

43

Coneixement

Cura de les ferides a pediatria, adreçat a professionals sanitaris

11

Cas clínic Abús sexual infantil

27

Blogosfera pediàtrica

Enllaços d'interès pels equips de pediatria de Primària

47

Malalties rares. Malaltia de Hurler

14

L'experiència d'un equip de pediatria a l'Espai materno infantil Sant Miguel de Càrites de Cornellà

32

Nou a Vincles

Programa de consultes entre professionals de VINCLES

36

Posant en valor

Entrevista a Natàlia Mingorance

50

Canvi en el responsable del programa Vincles per part de l'hospital

Juan José Garcia Garcia

Cap de Servei de
Pediatría i Adjunt a la
Direcció Mèdica de
l'HSJD



Amb aquest arribem al #21 número de la revista Vincles i el primer que cal anunciar és un canvi en el responsable del programa per part de l'hospital. **El Dr. Josep Serrat**, que tan bona tasca ha realitzat al capdavant del Vincles al llarg dels últims anys, assumeix altres responsabilitats en l'àmbit de la Direcció de l'hospital i deixarà d'encarregar-se del dia a dia del Vincles, de forma que seré jo mateix el responsable de continuar al capdavant del programa a partir d'ara.

El programa Vincles és un programa d'èxit. Mostra d'això és el fet que, molt recentment el Vincles va ser presentat com experiència candidata als premis de la **Societat Catalana de gestió sanitària** i d'entre els 105 projectes presentats va assolir estar **entre els 20 projectes finalistes millor valorats**. Com heu comentat diferents persones que esteu implicades en el Vincles des de fa més temps que jo, ens hem de felicitar per aquest reconeixement (tot i no haver assolit premi) i ens ratifica que anem pel bon camí. Gràcies a tots els que ho heu fet possible allarg dels anys. Però a banda de premis o nominacions el Vincles és un programa d'èxit per la bona valoració i acollida que té entre pediatres i infermeres pediàtriques d'Atenció

ncles



Primària, perquè us apropa a l'hospital, i també entre els mateixos professionals de l'hospital perquè se'ns fa més visible la nostra participació al territori.

Pel que respecta a la revista l'equip editorial es mantè de forma que la nostra idea és seguir amb la mateixa línia de continuïtat que hem portat fins ara i mantenir-nos fidels al nostre objectiu: constituir-nos com un nexa d'unió entre els professionals que treballen a Atenció Primària del territori i els que treballen a l'hospital.

En l'Editorial del #19 el Josep Serrat ja assenyalava els reptes que tenim pendants. Us animo a tots plegats a que seguïu col·laborant com fins ara en la revista i en el programa i us demano que em feu arribar ja sigui directament o través del formulari que hi ha a l'efecte a la web qualsevol suggeriment o proposta que penseu que pot tenir cabuda en futurs números de la revista o en el Programa.

Cordialment...

Primera consulta pediàtrica per a la cura de ferides d'alta complexitat

Comunicació

Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

Des de l'any 2013 l'Hospital Sant Joan de Déu compta amb una unitat pediàtrica especialitzada en el tractament de ferides d'alta complexitat o de difícil cicatrització i que atén una trentena de cures cada setmana. Una infermera formada específicament en el tractament d'aquest tipus de lesions estudia les ferides per aplicar-les el tractament més idoni a cada cas.

Les ferides d'alta complexitat cicatritzen lentament i s'han de tractar d'una manera determinada per què evolucionin favorablement. És el cas de les nafres per pressió, les cremades, les sutures quirúrgiques que no evolucionen positivament, les lesions de lenta evolució com ara ferides cròniques... En general, són ferides que podrien comprometre algun dels teixits nobles com el múscul, els tendons, l'os, o els vasos sanguinis.

El seu tractament és una de les qüestions que més temps ocupa a les consultes d'infermeria d'atenció primària ja que, en molts casos, el seu procés de curació es perllonga en el temps. Sovint la ferida pot quedar mal cicatritzada o torna a obrir-se i cal començar de nou. Aquest fet suposa



“Cada setmana a l'Hospital Sant Joan de Déu atenen una mitjana de 30 cures de ferides de difícil cicatrització”

un gran impacte pel pacient, ja que les ferides d'alta complexitat acostumen a ser molt doloroses i produeixen als malalts un xoc psicològic rellevant, però també un repte per al professional que les està tractant.

L'Hospital Sant Joan de Déu compta amb dues infermeres que s'han format específicament en el tractament d'aquest tipus de lesions, que les analitza de manera individualitzada i opta pel tractament més idoni en cada cas.

Històricament les lesions se solien deixar exposades a l'aire i es cobrien amb simples gases. Posteriorment es va demostrar que si la ferida es mantenia en un entorn humit mitjançant l'aplicació d'apòsits, aquestes lesions cicatritzaven més ràpidament. Per això, en l'actualitat, una gran majoria de ferides es tracten amb cures en ambient humit.



Existeixen, a més, altres opcions terapèutiques. En casos extrems, en què les ferides no responen als tractaments clàssics i no cicatritzen durant mesos, els professionals fan servir teràpies alternatives, com la teràpia larval o els factors de creixement.

La teràpia larval consisteix a utilitzar larves estèrils criades en laboratoris especials per netejar teixits infectats i estimular la cicatrització de la ferida. Fins ara només s'han tractat dos pacients a l'Hospital amb aquesta teràpia que es va reintroduir a Espanya l'any 2015 però que encara fan servir molts pocs centres a Espanya. Aquest pacients són els dos únics casos pediàtrics tractats a nivell nacional i, en els dos, la teràpia va tenir èxit i les ferides van cicatritzar.

“Les ferides d'alta complexitat suposen un gran impacte per al pacient, perquè són molt doloroses i causen un xoc psicològic”

Els factors de creixement es basen en un preparat obtingut a partir d'una mostra sanguínia del propi pacient que és centrifugada per aconseguir una porció de plasma amb una alta concentració de plaquetes per accelerar la reparació dels teixits.

L'Hospital Sant Joan de Déu ha començat a tractar algunes ferides amb aquesta tècnica obtenint resultats molt satisfactoris per al pacient. “La clau és conèixer al pacient holísticament, la seva patologia de base i antecedents patològics estat hematològic, estat nutricional, etiologia de la ferida i estat en que es troba per poder triar el tractament més eficaç en cada moment per al pacient”, explica la

“El centre compta amb dues infermeres que s'han format específicament en el tractament d'aquest tipus de lesions, que analitzen cada ferida i opten pel tractament més idoni ”

infermera Gemma Pérez, responsable de la consulta pediàtrica per a la cura de les ferides d'alta complexitat.

Tècniques de distracció contra el dolor

Les ferides de difícil cicatrització són molt doloroses per la pacient. Els professionals que les tracten s'ha format en tècniques de distracció per aconseguir que l'infant no pateixi dolor i col·labori en la cura.

La implicació de la família també és important. “Si aconseguim guanyar-nos la complicitat de l'infant acabem guanyant-nos la confiança de la seva família. I comptar amb l'ajuda de la família és clau perquè és qui fa el seguiment de la ferida a casa i qui en un moment donant ha de fer alguna cura. Nosaltres els expliquem tot el que fem i per què ho fem i què és el que ells han de vigilar a casa, donant-los unes eines per saber actuar en cas necessari i amb un busca on poder recórrer si fa falta on els atenem”, explica la Gemma Pérez.

Unitat de Conducta Suïcida

Comunicació

Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

La **Unitat de Conducta Suïcida** del Servei de Salut Mental de l'Hospital Sant Joan de Déu es va crear l'any 2013 per donar resposta a les necessitats que s'havien detectat al Servei d'Urgències del centre. Quan aquest servei rep un menor amb alt risc suïcida, el psiquiatra de guàrdia li fa una primera valoració. Tot seguit, és ingressat per fer-li una valoració pediàtrica i psicològica que permeti valorar el seu estat psicopatològic, fer una anàlisi funcional de la conducta o idea suïcida, valorar riscos i factors de protecció. L'objectiu de totes aquestes intervencions és elaborar un pla de post-alta i seguiment, en coordinació amb el seu referent de la primària.



Incidència

La Unitat de Conducta Suïcida atén cada any una mitjana de **250 joves** que presenten un alt risc de suïcidi, ja sigui perquè tenen idees de mort o suïcidi, perquè han pensat un pla per treure's la vida o han fet alguna temptativa autolítica. Francisco Villar, psicòleg clínic i responsable de la unitat, ha estudiat més de 800 casos de menors que han presentat una conducta suïcida i que han estat atesos en els darrers anys al centre, per determinar com es pot avançar en el tractament d'aquests joves per tal d'evitar que reincideixin. Aquests estudis formen part de la tesi doctoral que Francisco Villar ha presentat recentment a la Universitat Autònoma de Barcelona.





Edifici ITAKA Servei de Salut Mental

Villar ha classificat aquests joves en tres grups. El grup més nombrós, que representa el 60% del total, està format per joves que presenten problemes vitals i conductuals de llarg recorregut (desadaptació, fracàs escolar, problemes familiars, etc.). El segon grup, format per un 30% dels casos, són adolescents que pateixen trastorns de salut mental greus i el restant 10% són joves que, sense presentar problemes mentals ni haver donat senyals de risc en la seva trajectòria vital, intenten suïcidar-se com a resposta a un esdeveniment vital estressant. Del total de pacients atesos, un 9% dels casos intenta suïcidar-se de nou en un termini de temps de 6 mesos després de l'alta hospitalària.

Factors de risc

Villar també ha pogut identificar alguns dels factors de risc que permeten reconèixer aquells joves que han intentat suïcidar-se i que tenen més risc de repetir la temptativa en els 6 mesos següents. Aquests resultats resulten especialment útils per als professionals de salut mental que atenen aquests joves ja que

evidencien que és especialment necessari extreure les mesures de seguretat i l'atenció, en el seguiment posterior a l'intent de suïcidari, en els joves que presenten el següent perfil:

- Trets desadaptatius de personalitat, nois amb problemes de gestió de les emocions i de les relacions, tant amb altres com amb ells mateixos.
- Antecedents de problemes de salut mental a la família.
- Antecedents o presència d'autolesions.

Els resultats d'aquesta investigació mostren que, contràriament a la creença actual, la depressió no es revela com un factor predictor de reintents de suïcidari i sembla estar més relacionada amb la ideació de mort que amb les temptatives. És per això que en l'adolescència, la promoció de tractaments orientats a l'adquisició d'habilitats (gestió emocional, habilitats socials, resolució de conflictes, etc.) podria ser clau en la prevenció de la conducta suïcida.

Hospitals i associacions de pacients: un repte i una oportunitat

Anna Bosque

anabosque@sjdhospitalbarcelona.org

Coordinadora Espai d'Associacions
HSJD



**Espai
d'Associacions**

S'estima que entre un 10 i un 20% dels nens i adolescents tenen una malaltia crònica. Encara que aquestes malalties són molt diferents tenen una característica comú i és que afecten també la dimensió social, psicològica i econòmica de la vida dels nens i de la seva família. Tenen impacte en els altres fills, en l'àmbit laboral, en les relacions entre els membres de la família, en la vida social....

Per això, les famílies on hi ha un nen amb una malaltia crònica, rara o de llarga durada, s'enfronten a complexitats i complicacions que no sempre es resolen en l'àmbit hospitalari.

Les associacions de pacients poden ser un mitjà positiu que permeti a les persones afrontar amb eficàcia aquests reptes. Ofereixen una gran varietat de serveis i a més les persones poden beneficiar-se enormement de l'intercanvi d'informació que es realitza en aquestes entitats.

Poden comprendre millor la seva condició, aprendre noves habilitats de fer front la malaltia, elevar l'autoestima i la confiança, reduir sentiments d'aïllament, por i ansietat, obtenir l'esperança i la

inspiració dels altres, sentir-se més en control i fins i tot, comunicar-se amb més eficàcia amb els seus metges.

A l'acostar-se a les associacions o grups de suport els familiars i amics també poden aprendre a comprendre i donar suport als seus éssers estimats. Amb el temps, tots aquests avantatges poden ajudar-los a millorar la qualitat de vida de malalts i cuidadors.

Moltes d'aquestes entitats també ajuden a la prevenció i detecció de malalties, a la sensibilització de la població en general i, fins i tot, impulsen i contribueixin a la investigació.

El moviment associatiu i els serveis sanitaris són dos sistemes diferenciats que coexisteixen amb molt poca articulació. Aquest recurs potencialment valuós no ha estat sovint explotat pels hospitals però aquest fet pot modificar-se.

Els hospitals poden fer una sèrie de passos per integrar els seus programes i serveis amb les xarxes associatives::

- Identificant les associacions relacionades amb les àrees de servei de l'hospital.
- Establint un enllaç amb grups que són d'interès clau per a diversos departaments i programes hospitalaris.
- Fent referències a associacions com a part del procés d'educació dels malalts.
- Facilitant el desenvolupament de grups de suport/associacions.
- Proporcionant suport logístic a les associacions.
- Ajudant a la visibilitat de les entitats.
- Educant al personal professional sobre el valor, la varietat i les característiques de les associacions).

L'Espai d'Associacions de l'Hospital Sant Joan de Déu

Conscients del potencial de les associacions tant pels pacients pediàtrics com per les seves famílies, fa 10 anys que l'Hospital va posar en marxa una iniciativa anomenada **Espai d'Associacions** que permet acostar el treball associatiu a la nostra dinàmica i millorar, en definitiva, l'atenció als pacients i les seves famílies.

Per nosaltres, és important que els pacients coneguin l'existència d'associacions i/o grups de pares amb una determinada malaltia per què en un moment donat podran ser-los d'ajuda.

Els nostres professionals (metges, infermeres, fisioterapeutes, treballadors socials...) poden sumar la complementarietat d'aquestes entitats a la seva tasca. Tenir present els serveis de les associacions els permet recolzar-se en elles per tal d'ajudar als pacients en els aspectes que no són estrictament relacionats amb l'assistència.

Amb la nostra aproximació a les associacions vam veure que podíem ajudar-les en diferents aspectes.

- La difusió de les seves activitats per augmentar la seva visibilitat
- La cessió d'espais.
- Donant suport a les diferents iniciatives conjuntes amb equips de l'hospital.

- Designant una persona de contacte a l'organització.
- Facilitant la participació de les associacions a l'hospital.

- L'ajuda a la visibilitat

Des de l'hospital facilitem la difusió i distribució d'informació de les associacions a sales d'espera, plantes d'hospitalització, expositors murals, etc. així com entre els professionals.

També contribuïm a la visibilitat des de la nostra pàgina web i les xarxes socials, mantenint una guia d'associacions que enllaça amb entitats que tenen relació amb malalties pediàtriques.

- La cessió d'espais

A l'Hospital les associacions disposen d'una ubicació pròpia a l'àrea de l'Espai famílies. Es tracta de despatxos equipats per treballar-hi i per atendre les famílies i algunes d'elles ho fan amb regularitat.

Així, cada setmana podem trobar professionals de l'Associació de Familiars i Amics de Nens Oncològics de Catalunya (AFANOC), de l'Associació d'Ajuda als Afectats de Cardiopaties Infantils de Catalunya (AACIC), de l'Associació de Diabètics de Catalunya (ADC) o de l'Associació Catalana de Transtorns Metabòlics Hereditaris que disposen d'un espai diferent per la seva Botiga metabòlica.

També es poden trobar altres associacions de forma periòdica o ocasional i és freqüent que les associacions comptin amb les nostres sales o aules per a activitats formatives, divulgatives, assemblees, etc, pròpies de l'activitat de cada associació.

- La persona de contacte

La coordinació de totes aquestes activitats requereix dedicació per part d'una persona que exerceix de facilitadora de les activitats, que difon informació a pacients, associacions i professionals de l'hospital, alhora que rep els suggeriments i demandes de les associacions, i els canalitza.

- La participació

Amb diferents trobades amb les direccions i la gerència s'ofereix un espai de participació de les associacions sobre els temes d'interès comú entre la institució i els pacients i les seves famílies.

Principals conclusions de la nostra experiència:

El trajecte d'aquests anys ha estat plenament satisfactori. Apropar els nostres pacients a les associacions els ajuda a augmentar la seva capacitat en el maneig de la malaltia, a compartir experiències i exposar fàcilment les seves necessitats.

Pels professionals els beneficis són entendre millor les necessitats dels pacients, accedir al punt de vista dels pacients, tenir una font de suport addicional pels pacients i els pares, ampliar aptituds, experiències i coneixement i facilitar comunicar missatges clau de salut i benestar.

Per l'hospital, involucrar les associacions de pacients ens permet conèixer l'opinió i l'experiència d'aquests de forma col·lectiva i incorporar el seus punts de vista en el procés de definició i millora dels serveis que donem.

Aquests anys de col·laboració i participació ens han ajudat a preparar el repte d'incorporar la participació del pacient a l'hospital que aviat posarem en marxa amb el Consell de pares, el renovat Consell de joves i la Xarxa de pacients "consellers".

Per la seva banda, l'organització de jornades formatives per pacients ha estat la llavor del que serà la nostra escola de pacients.



Cura de les ferides a pediatria, adreçat a professionals sanitaris

Gemma Pérez Acevedo

Infermera pediàtrica experta en ferides
Hospital Sant Joan de Déu



Les ferides de la pell són comuns en el pacient pediàtric. Els nens sovint pateixen talls, cops, erosions o lesions a resultes d'accidents o caigudes. Els signes o símptomes que tenen són: dolor, hemorràgia i separació de vores de la pell.

La pell del pacient pediàtric presenta importants diferències respecte a la pell dels adults (té menor gruix de l'estrat corni, una disminució de la cohesió dermis-epidermis i poca quantitat de teixit subcutani) i això fa que sigui més susceptible a patir determinades lesions i més fàcilment.¹

El tractament de les ferides es basa en l'eliminació de l'etiologia que ha causat la ferida següentment del seu tractament, que consisteix en la preparació del llit de la ferida: "La preparació del llit de la ferida és essencial per al tractament d'aquesta, orientat a accelerar la cicatrització endògena, així com a facilitar l'efectivitat d'altres mesures terapèutiques".²

Per a la preparació del llit de la ferida, ens hem de basar en l'acrònim **TIME** que consisteix en: eliminació dels obstacles que dificulten la seva

cicatrització: teixit no viable o deficient, infecció o inflamació, desequilibri de humitat, vores epidermiques que no avancen soscavades.

Per poder fer-ho, el nostre principal objectiu serà eliminar la causa/preparar el llit de la ferida. Com a objectius específics, ens plantejarem la neteja de la ferida; el desbridament, si n'hi ha, del teixit necròtic; la prevenció o abordatge si hi ha infecció bacteriana; i el manteniment continu de l'interior de la ferida amb la humitat òptima i a temperatura corporal.

Una manera de prevenir o abordar la infecció de les ferides és mitjançant els antisèptics antimicrobians per ús extern (pell i mucoses) d'acció bastant ràpida, tot i que transitòria e inespecífica. Tenen una toxicitat directa sobre la paret dels microorganismes, però també sobre les cèl·lules com els queratinocits, el que explica la seva causticitat per la pell i, encara més, amb les mucoses. Cada família d'antisèptics té el seu propi espectre d'activitat.³

Les dues molècules més adequades per a l'antisèpsia de la pell sana i de les mucoses, abans d'una intervenció invasiva (cirurgia, punció), són la clorhexidina i la povidona iodada.

L'efectivitat dels antisèptics és acceptada de forma universal sobre pell sana en processos com la punció venosa o, encara més, abans d'una cirurgia. Però, no s'ha demostrat la utilitat dels antisèptics en la pell lesionada.⁴

Per a la cura de ferides, actualment es recomana neteja i desbridament amb solucions netejadores com poder ser:



- **Microdacyn60®** és una de les solucions netejadores. Fórmula basada en el mecanisme de defensa del cos: aigua purificada + Solució salina = àcid hipoclorós HOCl. L'àcid hipoclorós actua només sobre organismes unicel·lulars (patògens). L'únic indicat per ús a mucoses: ulls, nas, boca, oïda i vagina.⁵

Neteja i desbridament amb tres efectes:

- » **Antimicrobià**—Bactèries, fongs, virus, espores.
- » **Antiinflamatori**—Inhibeix la cadena inflamatòria a nivell local:4h
- » **Cicatritzant**—Promou la migració dels fibroblasts.
- **Solucions de polihexanida.** És una solució per al rentat, descontaminació e hidratació de ferides. Posseeix una excel·lent capacitat de neteja i descontaminació de la superfície tissular fins i tot en superfícies de difícil accés com cavitats, fissures o ferides profundes. No produeix dolor i és ben tolerat per al·lèrgics. Les olors desagradables de la ferida desapareixen ràpidament.

No citotòxic, no irritant, no sensibilitzant, sense efecte inhibidor de la granulació o epitelització. Algunes publicacions indiquen casos estranys correlacionant reacció anafilàctica amb poliaminopropil biguanida (polihexamida). Contraindicat en SNC, oïda mitjana/interna, ulls, intra-peritoneal, cartílag hialí, intervencions asèptiques d'articulacions.

Davant lesions freqüents en el nen escolar com les abrasions, si aquestes són profundes haurem de pensar que les primeres 24-48 hores són molt exsudatives i el tractament consisteix en la neteja i desbridament del teixit desvitalitzat, maneig de l'exsudat i prevenció de la infecció.

Es neteja amb aigua i sabó per eliminar restes de sorra o de brutícia, si sagna taponar la ferida, aplicarem un antisèptic con la clorhexidina aquosa al 1%, i si es una zona no molt extensa i profunda podem tapar la ferida amb un tul no gras i una gasa.

Pel maneig de l'exsudat es posa un apòsit primari i després un secundari.

Apòsits primaris

- Apòsits d'alginat (Seasorb®, Algisite®, Urgo-sorb®). Apòsit d'algues marines amb propietat molt absorbent i hemostàtic. Cures quan es satura, /3-4 dies.
- Apòsit d'hidrofibra de hidrocoloide (Aqualcel®): hidrofibras d'hidrocoloide (carboximetilcel·lulosa sòdica) i fibres de cel·lulosa regenerada per reforçar. Indicat per ferides amb molt exsudat. Cures quan es satura, /3-4 dies.
- Apòsit de polivinil d'alcohol (Exufiber®): Indicat per capturar i bloquejar fluïts i bactèries de ferides amb molt exsudat. Cures quan es satura, /3-4 dies.

Apòsits secundaris

- Apòsits d'escuma de poliuretà (Allevyn®, Biatain®, Mepilex®, Tegaderm Foam®, Askina Foam®): ferides exsudatives. Mantenen ambient humit a la lesió. Bona adaptabilitat. Cures quan es satura, /3-4 dies.



El pacient pediàtric també pateix freqüentment cremades. Aquestes són lesions produïdes en els teixits per agents físic com flames, líquids, objectes calents, radiacions corrent elèctrica, fred, o per agents químics com els càustics. Aquests agents provoquen alteracions que van des d'un simple eritema fins una destrucció total de les estructures.

Representen entre un 6-10% de les consultes dels serveis d'urgències, 2/3 de les quals són nens menors de 2 anys i el 10% requereix hospitalització.

Per realitzar una correcta valoració de la cremada, s'ha d'identificar l'etiologia, avaluar l'extensió, la profunditat i la localització. Amb això sabrem la gravetat de la cremada i decidirem l'actuació més adequada.

En nens de 0-15 anys podem utilitzar l'**escala de Lund i Browder** per valorar l'extensió.

Segons la localització, algunes cremades requereixen de cures especials: cremades a l'oïda externa per risc de condritis supurativa; cremades circumferències a extremitats ja que poden posar en perill la perfusió distal de l'extremitat; cremades circumferències al pit i coll ja que poden interferir en la dinàmica respiratòria; cremades profundes a mans, peus, cara i plexes pel risc de retracció i seqüeles funcionals.

Com a criteris d'hospitalització es consideren les cremades d'una àrea superior al 10%, el 5% en el cas dels menors de 5 anys, cremades a cara, coll, gluti-genital, i mans i peus profundes, cremades elèctriques, circulars a extremitats, coll i tronc, químiques, cremades amb un traumatisme associat, amb malaltia metabòlica associada. Sospita de maltractament.

Per al tractament d'aquestes lesions, el principal objectiu és limitar el creixement de microorganismes que puguin colonitzar la cremada, evitar infeccions i afavorir l'epitelització.

La literatura científica refereix com tractament tòpic les pomades antimicrobianes o apòsits per cura en ambient humit amb cobertura antimicrobiana per prevenir infeccions (apòsits de plata), però cal recordar que no totes les cremades tenen el mateix risc d'infecció. Les superficials i de poca extensió tenen baix risc d'infecció i evolucionen favorablement⁶.

Bibliografia

1. Buendía A, Mazuecos J, Camacho F. Anatomía y fisiología de la piel. In: Conejo-Mir J, Moreno J, Camacho F, Buendía A, editors. Manual de Dermatología. 2nd ed. Barcelona: AulaMedica; 2010. p. 1500.
2. Schultz GS, Sibbald G, Falanga V, et al (2003). Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound Rep Regen 11: S1– S27.
3. González L, Gutiérrez M.I, Lucio-Villegas M.E, Lluch NA, Morató M.L, Cachafeiro SP. Introducción a los antisépticos. Aten Primaria [Internet]. ELSEVIER. 2014 [citado 3 marzo 2018]; 46(SUPPL. 2):1–9.
4. L Machet, L Vaillant. Antisépticos. EMC- Tratado de Medicina. 2016; 20 (4) :1-5.
5. González-Espinosa D, Pérez-Romano L, Guzmán-Soriano B, Arias E, Bongiovanni CM, Gutiérrez AA. Evaluation of the antimicrobial effect of super-oxidized water (Sterilox®) and sodium hypochlorite against Enterococcus faecalis in a bovine root canal model Int Wound J. 2007 Sep;4(3):241-50.
6. Pérez Boluda, MT, Lara Montenegro J, Ibáñez J, Cagigal L, León CM. Guía de Actuación ante el paciente quemado. Unidad de Enfermería de Quemados. Dirección de Enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. 2006.

Malaltia de Hurler

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.

Malaltia de Hurler

Es tracta de la mucopolisacaridosi I, de la que n'hi ha 3 subtipus: IH (Hurler), IS (Scheie) i IHS (Hurler-Scheie). Amb la descripció de Hurler (1919) i el seu mestre Pfaundler, va iniciar-se aquest interessant capítol de les mucopolisacaridosis, com un destacat representant de la patologia lisosòmica: un dèficit enzimàtic origina l'acumulació d'un catabòlit del tipus dels mucopolisacàrids, ara nomenats glicosaminoglicans.

Les cèl·lules afectades experimenten canvis funcionals i morfològics.

La incidència de la mucopolisacaridosi I és de 1/100.000 nounats. Es defineix per fàscies tosca, rigidesa articular, opacitat corneal i deficiència intel·lectual.



Etiopatogènia

Transmesa amb herència AR, d'igual manera que els altres subtipus i totes les mucopolisacaridosis (menys el tipus Hunter). El **locus gènic** és 4p16.3. Existeix una deficiència de l'**enzim alfa-L-iduronidasa** amb dipòsit dels catabòlits citats i dels lípids a les neurones.

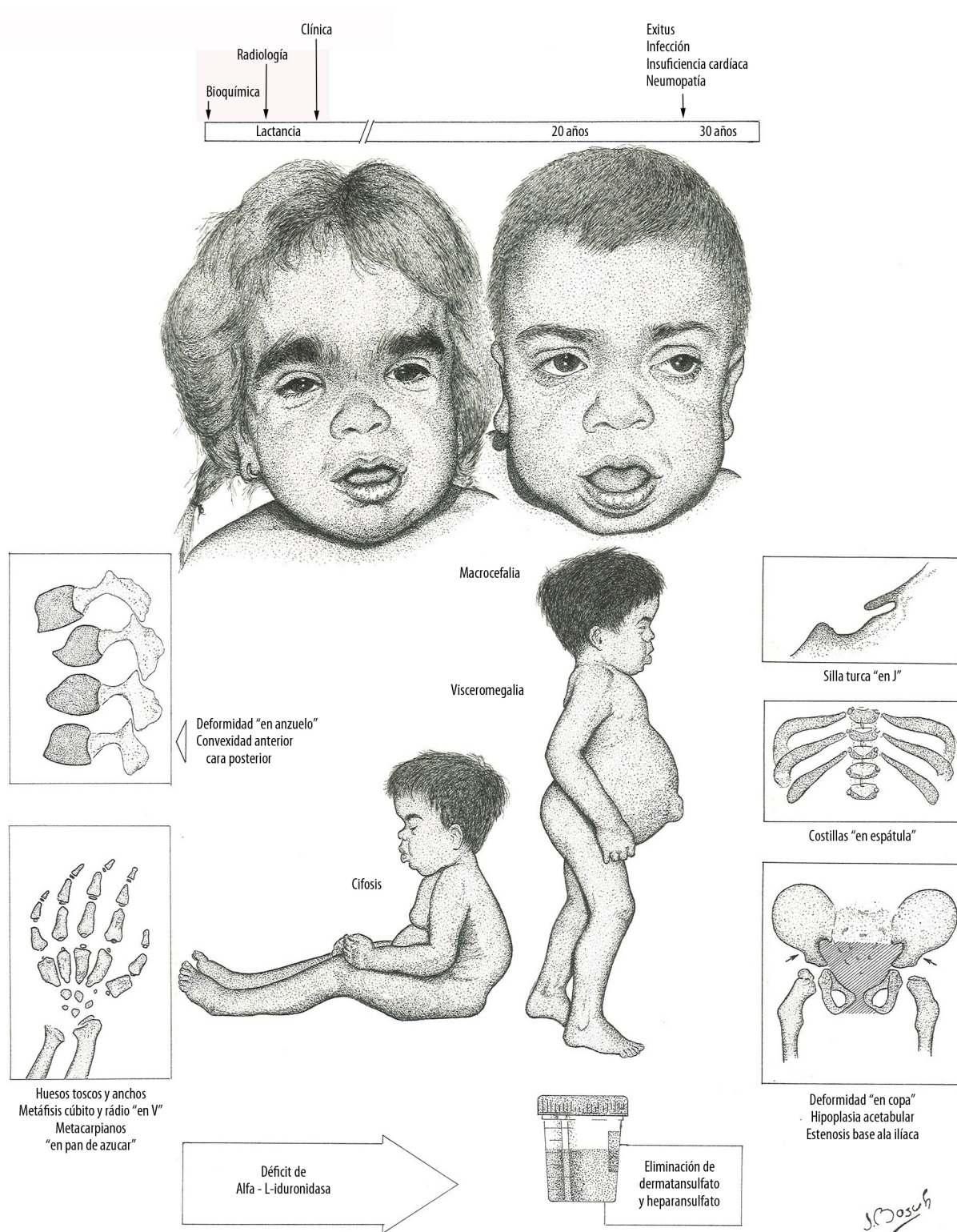
Simptomatologia

- **Inspecció general:** endarreriment del creixement apreciable entre els 6 in18 mesos d'edat, juntament amb regressió psicomotora i cridaners canvis dismòrfics.
- **Crani i cara:** macrocefàlia (escafocefàlia), frontal esbombat. De vegades **hidrocefàlia**, probablement per l'acumulació de metabòlits en les meninges. Ocasionalment quists aracnoidals. Sella turca deformada en bota o J.
- **Fàscies:** tosca amb deformitat progressiva, destacant els llavis gruixuts, el nas ample i aixafat, les ales del nas separades, les narius grans, hipertelorisme, plecs epicants interns

i opacitat corneal. Freqüent exoftàlmia, retinitis pigmentària, sordesa i rinitis mucosa rebel. A la boca es comprova macroglòssia, vores alveolars gruixudes, hipertròfia gingival, mala implantació i excessiva separació de les dents.

- **Coll:** curt.

- **Tòrax:** costelles eixamplades, en espàtula, hipertricosi a l'espatlla. Cifosi toracolumbar. Buf cardíac d'aparició més tardana per **infiltració de les vàlvules**, que pot portar a la insuficiència cardíaca.
- **Abdomen:** gran, amb diàstasi de rectes, hèrnia umbilical i hepatoesplenomegàlia. Freqüent hèrnia inguinal.



- **Extremitats:** en especial a partir dels dos anys d'edat és cridanera la limitació de mobilitat en les articulacions, més de l'extensió que de la flexió, especialment de les mans (aspecte tosc i flexionades en garra), colzes espatlles i malucs. El **substrat anatomo-radiològic** és una disostosi múltiple amb eixamplament de la diàfisi dels ossos tubulars, més evident als membres superiors, amb aspecte irregular a les metàfisis, i metacarps característic en ampolla.
- **Raquis i pelvis:** vèrtebres petites, ovals, amb prominència de la seva part anterior, que els atorga una forma de falca, que cal buscar especialment a la projecció lateral de la zona lumbar.
- **Sistema nerviós:** regressió progressiva, amb dificultat creixent pels moviments, fins fer impossible la deambulació. Deteriorament psíquic evident a partir dels dos anys

Diagnòstic

És possible la detecció prenatal, valorant el dèficit enzimàtic en les cèl·lules amniòtiques, i el mateix pels portadors heterozigots (leucòcits, plasma, cultiu de fibroblasts). A la vida post-natal el quadre clínic-radiològic és molt típic, però no patognomònic, havent de ser recolzat amb la determinació (comú a tots els tipus) de mucopolisacàrids en orina (augment de dermatan-sulfat i heparan-sulfat) i de forma definitiva al quantificar la deficiència d'alfa-L-iduronidasa en leucòcits, plasma i fibroblasts. Addicionalment al diagnòstic diferencial amb altres mucopolisacaridosi i mucopolidiosi (en especial, la III o síndrome pseudo-Hurler), cal descartar altres processos amb fàscies tosca, mans tosques, pel gruixuda, hipertròfia alveolar i gingival i opacitat corneal (veure taula adjunta).

Pronòstic

Endarreriment del creixement, essent difícil que el pacient, nascut normal, superi els 110 cm. Retrocés psicomotor continu fins la invalidesa. Èxitus a l'edat pediàtrica, abans dels 10 anys en absència de tractament.

Profilaxi

Assessorament genètic. Diagnòstic pre-natal.

Terapèutica

Transplantament de moll d'ós o de cèl·lules mare. Enzimoteràpia substitutiva en estudi a partir de iduronidasa recombinant humana. Cures ortopèdiques. Valvuloplàstia. Derivació ventriclo-peritoneal si hi ha hidrocefàlia progressiva.

TAULA. Malalties amb opacitat corneal

Present en el nounat

- **Infecció.** Malformació. Glaucoma. Megalofthalmos. Traumatisme obstètric. Queratitis. Metabolopatia. Pseudoglioma (Malaltia de Norrie).

Post-natal

- **Metabolopatia:** mucopolisacaridosi tipus Hurler, Maroteaux-Lamy, Morquio, Sly, Scheie, Mucopolidiosi tipus I cell i polidistròfia pseudo-Hurler; lipidosi (Fabry).
- **Embriopaties:** rubèola fetal. Síndrome warfarínic.
- **Cromosomopaties:** trisomia 18, deleció 18q, trisomia 9 mosaic.
- **Displàsies esquelètiques:** acromesomèlica, osteogènesi imperfecta.
- **Altres:** Berardinelli-Seip. Chediak. Cockayne. Klivin (esclerocòrnia). Mietens. Nevus lineal sebaci. Neurofibromatosi. Paquioníquia congènita. Rieger. Roberts. Senter (displàsia ectodèrmica amb eritrodèrmia ictiosiforme). Síndrome de Winchester.

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

La dermatitis atòpica. Revisió d'un article científic

Pepe Serrano

Pediatre. Equip de Pediatria Territorial
Alt Penedès Garraf

La dermatitis atòpica (DA) és una malaltia inflamatòria crònica de la pell amb una alta incidència que sembla anar en augment. Els pediatres d'atenció primària som la primera línia dels professionals que tractem els nous casos o els brots de la malaltia. Tant és així que s'han descrit els següents quatre fenotips a la població general en relació amb la DA: transitòria d'aparició precoç, persistent d'aparició precoç, d'aparició tardana i absent o infreqüent.

És important recordar que sovint la DA és el tret de sortida de l'anomenada marxa al·lèrgica i que s'hi han descrit comorbiditats importants més enllà de la patologia atòpica, tals com: obesitat, increment del risc cardiovascular, alteracions psicològiques o TDHA, entre d'altres.

Cal tenir present, tanmateix, que tot i ser una malaltia de la pell afecta de manera important la qualitat de vida dels que la pateixen, bàsicament pel seu cercle persistent de picor-gratat que segueix i per la seva cronicitat.

Pediatrics
October 2018, VOLUME 142 / ISSUE 4
State-of-the-Art Review Article

Recent Developments in Atopic Dermatitis

Eric J. Yang, Sahil Sekhon, Isabelle M. Sanchez, Kristen M. Beck, Tina Bhutani

Article

Figures & Data

Info & Metrics

Comments

[Enllaç a l'article](#)

Recentment s'ha fet una revisió de nous tractaments per aquesta patologia amb la que, si més no, n'hem d'estar assabentats.

Què hi ha de nou?

Maneig bàsic

La cura de la pell i la prevenció de les exacerbacions segueixen essent els pilars bàsics. L'ús d'hidratants de la pell tant en fases de brot com a tractament de manteniment són la recomanació fonamental. Tant és així que hi ha autors que defensen que una hidratació persistent a nadons amb història familiar de DA és capaç de reduir el risc de desenvolupar la malaltia.

Evitar les causes que la desencadenen, que poden ser moltes i diverses, és també una mesura eficaç, però no es recomana fer estudis al·lèrgics tret de que no hi hagi un nivell de sospita clínica elevat.

No es recomanen els antihistamínics de nova generació però els de primera generació, com la difenhidramina, podrien ser d'ajut en aquells

malalts en els que la picor els hi impedeix descansar de manera adient. Sempre i quan els fem servir en tandes de curta durada pel potencial efecte negatiu que podrien tenir sobre el rendiment escolar.

Els banys regulars amb hipoclorit sòdic (lleixiu) i l'aplicació de mupirocina intranasal podrien aportar certs beneficis en controlar la càrrega de la sobreinfecció bacteriana cutània que molts d'aquests malalts tenen.

Tractaments tòpics

El tractament de primera línia de la DA segueixen sent els corticosteroides tòpics (CSTs), demostradament eficaços durant dècades. Tot i això les pors i la fòbia que aquests tractaments sovint desperten, tant entre pacients com entre professionals, fan que hi hagi un elevat índex de baixa adherència al tractament. Això ha portat a un increment dels tractaments de segona línia com són els inhibidors de la tòpics de la calcineurina. Tacrolimus i Pimecrolimus tenen també els seus efectes indesitjables: tenen altes taxes de sensació de cremor i de pruija, són més cars i no han demostrat beneficis en seguretat a llarg termini en comparació amb els CSTs.

Des que coneixem millor els mecanismes fisiopatològics de la DA s'han anat desenvolupant nous tractaments, d'entre els que en destaquem Crisaborol (Eucrisa®), un inhibidor de la fosfodiesterasa-4 (PDE-4), aprovat per la FDA en majors de 2 anys al 2016 que, sense massa efectes indesitjables a curt i/o llarg termini, podria ser una bona alternativa a la DA moderada o severa. D'altres inhibidors de la FDE-4 en fase II d'estudi podrien ser també alternatives a tenir en compte.

Un inhibidor de la JA kinasa, Tofacitinib (Xeljanz®) fins ara només en tractament oral, s'ha formulat en pomada i els estudis que s'estan duent a terme mostren resultats alentadors.

Tractaments sistèmics:

La fototeràpia amb UV-B s'ha mostrat també com un tractament segur i eficaç. El fet de requerir dues o tres sessions setmanals durant diversos mesos condiciona que molts pacients es facin enrere a l'hora de fer-la servir.

Els tractaments tradicionals amb quimioteràpics amb Ciclosporina, Methotrexate o Mycofenolat eren fins ara les úniques alternatives per les DA recalcitrants, però aquestes si que tenen un efectes indesitjables ben coneguts i requereixen d'una monitorització seriada i persistent. Aquests factors els fan poc aconsellables per l'àmbit pediàtric.

Actualment s'estan desenvolupant tractaments biològics específics per a nens. Un d'aquests és Dipilumab, un anticòs monoclonal aprovat al 2017 per les DAs moderades i severes en adults. Dipilumab es pot combinar amb tractaments tòpics, el que incrementa els beneficis terapèutics.

Els tractaments tòpics ideals passarien per trobar el CST que sigui eficaç i, a l'hora, minimitzi el risc dels efectes colaterals. Haurem de tenir en compte també la seva forma galènica, si bé els nens més petits toleren bé els ungüents -que són el vehicle més eficaç per la seva naturalesa oclusiva- els nens més grans i adolescents és possible que prefereixin cremes o locions.

*"Potser no en sabem prou,
però intentem seguir avançant"*

Caso clínico

Intoxicación:

1 comprimido del abuelo

Yolanda Fernández,

Lidia Martínez

Servei de Pediatria HSJD.

Acude a urgencias derivado desde el Centro de Asistencia Primaria (CAP) un lactante de 14 meses y 10 kg de peso por haber ingerido de forma accidental hace unos 30 min un comprimido del abuelo. Se lo han encontrado con una pastilla en la boca y no saben si puede haber ingerido alguna más.

La abuela consulta inmediatamente en el CAP. Se le reinterroga y refiere que su marido tiene pastillas “para la tensión, el azúcar y para el corazón”.

En el CAP el paciente se encuentra asintomático y ante la posibilidad de una ingesta tóxica, se deriva a urgencias de Hospital Sant Joan de Déu por sus propios medios. No se realiza ninguna intervención terapéutica previo al traslado.

Antecedentes patológicos: No. Bien vacunado. No alergias medicamentosas conocidas.

Exploración física a su llegada a urgencias

- Peso 10 kg. Tª 36,6°C. FC 112 x'. FR 22 x'. TA 105/53 mmHg. Glucemia 67 mg/dl

- **Triángulo de evaluación pediátrica:** Estable.
- **Buen estado general.** Vía aérea permeable. ACR normal. Perfusión periférica correcta. Tiempo de recapilarización 2 segundos. Abdomen normal. ORL normal. Glasgow 15. Pupilas isocóricas y normoreactivas. No focalidades neurológicas..

Anamnesis detallada

Se pregunta específicamente por los comprimidos que tiene el abuelo en domicilio, en su pastillero, y nos dicen que tiene:

- Bisoprolol®: 5 mg (β-bloqueante).
- Furosemida: 20 mg.
- Diltiazem: 60 mg (antagonista canales del calcio).
- Daonil®: 5 mg (glibenclamida, antidiabético oral).
- Omeprazol: 20 mg.
- Adiro®: (AAS 100 mg).

El paciente continua asintomático. Han pasado unos 40 minutos desde la posible ingesta.

Intente responder a estas preguntas

1. ¿Puede producir toxicidad importante la ingesta de 1 solo comprimido?
2. De haber estado usted en el CAP, ¿hubiera realizado alguna intervención terapéutica? ¿Cuál?
3. Este paciente, ¿debe trasladarse por sus propios medios al hospital?
4. Si está usted en urgencias, ¿realizaría alguna medida terapéutica en estos momentos?

Desarrollo del caso

Hay sustancias altamente tóxicas en las que 1-2 comprimidos pueden ser letales para un lactante. Se adjunta la lista confeccionado por el Grupo de Antídotos de la Societat Catalana de Farmàcia Clínica en la que se hace referencia a estas sustancias muy tóxicas ("one pill can kill").

De este listado, en el pastillero del abuelo hay antagonistas del calcio y sulfonilureas

Respuesta a la 1ª pregunta: ¿Puede producir toxicidad importante la ingesta de 1 solo comprimido?

Sí. No debemos infravalorar el riesgo de 1 pastilla → estamos ante una posible ingesta de pequeñas dosis pero altamente tóxicas.

Respuesta a la 2ª pregunta: De haber estado usted en el CAP, ¿hubiera realizado alguna intervención terapéutica? ¿Cuál?

Cuando llega al CAP han pasado escasamente 10 minutos desde la posible ingesta. A pesar de que el paciente se encuentra asintomático es prioritario administrar **carbón activado 1 g/kg** por vía oral. En caso de que no se lo tome por vía oral, debería administrarse por sonda

Sustancias altamente tóxicas a pequeñas dosis, comercializadas en España

"One pill killers" (1 comprimido alcanza la dosis letal para un niño de 10 kg)	Buprenorfina-naloxona Diltiazem Glibencamida Glipizida Dapsona Hidroxicloroquina Metadona Morfina	Oxicodona Propafenona Tapentadol Tramadol Teofilina Verapamilo Ziprasidona
"2-3 pill killers" (2-3 comprimidos alcanzan la dosis letal para un niño de 10 kg)	Amitriptilina Bupropion Clorpromazina Cloroquina Clozapina Codeína Difenhidramina	Flecainida Hidromorfona Isoniazida Lamotrigina Nifedipino Olanzapina
Medicamentos o productos sanitarios tópicos	Anestésicos locales (benzocaína, cincocaína, lidocaína) Alcanfor Imidazolininas descongestivas Salicilato de metilo	
Productos no sanitarios	Alcoholes tóxicos (metanol, etilenglicol) Hidrocarburos Insecticidas organofosforados	

Prioridades en este paciente

- Monitorización (FC, FR, TA y glucemia)
- **CARBÓN ACTIVADO** urgente → **1 g/Kg (máx. 50g)**
Vía oral o SNG
Menos de 1-2 horas
- Colocar vía e.v.
- Traslado hospitalario
- Mientras tanto:
 - **Líquidos (SSF 20 ml/kg)** si inestabilidad hemodinámica
 - **Glucosa** (si hipoglucemia): 0,5g/kg e.v.
 - 5cc/kg de SG 10%
 - 10 cc/kg de SG 5%
 - 1 cc /kg de SG 50%
 - **Glucagón i.m.** si no posibilidad de colocar vía e.v. e hipoglucemia grave



Regla del 50
...% x cc/kg = 50

nasogástrica. Cuanto antes se administre, más efectivo será. Por ello, es importante que esta medicación se administre lo más precozmente posible cuando nos encontremos ante una ingesta tóxica.

En Cataluña, todos los centros de asistencia primaria deben disponer de carbón activado, y si no lo tienen, deben solicitarlo pues está aprobado como fármaco de uso ambulatorio.

Así mismo, se debería indicar la **canalización de una vía endovenosa** pues hay varios fármacos que pueden provocar hipotensión (antagonistas del calcio, diurético) y precisar carga de líquidos (suero fisiológico a 20 ml/kg) en caso de que se produzca.

También se debe **monitorizar la glucemia** con determinaciones periódicas pues tanto las sulfonilureas como los beta-bloqueantes pueden producir hipoglucemia. En caso de que ésta se produzca, debe ser tratada de inmediato con aportes de glucosa por vía endovenosa. Se administrará 1 cc/kg de suero glucosado al 50% o 5 cc/kg de suero glucosado al 10%. En caso de no poder colorar la vía endovenosa y se detecta hipoglucemia grave, puede administrarse glucagón i.m. (< 25 Kg de peso o < de 6-8 años: 0,5 mg administrados por vía IM ó SC; En > 25 kg de peso o > 6-8 años: 1 mg administrado por vía IM o SC. Dosis máxima: 1 mg, pudiendo repetirse la administración a los 20 minutos si es nece-

sario). Se ha de tener en cuenta, no obstante, que el glucagón es efectivo en la hipoglucemia hiperinsulinémica (la que ocurre en diabéticos o pacientes con insulinoma). En otras causas de hipoglucemia no es tan efectivo el glucagón, sobre todo en niños pues tienen poca reserva hepática de glucógeno por lo que cabe esperar que la administración de glucagón no produzca una gran liberación de glucosa hepática. Por tanto, es mejor esforzarse en la administración de glucosa endovenosa y dejar solo el glucagón para casos excepcionales en los que no se pueda aportar ésta

Respuesta a la 3ª pregunta: Este paciente, ¿debe trasladarse por sus propios medios al hospital?

No. Debe trasladarse en ambulancia, y a ser posible, con personal sanitario, para poner continuar monitorización de constantes y tratamiento si precisa

Respuesta a la 4ª pregunta: Si está usted en urgencias, ¿realizaría alguna medida terapéutica en estos momentos?

Si no se ha realizado ninguna intervención, debería hacer lo explicado en la 2ª pregunta: monitorización, carbón activado urgente (si hace menos de 2 horas de la ingesta), canalización de vía e.v. y tratamiento de la hipotensión o hipoglucemia si se presenta.

También debería indicarse la realización de un ECG y debería mantenerse en observación, aunque el paciente esté asintomático, un mínimo de 12 h.

Por último, desde el Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias

de Pediatría (SEUP) se ha elaborado un documento sobre las **8 ACCIONES QUE NO HAY QUE HACER ANTE UN PACIENTE PEDIÁTRICO QUE HA CONTACTADO CON UNA SUSTANCIA POTENCIALMENTE TÓXICA**, que se difunde a continuación.



SEUP
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA

8 ACCIONES QUE NO HAY QUE HACER ANTE UN PACIENTE PEDIÁTRICO QUE HA CONTACTADO CON UNA SUSTANCIA POTENCIALMENTE TÓXICA

- 1- Tratar una ingesta no tóxica.**
- 2- Infravalorar la toxicidad al no considerar la máxima dosis posible o no tener en cuenta las sustancias altamente tóxicas a pequeñas dosis.**
- 3- Inducir el vómito.**
- 4- Realizar un lavado gástrico.** La única situación en la que puede estar indicado es la ingestión reciente (< 1 hora) y potencialmente letal, de gran cantidad de tóxico, en un paciente consciente o intubado.
- 5- Administrar carbón activado en las siguientes situaciones:**
 - a) Ingestiones no tóxicas.**
 - b) Sustancias no absorbibles;**
 - c) Transcurridas >2 horas desde la ingestión (salvo en situación de hipoperistaltismo, ingestión de sustancias de liberación modificada o con circulación enterohepática);**
 - d) Paciente con disminución del nivel de conciencia no intubado.**
- 6- Administrar agua, leche o carbón activado tras la ingestión de productos domésticos o industriales.**
- 7- Administrar flumazenilo a un paciente con sospecha de haber ingerido antidepresivos tricíclicos o que ha convulsionado en el curso clínico de una intoxicación.**
- 8- Administrar N-acetilcisteína en la ingestión de paracetamol sin comprobar niveles tóxicos en sangre (excepto imposibilidad de realizar niveles, ingestión de dosis tóxicas repetidas, evolución > 8 horas o tiempo desconocido).**

Comentari bibliogràfic: recomendaciones para “no hacer” en Pediatría

Josep Antoni Serrano Marchuet.
Pediatre de l'Equip de Pediatría Territorial Alt Penedès Garraf. ICS.

Sovint les guies o protocols ens recomanen allò que hem de fer al davant de determinades situacions a la pràctica clínica. En aquest cas, en el document que us adjuntem, els companys de l'Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria ens presenten un document en el que allò que es detalla és el que NO s'ha de fer en diversos supòsits.



Agrupades sota epígrafs classificats per especialitats i amb la corresponent bibliografia es detallen situacions en les que, en massa casos, les nostres actuacions sobrepassen allò que l'evidència científica demostra.

[Enllaç a la revista](#)

GUIA DIABETIS TIPUS 1



<http://diabetes.sjdhospitalbarcelona.org>

- Consells dels professionals de la Unitat de Diabetis de l'Hospital Sant Joan de Déu
- Calculadora de racions d'hidrats de carboni, receptes, taula de racions
- Experiències de mares i pares
- Avenços científics

I tot el que necessites saber per al maneig de la diabetis!



GUIA DIABETIS TIPUS 1

T'ajudem en el maneig diari de la diabetis

CDI CENTRE PER A LA INNOVACIÓ DE LA DIABETIS INFANTIL SANT JOAN DE DÉU

SJD Sant Joan de Déu Barcelona · Hospital

Errors de medicació en pediatria, com podem prevenir-los? Errors de medicació en pediatria, com podem prevenir-los?

Isabel Rosich Martí¹, Gemma Rodríguez Palomar².

¹. Servei d'Atenció Primària Alt Penedès-Garraf, ². Servei d'Atenció Primària Delta del Llobregat.

Us presentem el darrer butlletí publicat per l'Institut per l'Ús Segur dels Medicaments (ISMP-Espanya) que aborda la prevenció dels errors de medicació en pacients pediàtrics (<http://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2046%20%28Septiembre%202018%29.pdf>).

El seu contingut s'ha elaborat a partir dels incidents comunicats pels professionals sanitaris al "Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación y al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)".

La seguretat del pacient es un repte dels sistemes sanitaris. Diferents publicacions recomanen implementar estratègies de millora de la seguretat en tres àrees prioritàries:

- **Situacions d'alt risc:** inclouen els medicaments d'alt risc i també aquells grups de pacients que són més vulnerables als errors de medicació:
 - » Pacients d'edat avançada.
 - » Població pediàtrica.

1 / 6

ISMP-Espana
BOLETÍN DE RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN
Número 46 - Septiembre 2018

Los contenidos de este boletín se han elaborado a partir de los incidentes comunicados por los profesionales sanitarios al Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación y al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), sistemas financiados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La difusión de estas recomendaciones tiene como objetivo evitar que vuelvan a producirse otros errores del mismo tipo.

PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

- ▶ Los pacientes pediátricos presentan una mayor incidencia de errores de medicación que los adultos y son potencialmente más graves.
- ▶ Los errores ocurren con más frecuencia en la prescripción y en la administración.
- ▶ Un gran porcentaje de errores son de dosificación.
- ▶ Para prevenir los errores es fundamental:
 - Indicar el peso en la prescripción.
 - Expresar la dosis en unidades de masa.
 - Efectuar un doble chequeo de los cálculos de los medicamentos de alto riesgo.
 - Informar y educar a padres y cuidadores.
 - Utilizar correctamente los dispositivos.
 - Implementar sistemas de soporte a la decisión clínica adecuados a pediatría.

El tercer reto mundial de seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud, "Medicación sin daño", tiene como objetivo reducir los eventos adversos evitables por medicamentos en un 50% en 5 años¹. Para ello, recomienda implementar estrategias de mejora de la seguridad en tres áreas prioritarias: situaciones de alto riesgo, polimedición inapropiada y transiciones asistenciales. Las situaciones de alto riesgo incluyen los medicamentos de alto riesgo^{2,3} y también aquellos grupos de pacientes, como son los pacientes de edad avanzada y la población pediátrica, que son más vulnerables a los errores de medicación.

Los errores de medicación en pacientes pediátricos son más frecuentes que en adultos y, además, el riesgo de que estos errores causen eventos adversos es hasta tres veces mayor⁴. Los niños menores de 4-5 años y en particular los neonatos presentan un mayor porcentaje de errores⁵⁻⁷. Aunque los errores ocurren en cualquier ámbito asistencial, la incidencia parece ser mayor en las unidades neonatales, cuidados intensivos pediátricos y urgencias^{5,7,8}.

En los niños confluyen una serie de factores específicos que propician un mayor riesgo de eventos adversos (Tabla 1)^{9,10}. Además de estos factores específicos, otros aspectos, como la comunicación deficiente entre los profesionales, la sobrecarga de trabajo, el cansancio o el estrés, pueden contribuir de forma importante a la aparición de errores¹¹, al igual que en adultos. De hecho, varios de los errores con mayor repercusión mediática en el campo de la seguridad del paciente han

ocurrido en pacientes pediátricos, como es el caso del recién nacido de Denver por la administración equivocada por vía intravenosa de penicilina benzatina, o el que ocurrió en varios neonatos ingresados en el Hospital Metodista de Indiana por sobredosificación de heparina^{12,13}. En España no se pueden olvidar también algunos casos de gran repercusión^{14,15}.

Tabla 1. Factores que propician una mayor incidencia y gravedad de errores en pacientes pediátricos^{9,10}.

- Necesidad de realizar cálculos para ajustar la dosis en función de la edad, el peso, la superficie corporal y la enfermedad del paciente.
- Falta de disponibilidad de presentaciones pediátricas, por lo que muchas veces es preciso efectuar cálculos, fraccionar o diluir las presentaciones comercializadas para administrar la dosis necesaria.
- Utilización de dispositivos poco precisos para medir la dosis y sistemas de administración no diseñados para pacientes pediátricos.
- Dificultad o incapacidad de los niños para comunicar los síntomas de los efectos adversos, particularmente los neonatos y lactantes.
- Diferencias en los parámetros farmacocinéticos según la edad y el desarrollo evolutivo.
- Alta vulnerabilidad, especialmente de los niños muy pequeños, por inmadurez de las funciones renal, hepática e inmunológica.
- Escasa información sobre dosis, seguridad, eficacia y uso clínico de muchos medicamentos en pacientes pediátricos.

Los errores de medicación en niños ocurren en todas las etapas del sistema de utilización de los medicamentos, aunque la mayoría de los estudios detectan un mayor porcentaje de errores en la prescripción y en la administración, incluyendo la administración en el domicilio por los padres o cuidadores¹⁶.

Se ha descrito que los tipos de errores más frecuentes son los errores en la dosis, los de omisión o retraso en la administración y los de preparación^{9,7,18}.

En el Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores del ISMP-Espana y en el SiNASP se encuentran registrados numerosos errores en pacientes pediátricos. Para elaborar este boletín se han seleccionado varios de estos incidentes, principalmente aquellos que reflejan las características diferenciales asociadas al uso de medicamentos en la población pediátrica, con el fin de comprender mejor las causas y factores que subyacen en estos errores específicos de pediatría y así conocer los puntos críticos en los que deben centrarse las prácticas seguras.

- **Prescripció inapropiada:** trobem exemples en l'àmbit de la pediatria vinculats a l'adequació de tractament antibiòtic en processos infecciosos (http://essencialsalut.gencat.cat/ca/recomanacions/recomanacions_per_especialitat/pediatria) i d'altres (<https://bmjopen.bmj.com/content/6/9/e012079>).
- **Transicions assistencials:** orientades a disminuir els errors de conciliació entre transicions (errors d'omissió, retard en l'administració...) (<http://www.ismp-espana.org/ficheros/Bolet%C3%ADn%2041%20%28Diciembre%202015%29.pdf>).

Errors de medicació, de què parlem?

L'any 1998, el National Coordinating for Medication Error Reporting and Prevention dels EUA va definir l'**error de medicació (EM)** com qualsevol incident **prevenible**, que pot causar dany al pacient o donar lloc a una utilització inapropiada del medicament, quan està sota control del personal sanitari o del pacient mateix.

Els EM tenen un gran impacte en el sistema i són una de les causes més freqüents d'aparició d'efectes adversos, motiu pel qual, la seva identificació i prevenció ha de ser una prioritat per a les institucions sanitàries i els professionals.

Que sabem sobre els errors de medicació en pediatria?

Els pacients pediàtrics (en especial els nens **menors de 4-5 anys** i en particular els nounats) presenten una major incidència d'errors de medicació que els adults (**fins a tres vegades més alta**), i aquests són potencialment més greus.

Tot i produir-se en qualsevol àmbit assistencial, les **unitats neonatals**, les unitats de **cures intensives pediàtriques** i les **urgències** en són especialment susceptibles.

S'associen amb més freqüència amb les etapes de **prescripció** i **administració** (al centre i al domicili) i destaquen aquells relacionats amb la **dosificació**, **omissió** de tractaments, **retard** en l'administració i la **preparació**.

El butlletí objecte d'aquesta entrada es centra en els errors de prescripció, de dispensació i d'administració (al centre i al domicili).

Factors que predisposen a una major incidència d'EM en la població pediàtrica

La major predisposició a presentar EM es justifica, en part, per les característiques inherents a aquest grup de població. A destacar:

- Requeriment de pautes variables en funció de la patologia i l'edat.
- Dosificació per Kg/pes i/o superfície corporal.
- Manca d'especialitats farmacèutiques amb presentacions adequades: necessitat d'efectuar càlculs, fraccionar o diluir les existents per administrar la dosi necessària.
- Utilització de dispositius poc precisos per mesurar la dosi i sistemes d'administració no dissenyats per a pacients pediàtrics.
- Escassa informació de molts medicaments en població pediàtrica i amb freqüència vinculats a un ús "fora d'indicació de fitxa tècnica".

- Dificultat per reconèixer l'error.
- Dificultat/manca de comunicació amb els nens petits.

Que ens aporta aquest butlletí?

- Una bateria de **casos/exemples d'EM** centrats en les etapes de prescripció, **dispensació** i **administració** de medicaments.
- Recomanacions específiques pels **centres i professionals sanitaris** en forma de pràctiques segures per a prevenir els EM en pediatria.
- Consells pels pares o cuidadors per a l'ús correcte dels medicaments en nens.

Que podem fer els professionals/centres sanitaris?

- Desenvolupar i implementar programes multidisciplinaris amb l'objectiu de prevenir els EM, definint filtres a totes les etapes del procés:

- **Prescripció**
 - » Protocol·litzar i estandarditzar tractaments.
 - » Promoure la prescripció informatitzada.
 - » Garantir que les dades dels pacients estiguin actualitzades (edat, pes, talla, al·lèrgies...).
 - » Dissenyar eines electròniques de suport a la prescripció i a la presa de decisions clíniques. Un exemple el constitueix la Guia Terapèutica electrònica (GT@) integrada en l'Estació Clínica de Treball d'Atenció Primària (ECAP).
- **Dispensació**
 - » Des de l'Atenció Primària: en aquest àmbit, els errors que es produeixen en la dispensació de medicaments no són de fàcil detecció. (http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/professionals/6_publicacions/butlletins/butlleti_errors_medicacio/documents/arxius/but_EM_v02_n2_CAT.pdf).
 - » Des de la farmàcia comunitària: mitjançant experiències com la de les

farmàcies sentinella en la prevenció d'errors de medicació en la comunitat. (http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/6_publicacions/butlletins/butlleti_errors_medicacio/documents/arxius/but_EM_v15_n3_CAT.pdf).

- » Des de l'hospital: a nivell de les unitats de dispensació ambulatoria a pacients externs. (<http://www.ismp-espana.org/ficheros/Bolet%C3%ADn%20n%C2%BA26%20%28Octubre%202007%29.pdf>).

• Administració

- » Fer la doble comprovació de la dosi en medicaments d'alt risc.
- » Garantir la identificació correcta dels medicaments.
- » Utilitzar dispositius adequats a la via d'administració i comprovar l'ús correcte dels mateixos.
- » Estandaritzar procediments.

▪ Implicar als pares i/o cuidadors en l'ús segur dels medicaments mitjançant:

- Campanyes d'**educació sanitària** per millorar els coneixements i la coresponsabilització de la població en la utilització dels medicaments ("Medicament360: m'agrada saber el què prenc"). (<http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/informacio-i-consells/medicament360-m-agrada-saber-el-que-prenc/>)
- **Fitxes d'informació sobre medicaments** (i-botika <https://www.osakidetza.euskadi.eus/ibotika-fichas-informacion-medicamentos/r85-pkcevi08/es/>, amb exemples d'interès en pediatria "Paracetamol en pediatria", "Ibuprofeno en pediatria", "¡Mi hija tiene tos! ¡Mi hijo no para de toser!").

▪ Implicar a tots, professionals sanitaris i pacients/pares/cuidadors, en la notificació dels EM. A través, per exemple, del Programa de Prevenció d'Errors de Medicació del Departament de Salut (<http://medicaments.gencat.cat/ca/professionals/seguretat/errors-medicacio/programa/>), Programa TPSC-Cloud als CAPs o bé dels programes de notificació d'errors específics de cada centre assistencial.

"En prevenció dels EM estem implicats TOTS: els professionals sanitaris i pacients/cuidadors."

Bibliografia addicional

- Mas Comas, Anna. Medicaments de risc especial en pediatria. Butlletí de Prevenció d'Errors de Medicació de Catalunya. Vol. 9, núm. 2 maig-agost 2011. Disponible a http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/6_publicacions/butlletins/butlleti_errors_medicacio/documents/arxius/but_EM_v09_n2_CAT.pdf.
- ISMP-España. Boletín de recomendaciones para la prevención de errores de medicación núm 42, diciembre 2016. Educación al paciente y prevención de errores de mediación. Disponible a: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2042%20%28Diciembre%202016%29.pdf>.
- Rinke ML, Rinke ML, DG Bundy, Velasquez CA, Rao S, Zerhouni I, Lobner K, Blanck JF, Miller MR. Interventions to Reduce Pediatric Medication Errors: A Systematic Review. Pediatrics 2014; 134[2]:338–360

Abús sexual infantil. Cas clínic

Marta Simó Nebot

Pediatra, coordinadora de la Unitat Funcional d'Abusos Sexuals (UFAM).
Servei de Pediatria, HSJD



Presentem el cas d'una nena de 8 anys que consulta a la seva pediatra per cefalea intensa i conductes estranyes. Els pares refereixen que fa unes setmanes que camina de forma estranya, camina amb l'esquena enganxada a la paret, com protegint la seva esquena. Expliquen que té por de tot, s'autoculpa de tot, presenta labilitat emocional, té la sensació de que qualsevol li vol fer mal, fuig del germà i del pare... Refereixen que han acudit a un psiquiatre privat que els ha parlat de deliris i ha pautat medicació amb risperidona.

És una nena fruit de una segona gestació d'una mare amb bon control gestacional i sense incidències durant l'embaràs ni el part. No ha estat mai ingressada ni operada de res, i fins al moment no ha precisat medicació de forma habitual. No té al·lèrgies i porta la vacunació al dia. Ha estat valorada pel seu equip d'atenció primària per les revisions habituals, per algun quadre d'infecció respiratòria de vies altes, i darrerament per cefalees i abdominàlgies de característiques funcionals. Fins aquest curs l'escolarització ha estat correcta, amb bon rendiment, aquest curs sembla que li costa una mica més.

A la consulta d'atenció primària es fa una exploració general i una exploració neurològica completa que són normals. Es reinterroga sobre les característiques de la cefalea, que no mostra cap predomini horari, no es matinal ni la desperta durant la nit, no s'acompanya de vòmits, i no impedeix les activitats de la vida diària. Tampoc expliquen augment de la intensitat del dolor, ni del nombre de vegades que es queixa. Tot i les característiques del dolor, i que presenta una exploració normal, donada l'aparició de clínica d'un possible deliri, que podria ser un signe de lesions a nivell de sistema nerviós central (SNC), es fa un registre de tensió arterial i de freqüència cardíaca, un fons d'ull, i un TAC cranial, resultant tots ells sense alteracions.

Donat que no hi ha altres signes d'alarma d'orgànica, es remet al CSMIJ (centre de salut mental infanto juvenil) per a valoració. Durant la primera visita al CSMIJ, verbalitza que ha fet coses sexuals amb el seu germà gran, pel que es fa derivació a la UFAM (Unitat Funcional d'Abús a Menors) per a valoració.

I això és un abús sexual?

L'abús sexual infantil (ASI) és aquella situació en la que un infant o adolescent participa en activitats sexuals que violen els tabús socials i legals de l'entorn en el que es desenvolupa. Activitats que no compren o per les que no està preparada/t pel seu procés evolutiu, pel que no pot donar el seu consentiment. Implica una situació de superioritat, psíquica o física, de l'agressor.

L'abús sexual pot donar-se amb contacte: tocaments, contacte oral-genital/anal, contacte genital- genital/anal, penetració (genital, digital o per objectes); o sense contacte: exposició a pornografia, producció de pornografia, exhibicionisme, grooming (conjunt d'estratègies que una persona adulta desenvolupa per guanyar-se la confiança del menor a través d'internet amb la finalitat d'obtenir concessions de tipus sexual),...

El pot perpetrar un adult, o un altre menor amb una diferència d'edat o capacitat intel·lectual suficient. Implica una relació desigual, amb imposició per part d'un cap a l'altre. Quan els fets es produeixen entre dos menors, es considera que una diferència de 5 o més anys d'edat suposa una relació prou desigual com per considerar-se abusiva. De totes maneres, cal individualitzar i valorar la maduresa d'ambdós, víctima i agressor.

(gràfica 1)

A l'estat Espanyol, l'edat legal de consentiment per les relacions sexuals són els 16 anys.

Per tant, en el cas que ens ocupa, caldria valorar quina edat té el germà, i quina capacitat intel·lectual i maduresa tenen els dos, i amb quin nivell d'imposició s'han produït els fets...

Entre dos menors, en ocasions, es poden donar conductes sexuals exploratòries, que poden ser inapropiades, però no abusives. En aquest segon cas, el que cal fer es una tasca de educació afectiu-sexual.

Valorar tots aquests aspectes és una de les tasques que es duen a terme a la UFAM.

Aleshores, què feu habitualment a la unitat quan rebeu un cas?

En primer lloc, comencem amb una entrevista amb l'entorn no abusador del menor, on es recull informació sobre els fets que porten a consultar, s'ofereix orientació i s'informa del funcionament de la unitat.

Amb la informació recollida es realitza una valoració social en la que es determinen factors i indicadors de risc. Es determina quin nivell de protecció té el nen/a o adolescent. I també es valora la indicació d'iniciar el procés diagnòstic, ja que no sempre està indicat fer-ho. Un dels riscos és que la pròpia valoració generi més dany, el que s'anomena victimització secundària. Per tant, s'intenta actuar pel principi d'intervenció mínima (fer el mínim possible de visites que permetin dur a terme les actuacions necessàries), i si un menor ja ha estat valorat, està protegit i rep el tractament adient, cal abstenir-se de repetir intervencions.

A continuació habitualment el nen/a o adolescent es valorat per pediatria i/o per psicologia.

En aquestes visites cal fer un diagnòstic de l'abús (determinar si els fets relatats són compatibles

Diagnòstic (dades 2018)	
Signes d'abús sexual	38,3 %
No signes d'abús	34,3 %
Indeterminat/indeterminable	22,7 %
Conductes sexualitzades entre menors	1,6 %
Abusador menor	2,3 %
Testimoni de violència de gènere/víctima de violència de gènere sense abús	1,5 %

Gràfica 1





amb una situació abusiva) i fer un diagnòstic diferencial (per exemple, si la sospita d'abús sorgeix a partir de signes a la exploració física, descartar que hi hagi alguna altra entitat que produeixi la simptomatologia, o si el signe de sospita són malsons, establir si la causa és un abús o algun altre factor).

En la valoració pediàtrica, com en qualsevol altre visita, es realitza una anamnesi, tot i que amb algunes peculiaritats, i una exploració física. En funció de les troballes es determina la necessitat de fer proves per descartar malalties de transmissió sexual, d'administrar profilaxis, de fer tractaments de lesions o d'infeccions si es donen. També es valora la indicació de prendre mesures preventives: es revisa la vacunació (VHB, virus papil·loma humà...), o es poden recomanar mitjans anticonceptius segons el cas (donat que en ocasions podem trobar-nos davant menors amb conductes de risc que ho requereixin).

En la valoració psicològica, a part de completar la valoració del relat dels fets, es realitza un estudi de psicopatologia, estudi de seqüeles i afectació psicològica, s'estableix un tractament en aquells casos que ho precisen, o es remet als serveis

de salut mental de zona si així està indicat. Així mateix, tant si s'ha produït un abús com si no, es realitza una intervenció per tal de donar estratègies d'autoprotecció per empoderar els nens i nenes, i evitar altres victimitzacions.

L'abús sexual és principalment un problema de salut, donat que té conseqüències a curt i llarg termini que afecten al benestar de les persones. La OMS defineix la salut com el benestar físic, psíquic i social, i no només com la manca de malaltia. L'abús pot tenir conseqüències físiques (lesions, infeccions...), psíquiques (trastorn d'estrès post-traumàtic, ansietat, depressió, intents autolítics...), i socials (sovint l'abusador pertany a l'entorn de confiança, i per tant, tant l'abús, com la revelació dels fets alteren aquest entorn, com per exemple, si l'abusador és el pare i és empresonat).

Però l'abús sexual no només és un problema de salut, és també un delictes, pel que, en ser coneixedors, estem obligats a comunicar-ho tant als serveis de protecció a la infància com a la justícia. Aquestes són tasques que també duem a terme a la UFAM. En ocasions, som citats a judici, per tal de col·laborar amb la justícia, quan ho creuen convenient

Actuació feta en aquest cas:

El germà de la nostra pacient tenia 13 anys, pel que hi havia una diferència d'edat de 5 anys, i per tant, una diferència suficient com per que es pogués tractar d'un cas d'ASI.

Per fer l'estudi social d'aquest cas es va mantenir una entrevista amb els pares dels nens, i es va fer una coordinació amb el CSMIJ que derivava el cas, i amb l'equip de la Direcció d'Atenció a la Infància i la Adolescència (DGAIA) que havia obert un expedient de risc.

Els fets s'havien produït quan els fills estaven sols a casa, cosa que pels horaris laborals dels pares, passava sovint. La manca de supervisió freqüent va ser l'únic factor de risc detectat. Els pares es mostraven preocupats i, aconsellats per la DGAIA, havien intentat que els germans visquessin en domicilis diferents, però no havia estat possible. Ells referien però, que pensaven que els podien supervisar i protegir als dos.

En les visites amb pediatria i psicologia, tot i que la nostra pacient inicialment es mostrava col·laboradora però molt tancada, mica en mica va ser capaç d'anar explicant els fets, amb un relat amb les característiques de correspondre a fets viscuts, pel que es va poder fer el diagnòstic d'abús sexual. Explicava tocaments i visualització de material pornogràfic.

La nena presentava un desenvolupament sexual prepuberal, amb una exploració física normal, amb himen íntegre, i només destacava un augment del flux vaginal. Es va cursar analítica al germà, amb serologies negatives de VHB, VHC, lues i VIH, pel que no va ser necessari fer-li a ella. I es va recollir un cultiu vaginal, que va mostrar la presència de *Gardnerella vaginalis*, descartant altres MTS (PCR de gonococ, clamídia i herpes negatives). Es va tractar amb metronidazol oral.

La *Gardnerella vaginalis* es troba més freqüentment en dones sexualment actives que en no actives o nenes prepuberals, però també es pot aïllar en dones sense activitat sexual. És per tant un indicador de risc d'ASI, però la seva simple presència no és diagnòstica. Tot i així, donat que l'únic contacte possible era el germà, es va recomanar tractar-lo a ell també.

A nivell psicològic presentava símptomes propis del trastorn obsessiu-compulsiu amb obsessions i compulsions amb contingut sexual i agressiu, que amb el tractament van anar desapareixent. Així mateix presentava simptomatologia d'estrès posttraumàtic de caire lleu, i sentiments de culpabilitat, que també va anar millorant al llarg de les sessions amb psicologia.





A més del treball terapèutic, des de la UFAM es va fer una feina d'empoderament, de prevenció secundària. Es va treballar amb la nena la detecció de situacions de risc, les estratègies d'autoprotecció i comunicació. Es va incidir en el concepte d'intimitat, així com en el respecte, l'imprescindible consentiment per part d'ambdues persones en les relacions sexuals i l'edat legal i condicions perquè el consentiment sigui vàlid.

I amb el germà... Què cal fer?

En aquest cas ell també era un pacient pediàtric, i era pacient dels mateixos equips que la germana, pel que també era responsabilitat d'aquests garantir que es cobrien les seves necessitats. A la UFAM també atenem menors agressors, pel que va ser valorat ell també.

Quan un menor abusa, requereix intervenció per diversos motius:

- Cal descartar que ell hagi patit abusos. Tot i que molts dels menors que abusen no n'han patit, agredir a altres pot ser un indicador del que li està passant o li ha passat a ell/a, que podria estar actuant replicant conductes.
- S'ha de descartar també un maltractament psicològic o negligència. Per exemple, en aquest cas es tractava d'un menor que no rebia prou atenció o vigilància que havia motivat un accés no controlat a material pornogràfic.
- Cal fer una valoració de quin tipus de contactes sexuals ha tingut, per valorar els riscos que aquests poden haver comportat. Cal fer també una exploració física i descartar malalties de transmissió sexual.
- Hem de descartar que hagi agredit a altres menors
- S'ha d'avaluar la existència de psicopatologia.

Si el menor pateix algun trastorn o ha patit abusos, haurem de fer el tractament pertinent.

Haurem de fer també una intervenció psicoeducativa, valorar si hi ha un veritable reconeixement dels fets i si no hi és aconseguir que pugui ser-hi, que el menor pugui ser conscient del dany que ha fet, aconseguir que pugui empatitzar amb la víctima per tal de poder reparar el dany i no repetir la conducta...

Fins que la feina terapèutica no acaba, cal assegurar supervisió en tot moment o bé fer una separació entre ell i la víctima, donat que si no, pot haver risc de reincidència.

En aquest cas es va descartar que ell hagués patit una situació abusiva i no tenia conductes sexuals de risc. No existia cap trastorn psicopatològic i es va poder treballar amb ell el reconeixement dels fets. La evolució va ser favorable. A més, el poder descartar malalties de transmissió sexual en ell, va permetre no haver de fer analítica en la nena.

El fet de ser germà de la víctima i pertànyer al mateix nucli familiar, feia que l'abordatge fos més difícil, ja que els pares eren a l'hora pares de la víctima, però també del presumpte abusador, que també necessitava una adequada protecció.

En aquest cas els pares havien d'assegurar que la víctima era creguda i recolzada, protegida de l'agressor, i que rebia el tractament adient. Com a pares del presumpte abusador havien de supervisar-lo i assegurar que fa la teràpia psicoeducativa. A més a més, donat que l'abús s'havia produït en un context d'una certa desatenció, calia millorar les dinàmiques familiars. En aquest sentit, el pla de treball familiar va ser supervisat per l'equip de la DGAIA.



L'experiència d'un equip de pediatria a l'Espai matern infantil Sant Miguel de Càrites de Cornellà

Concepción Báñez Martín

Pediatra ABS La Gavarra (Cornellà)

La declaración de Alma-Ata, surgida de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, patrocinada por la OMS y UNICEF, y de la cual se cumplen ahora 40 años, define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Define también las desigualdades o inequidades en salud como aquellas diferencias injustas y evitables que perjudican de forma sistemática a un colectivo más desfavorecido ⁽¹⁾.

El estado de salud de los individuos y las poblaciones está condicionado por un conjunto de factores, los Determinantes de la salud. Hay unos determinantes que no son modificables (el sexo, la etnia, la edad) y a su alrededor se sitúan, de manera concéntrica: los estilos de vida individuales (actividad física, tabaquismo,...), las interacciones de las personas entre ellas y con su entorno (redes sociales y comunitarias). Más allá están las condiciones de vida y de trabajo, la alimentación, el acceso a bienes y a servicios fundamentales (educación, sanidad) y, finalmente, las condiciones políticas, soci-

oeconómicas, culturales y ambientales, que actúan sobre todos los estratos ⁽²⁾.

En todo el mundo se observan desigualdades sociales en la población, derivadas de las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Se estima que un 80% de los determinantes de salud están fuera del sistema sanitario ⁽²⁾.

En la salud infantil los determinantes sociales son los mismos que en la población general pero tienen un impacto diferencial en algunos aspectos específicos de la infancia. Las condiciones de vida en la infancia y el desarrollo físico, cognitivo y emocional son determinantes de la salud, del rendimiento académico y de la participación laboral y social de los futuros adultos. Las desigualdades sociales durante la infancia están asociadas a un gradiente social en el acceso a los recursos materiales o familiares, las condiciones de vida y del entorno, la falta de acceso a una escolarización precoz o a la detección precoz de problemas del desarrollo. Estos gradientes sociales se traducen en desigualda-



des en la salud física y mental en la infancia i en la adolescencia, al igual que en los resultados académicos y, a medio y largo plazo, en la vida

laboral, la salud física y mental, la predisposición a determinados problemas de salud del adulto y la mortalidad prematura ⁽³⁾.



Figura 1
Model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead, 1991. Modificat per l'ASPB.



“Conseguir la Equidad en salud significa que las personas puedan desarrollar su potencial”

En agosto de 2018 se publicó en el J Epidemiol Community Health un artículo de AQUAS (Agencia de Qualitat i Avaluació Sanitària de Catalunya) donde se analizaban las desigualdades socioeconómicas en salud y el uso de Servicios de salud en Catalunya. En lo que hace referencia a infancia los resultados son demoledores: los niños de bajo nivel socioeconómico presentaban mayor morbilidad (4 veces más las niñas, 3 los niños), mayores tasas de hospitalización (3,4 veces las niñas, 2,2 los niños), mayor uso de los Servicios de Salud Mental (4,4 veces las niñas, 5,1 los niños) y de hospitalización por motivos psiquiátricos (hasta 7 veces más las niñas). Respecto al consumo de fármacos psicoactivos, es 3 veces superior al de los niños de más elevado nivel socioeconómico: las niñas toman hasta 4 veces más ansiolíticos y los niños hasta 4 veces más antipsicóticos y 2 veces más fármacos para el TDAH ⁽⁴⁾.

Conseguir la Equidad en salud significa que las personas puedan desarrollar su potencial,

independientemente de su estatus social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. La equidad en salud implica que los recursos se asignan según la necesidad.

En este punto sería apropiado mencionar la Ley de Cuidados Inversos ⁽⁵⁾, enunciada por Tudor-Hart en 1971 que nos dice que: “la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida” es decir, la gente que más asistencia sanitaria necesita es la que menos recibe, concentrándose la misma en los grupos poblacionales donde menos falta hace, siendo también una causa de inequidad en salud.

Es en este contexto donde se sitúa el proyecto de colaboración con Cáritas Diocesana, en su espacio Materno-Infantil Sant Miquel de Cornellà de Llobregat.

El Materno-Infantil es un proyecto de Cáritas de soporte psicoeducativo, dirigido a familias que se hallan en situación de vulnerabilidad social, con hijos menores de 3 años que necesitan soporte en la maternidad.

El objetivo del proyecto es realizar una labor preventiva, ofreciendo soporte profesional y un acompañamiento emocional a las madres como principales cuidadoras, para que éstas puedan

ejercer las funciones maternas básicas y establecer un vínculo afectivo seguro con su hijo/a. La intervención se centra en la atención, acompañamiento y soporte a: La madre, en sus necesidades, inquietudes, dudas, dificultades, capacidades y posibilidades; y el niño, para garantizar que se satisfacen sus necesidades a lo largo de su desarrollo físico y emocional.

El proyecto se dinamiza con una serie de actividades que son: la acogida, momento importante para detectar el estado emocional de la madre y el niño/a; el baño, actividad que permite vincular la necesidad de higiene con el contacto afectivo madre-hijo/a; el desayuno de las madres y la preparación de la comida de los niños, para garantizar una comida saludable y aprender a elaborar menús apropiados a las necesidades infantiles; el juego, donde se trabaja su importancia en el desarrollo del niño; y la comida de los niños, clave para atender las necesidades nutricionales y enseñar hábitos saludables de alimentación.

En 2016 Cáritas solicitó colaboración a los Servicios de Pediatría de nuestra población para su proyecto, al cual nos unimos una enfermera pediátrica y una pediatra.

Realizamos sesiones mensuales de unos 75 minutos de duración, después de la comida de los niños. De cada sesión destinamos una parte a desarrollar un tema relacionado con la salud infantil: alimentación, desarrollo psicomotor, prevención de accidentes, inmunizaciones, cuidados básicos de los problemas de salud más comunes,... El resto lo dedicamos a responder las preguntas propuestas por las madres, unas ya preparadas los días previos, otras que surgen de manera espontánea durante la conversación. Estas dudas se aprovechan para profundizar en las diferentes temáticas o nos llevan a otros temas, no todos de índole estrictamente médica. Las sesiones van más allá de una charla divulgativa, como las que se pueden realizar en otros espacios, como por ejemplo una guardería. Son un espacio abierto y dinámico en el que, sentadas alrededor de la mesa de la cocina o en el suelo de la sala de juegos, compartimos nuestros saberes y también nuestras experien-

“Tanto las madres como las educadoras del Espai Matern mostraron un alto grado de satisfacción con estas sesiones”

cias. Nosotras ofrecemos nuestro saber profesional, las madres (de muy diversa procedencia) comparten sus inquietudes, pero también sus costumbres, la manera de hacer de sus países de origen, sus propias experiencias. Es también un espacio de intercambio donde todas salimos ganando.

Tanto las madres como las educadoras del Espai Matern mostraron un alto grado de satisfacción con estas sesiones, motivo por el cual hemos mantenido nuestra colaboración, siendo éste ya nuestro tercer curso.

Desde el primer momento lo hemos vivido como una experiencia enriquecedora, que nos ha permitido ver como nuestra labor se puede (y se debe) realizar también fuera de las consultas, mirando a la comunidad y con la comunidad, un paso más cerca del ansiado enfoque biopsicosocial de la práctica médica y un poquito más lejos de la medicina centrada sólo en la patología y en el paternalismo.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: OMS; 1978.
2. Agencia de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya.
3. http://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/determinants_de_salut/
4. Desigualdades en la salud infantil. Informe SES-PAS 2010. Luis Rajmil, Elia Díez y Rosanna Peiró Gac Sanit. 2010; 24(Supl1):42-48
5. García-Altés A, Ruiz-Muñoz D, Cuellos C, Mias M, Martín-Bassols N. Socioeconomic inequalities in health and the use of healthcare services in Catalonia: analysis of the individual health of 7.5 million residents. J Epidemiol Community Health Published. 2018
6. Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971; 1(7696): 405-12.

Programa de consultes entre professionals de VINCLES

A. Fernàndez López¹, J.J. Garcia Garcia², A. Pérez De Leza Vázquez³.

¹. Metgessa Adjunta del Servei de Pediatria.

². Cap del Servei de Pediatria i Adjunt a la Direcció Mèdica. ³. Planificació i Suport a la Gestió Assistencial.

El projecte VINCLES comprèn un conjunt variat d'iniciatives d'interès mutu entre l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona i els professionals de Pediatria del seu àmbit territorial de referència (Atenció Primària i Hospitals de Proximitat).

Els objectius del projecte són:

- Acostar els nivells assistencials a través de la col·laboració assistencial i les activitats de suport.
- Intercanviar coneixement entre professionals per contribuir a la millora del contínuum i l'adequació de la capacitat resolutiva dins de cada nivell.
- Millorar l'encaix entre l'oferta de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona i les necessitats de la comunitat.
- Mostrar l'oferta de serveis d'atenció pediàtrica de l'hospital i de les diferents institucions del territori per a una millor utilització.

El projecte VINCLES està coordinat per la Direcció Mèdica de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona i inclou l'elaboració de protocols, documents i criteris de derivació consensuats amb Atenció Primària, l'edició de la Revista Vincles i el **programa de consultes entre professionals** del Vincles. A través d'aquest programa els professionals d'Atenció Primària poden contactar amb els nostres especialistes per consultes de tipus assistencial o intercanviar opinions sobre un cas clínic concret de maneig complex, sense que el pacient es desplaci. .

El programa de consultes entre professionals del Vincles s'inicià de forma emblemàtica l'any 2013 gràcies a la valuosa tasca desenvolupada per Dr. Jordi Pou a través del e-mail aps. Amb la seva jubilació el programa ha continuat coordinat des del servei de Pediatria amb els mateixos objectius i voluntat de ser una eina útil per als professionals. Per millorar el registre i per motius de seguretat, la via actual oficial per fer-nos arribar les consultes és a través del formulari del web (indiquem el link al formulari)

i el requisit indispensable per poder-les cursar és utilitzar una direcció de e-mail d'una entitat prestadora de serveis sanitaris del territori (**Figura 1**). A través del formulari es poden enviar fitxers de menys de 5 MB en format dif, jpg, jpeg, png, txt, pdf, doc, docx, ppt, pptx, xls, xlsx, rar i zip (anàlitziques de sang, informes, ECG, imatges de radiografies, etc).

Els professionals d'Atenció Primària poden adreçar-nos consultes assistencials sobre un pacient seu referent a un problema de salut esperant una resposta d'un especialista que els pugui orientar en el diagnòstic, tractament o seguiment del cas. La pregunta arriba a un facultatiu del servei de Pediatria. Quan es reb la consulta d'un company de primària se li comunica que la seva

The image shows a screenshot of a web page from the Hospital Sant Joan de Déu. The page title is 'Vincles amb Primària: consultas entre profesionales'. It features a sidebar menu with options like 'Vincles amb Primària', 'Consultas entre profesionales', 'Protocolos y documentos consensuados', 'Revista VINCLES', 'Criterios de derivación', 'Pediatria dels Pirineus', and 'Informe Red de Vigilancia Hospitalaria de VRS'. The main content area contains a form for submitting a consultation. The form has sections for 'Datos personales' (Name, Surname, Professional Profile, Email, Phone, Institution, Center, Locality), 'Consulta' (Specialty, Clinical summary and question), and 'Documentos adicionales' (File upload). A checkbox at the bottom indicates acceptance of the privacy policy, and an 'ENVIAR' button is at the bottom right. Social media sharing icons are at the very bottom.

Figura 1 Accés al Programa de Consultes entre Professionals del VINCLES a través del web de l'Hospital Sant Joan de Déu i link al formulari.
<https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/vincles-amb-primaria-consultas-entre-profesionales>.

consulta ens ha arribat correctament i el mateix facultatiu li dona resposta si la consulta és per Pediatria General. Si fa referència a un nen que ja fa el seguiment a l'hospital s'adreça via mail a l'especialista responsable i al cap de Servei (o facultatiu designat per ell/a) si el pacient no ha estat mai visitat al nostre centre. S'els demana que responguin directament via e-mail al professional d'Atenció Primària.

Habitualment la resposta és ràpida. Tot i així en ocasions ens podem demorar alguns dies per motius diversos (vacances d'alguns professionals, sobrecàrrega assistencial, etc.) Des del Servei de Planificació i Suport a la Gestió Assistencial també es dona suport al programa

amb el seguiment de les respostes, registre de les consultes i anàlisi de les mateixes.

Les consultes que s'adrecen acostumen a estar ben plantejades i dirigides tot i que hem detectat un increment de consultes per temes administratius que han de ser vehiculitzades a través d'altres eines disponibles a l'hospital (**Figura 2**) i no a través del Programa de Consultes entre Professionals del Vincles, que ha de reservar-se per a preguntes amb un caire clínic.

Durant l'any 2018 hem rebut 705 consultes (**Figura 3**), el 88% (661) procedents de professionals de l'àrea geogràfica d'influència de l'Hospital. Les preguntes han estat fetes per 145 professionals diferents i els serveis més

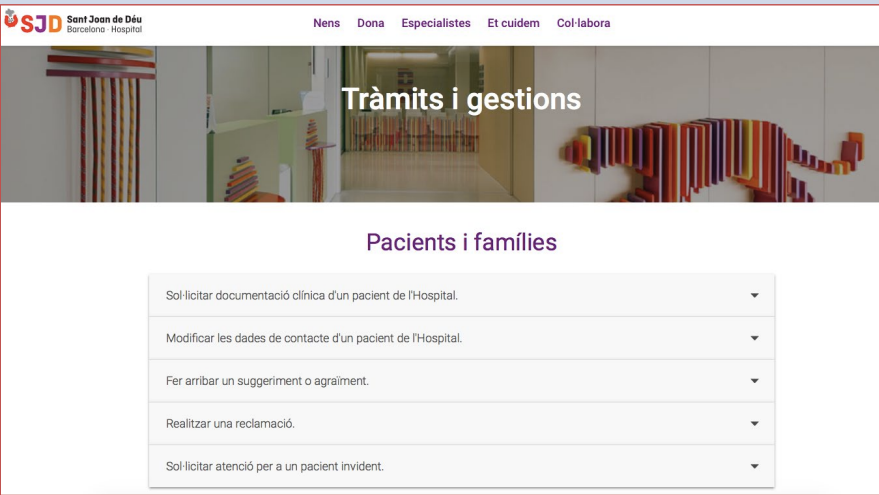
Tràmit	Eina disponible
Sol·licitar documentació clínica d'un pacient. Sol·licitar informe mèdic. Modificar les dades de contacte d'un pacient de l'hospital.	Gestió a realitzar per part de les famílies https://www.sjdhospitalbarcelona.org/ca/tramits-i-gestions 
Sol·licitar canvi, anul·lació o reprogramació d'una visita	Telèfon de programació de visites 93 378 26 00 Gestió a realitzar per part de les famílies
Sol·licitar avançament d'una visita o problema relacionat amb una Derivació a Consultes Externes	derivacions-CEX@sjdhospitalbarcelona.org Adjuntar la còpia de la derivació o nova derivació amb els motius de revisió del cas Recurs disponible solament per a professionals

Figura 2 Eines disponibles a l'hospital Sant Joan de Déu per fer altres tràmits administratius i gestions sobre pacients i visites.

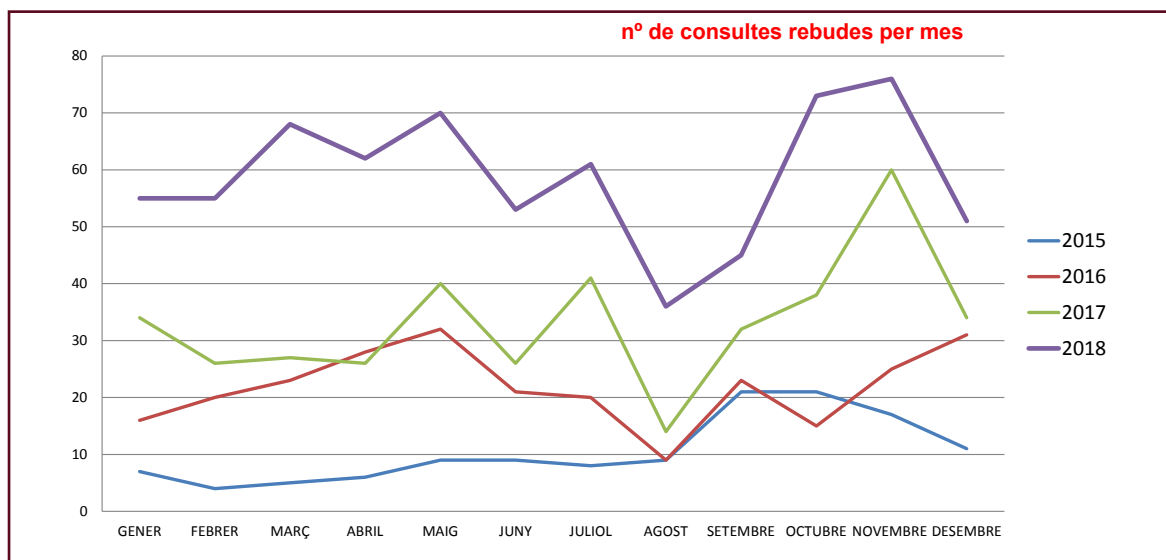


Figura 3 Evolució del Programa de Consultes entre Professionals del Vincles. Distribució de les consultes per mesos.

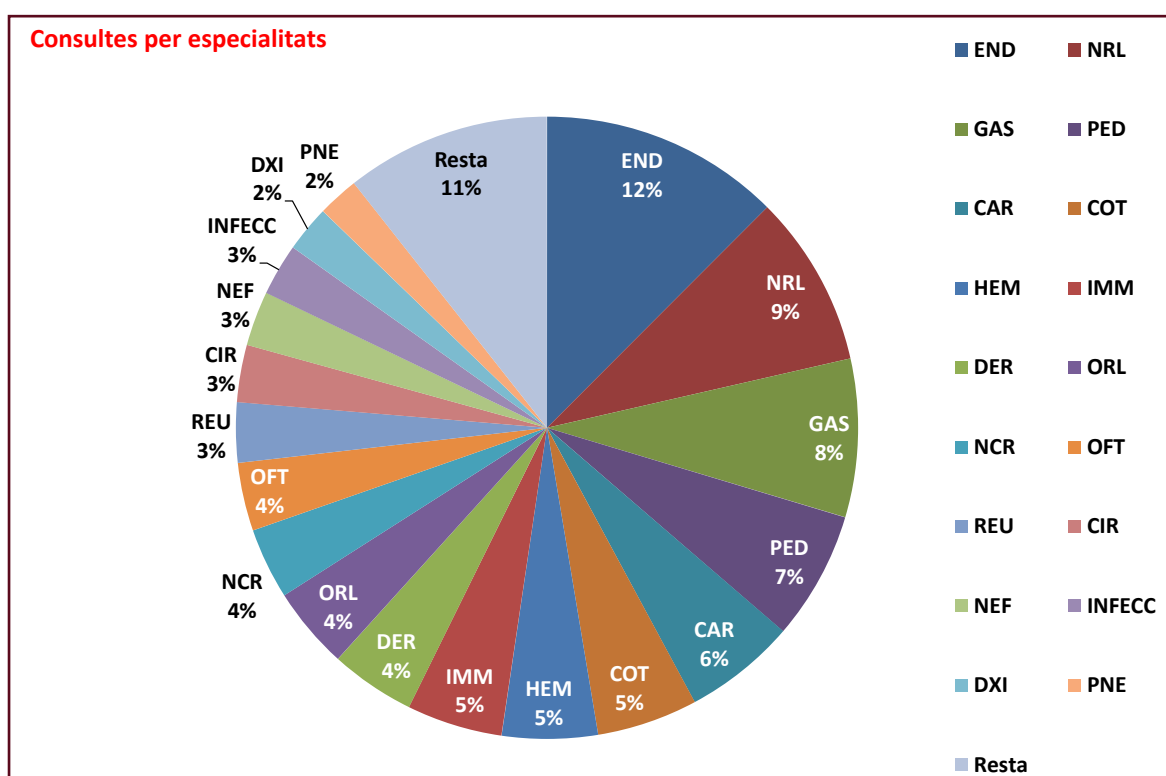


Figura 4 Programa de Consultes entre Professionals del Vincles. Distribució de les consultes per especialitats durant l'any 2018.

consultats són Endocrinologia (88), Neurologia (63) i Gastroenterologia/Nutrició (58) (**Figura 4**). D'aquesta iniciativa esperem que es valori positivament la contribució en apropar els

professionals dels diferents nivells assistencials, la transferència de coneixement i informació clínica i en millorar la seguretat del pacient i qualitat assistencial

Recursos VINCLES

VINCLES a Twitter

Josep Antoni Serrano Marchuet

Pediatre de l'Equip de Pediatria Territorial Alt Penedès Garraf. ICS.



Ens plau recordar-vos que estem al Twitter amb l'identificador [@SJDVinclesAPS](https://twitter.com/SJDVinclesAPS) des d'on

podeu tenir notícies de les nostres activitats i d'altres d'interès pediàtric.

Gràcies per seguir-nos. Ja en som més de 300!

Monografies publicades

Josep Serrat

Adjunt a la Direcció mèdica de l'HSJB.

- [Plagiocefàlia posicional.](#)
- [Urgències en pediatria volum I.](#)
- [Urgències en pediatria volum II.](#)
- [Prevenió i tractament sobrepès i obesitat.](#)
- [Cefalea en la infància i adolescència.](#)
- [Els trastorns del son: pautes de prevenció, diagnòstic, tractament i derivació des d'Atenció Primària.](#)

Telèfon d'urgències

VOLS *comentar*
derivar UN PACIENT EN SITUACIÓ INESTABLE AMB EL SERVEI D'URGÈNCIES ?



HOT-LINE URG

*Et recordem el telèfon
de l'adjunt de guàrdia:*

665 50 02 65

Enquesta sobre les accions del programa VINCLES

Josep Serrat

Adjunt a la Direcció mèdica de l'HSJD.

A la darrera jornada del curs de protocols del programa VINCLES 2017-2018 vam realitzar una enquesta per valorar quin és el grau de coneixement (Si/No) i la valoració (escala de 1 a 10) dels professionals (pediatres i infermeres pediàtriques) de l'àmbit de referència de l'Hospital Sant Joan de Déu, respecte de les accions formatives d'aquest programa.

Vam recollir 59 respostes que, si bé no és una mostra excessiva, sí que ens orienta sobre el propòsit que perseguíem:

Valoració de les accions més adreçades a PEDIATRES

El 91% del pediatres que van contestar l'enquesta coneixen el mail @ps d'interconsulta de casos i el valoren en 8,1 punts. Els criteris de derivació són coneguts en la mateixa proporció i es valoren amb 7,9 punts.

Valoració de les accions adreçades indistintament a PEDIATRES i INFERMERES de pediatria

El 88% dels enquestats coneix els protocols que han sorgit del consens de les jornades de formació realitzades i els valora en 8,2 punts. La revista electrònica vincles es coneix per part del 81% dels enquestats i es valora en 8,1 punts. Finalment el Twitter és conegut només pel 22% però es valora en 8 punts sobre 10.

De tot plegat s'extreu que les accions del programa vincles estan ben arrelades en el territori de referència de l'HSJD i que la valoració que rep per part dels enquestats es situa en tots els casos al voltant de 8 punts en una escala de 1 a 10.

La **taula 1** mostra el detall dels resultats,

Conclusions

Cal seguir treballant per mantenir i reforçar el posicionament del programa VINCLES en el territori. Es fa precís donar a conèixer més el Twitter del programa.

Taula 1: Resultats de les enquestes

		MAIL		PTOCOL I MONO		CRIT DER		REV VINCLES		CURS PROT		TWITTER	
	N	Coneix ²	Punt ³	Coneix	Punt	Coneix	Punt	Coneix	Punt	Coneix	Punt	Coneix	Punt
PED APS	22	90,9%	8,13	95,5%	8,62	90,9%	7,93	81,8%	8,21	95,5%	8,40	31,8%	7,71
DI APS	26	46,2%	7,22	84,6%	7,60	76,9%	7,33	80,8%	8,00	76,9%	8,58	11,5%	6,75
ALTRES	3 ¹	33,3%	8,00	33,3%	8,00	66,7%	7,50	33,3%	8,00	66,7%	7,00	33,3%	8,00
NS NC	8	100,0%	8,13	100,0%	8,63	87,5%	8,14	100,0%	8,13	100,0%	8,50	25,0%	10,00
TOTAL	59	69,5%	7,91	88,1%	8,19	83,1%	7,71	81,4%	8,10	86,4%	8,43	22,0%	7,79

Notes:

(1) 1 MFIC + 1 DI PED d'hospital i 1 no identificat

(2) Els percentatges estan calculats sobre les respostes vàlides (no buides)

(3) La mitjana de puntuació es calcula sobre respostes vàlides (no buides)

5 minuts

Sessions clíniques
infermeres

Cèlia Pujol

Infermera. Equip de
Pediatría Alt Penedès

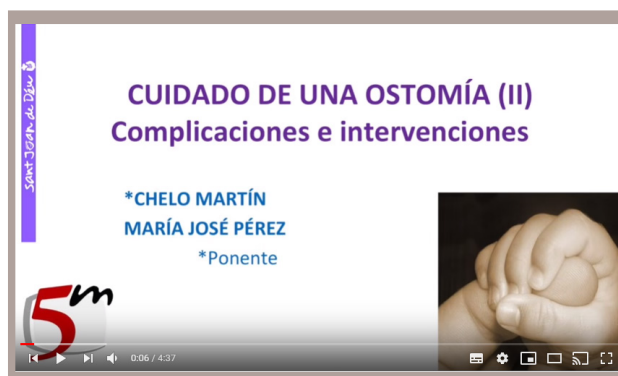
Vegem quina és la proposta de la Cèlia per aquest número!:

- **"Cura de una ostomía"** En esta cápsula trataremos los conceptos básicos referentes a los cuidados y cura de la ostomía.



Cura de una ostomía

- **"Cuidados de una ostomía II. Complicaciones e intervenciones"** Continuando con el cuidado de las ostomías, en esta cápsula veremos las posibles complicaciones que pueden aparecer en el estoma y piel periestomal y cómo tratarlas.



Cuidados de una ostomía II. Complicaciones e intervenciones

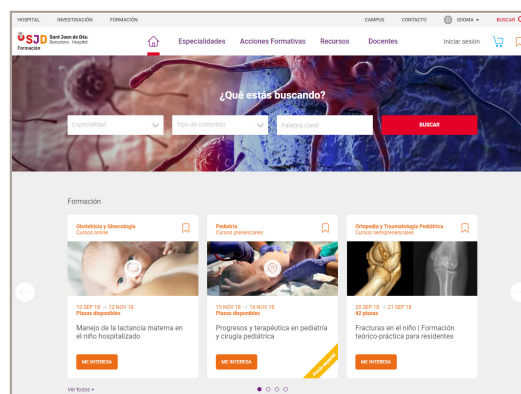
P fer arribar qualsevol suggeriment a l'equip de 5' a través de l'adreça de mail: 5minuts@sjdhospitalbarcelona.org

Cursos

Formació SJD

Us oferim l'enllaç al portal de **Formació Sant Joan de Déu** on podeu trobar tota l'oferta formativa degudament categoritzada:

<https://formacion.sjdhospitalbarcelona.org>



Cuidados intensivos pediátricos. La nueva unidad del Hospital Sant Joan de Déu

Francisco José Cambra

Jefe del Área de Críticos del HSJD.

Los cuidados intensivos pediátricos se iniciaron en los años sesenta del pasado siglo, período en el que se crearon las primeras unidades en nuestro país. La unidad del Hospital Sant Joan de Déu inició su andadura en 1973 contando con diez camas, en 1995 se construyó una nueva, con una capacidad de 14 camas y en el año 2007 se añadió, en un espacio adyacente, una unidad de cuidados semicríticos con 4 camas.

Esa estructura se ha mantenido hasta el año 2018. En junio de ese año se inauguró la nueva unidad, que ha contado con el soporte de la Fundación Port Aventura para su construcción. Esta nueva unidad permite dar respuesta a las nuevas necesidades del paciente crítico infantil y de sus familias.

El objetivo de la medicina intensiva es tratar aquellos niños que fundamentalmente presentan situaciones que puedan poner en peligro su vida, ya sea por enfermedad o accidente, al desarrollar un fallo o disfunción grave o potencialmente letal de algún órgano o sistema y también cuando requieran estabilización y control



estrecho, después de diversas intervenciones quirúrgicas u otras terapias o exploraciones. La medicina intensiva del niño supone un innegable valor para reducir la mortalidad y morbilidad evitables.

Las áreas en las que se realiza su ejercicio requieren gran concentración de conocimiento especializado y unas instalaciones que puedan acomodar la compleja tecnología, que es imprescindible para su buen funcionamiento.

La nueva Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, con una estructura física que sobrepasa los 2000 m², ofrece la posibilidad de dar respuesta a las necesidades actuales. Para su diseño y planificación ha sido fundamental el trabajo conjunto con los Servicios de Ingeniería, Informática, Calidad y Procesos y Experiencia del Paciente así como del de Simulación y Docencia.

Se realizaron simulaciones previas a su construcción. Se probaron diferentes tamaños para calcular las medidas adecuadas de las habitaciones y se diseñó la distribución interior idónea de

los espacios en base a los resultados de dichas simulaciones. Dispone de 24 camas repartidas en dos módulos de 14 y 10 habitaciones respectivamente. Éstas cuentan con una superficie promedio de 25 m². Cuatro habitaciones están adaptadas para poder ubicar a dos pacientes, en situaciones de necesidad como epidemias o catástrofes, pudiendo llegar a atender a 28 niños simultáneamente. Dos habitaciones con esclusa permiten tener presión positiva y están destinadas a pacientes con estado de inmunodepresión y una, también con esclusa, dispone de presión negativa y se utiliza en casos de enfermedades infecciosas de alta contagiosidad.

Se dispone de luz natural y todas las habitaciones cuentan con una cama para el acompañante, un sistema de regulación independiente de la temperatura y televisor para ofrecer la mayor comodidad posible.

La historia clínica está informatizada y el equipamiento médico (bombas, respiradores, monitores, etc.) está conectado en red al sistema informático. Esta centralización de los datos permite que la información pertinente quede registrada en el sistema, mejorando la seguridad y la trazabilidad.

Esta nueva UCIP incluye en sus espacios de soporte un box de simulación, es decir de una réplica de una habitación, para que los profesionales puedan realizar habitualmente prácticas de técnicas y casos complejos.

Los padres disponen de espacios de soporte habilitados para que puedan cubrir sus necesidades básicas (servicios, duchas, zona de relax), facilitando su estancia durante el ingreso de su hijo.

Gestión de recursos.

En medicina intensiva, resulta fundamental la gestión cuidadosa de los medios humanos y técnicos ya que se destinan costosos recursos para beneficio de unos pocos enfermos y la sociedad. Incluso en aquellos países más ricos, ve como su capacidad económica se ve excedida por su capacidad técnica, no existiendo suficientes medios para satisfacer todas las demandas de atención sanitaria.

El número de camas de intensivos es escaso y

la selección de pacientes es fundamental para asegurar un uso adecuado y equitativo de los recursos. No poder admitir a pacientes que se beneficiarían de su ingreso puede empeorar el pronóstico y admitir a pacientes cuyo beneficio es improbable puede llevar a intervenciones invasivas potencialmente lesivas, y a una asignación inapropiada de recursos, negando el cuidado necesario a pacientes que lo requieren.

Criterios de tratamiento

La asistencia intensiva pediátrica debe buscar la mejoría en las expectativas de vida y en su calidad. Para muchos pacientes los beneficios del ingreso pueden no ser claros en función de la enfermedad de base, del proceso intercurrente y de las secuelas que pueden padecer si sobreviven a determinadas situaciones. Como norma general deberían ingresar pacientes con enfermedades reversibles en los que la aplicación de asistencia especializada puede reducir el riesgo de muerte.

En diversas situaciones, paciente y padres, incluso otros especialistas pediátricos, pueden vislumbrar posibilidades en un tratamiento intensivo mientras que los intensivistas pediátricos pueden considerarlo desproporcionado.

Un planteamiento sosegado y realista de las posibilidades, llevará a elegir la mejor opción para el paciente, considerando que aplicar técnicas de soporte vital puede prolongar el sufrimiento para el paciente y su familia de forma innecesaria.

En situaciones muy concretas, la UCIP puede ser el lugar apropiado para ofrecer terapias o procedimientos que puedan mejorar la calidad y alargar la supervivencia con suficiente bienestar en pacientes con enfermedad catalogada de terminal.

Es interesante subrayar, que es cada vez más frecuente que los padres insistan en iniciar o mantener medidas consideradas desproporcionadas por los profesionales en función del estado clínico de sus hijos. Deben explorarse en tales casos los posibles límites de la autonomía, cuestión analizada actualmente desde ámbitos médicos, jurídicos y filosóficos.

Para los profesionales sanitarios, actuaciones llevadas a cabo claramente en contra de sus convicciones, ocasiona con frecuencia una sobrecarga emocional que se ha denominado de forma muy acertada, distrés moral. El hecho de mantener o iniciar tratamientos de soporte vital desproporcionados y que por tanto no suponen un beneficio para el niño enfermo genera ese distrés en el personal que los cuida y atiende.

Información. Consentimiento informado

La toma de decisiones pasa por una correcta información que debe ser suministrada por el intensivista de forma clara y comprensible, dedicando el tiempo necesario y en un entorno adecuado. El personal de enfermería debe formar parte del proceso informativo al ejercer un papel fundamental en el equipo asistencial y pasar la mayor parte del tiempo con su paciente y sus padres.

Debe informarse, además, que las monitorizaciones y tratamientos necesarios en el niño críticamente enfermo generan riesgos y las complicaciones derivadas de su uso pueden ser graves. Al enfermo o a sus familiares se le presenta un documento de consentimiento informado en el que se describen aquellos riesgos a los que está sometido el paciente, con el objeto de que el enfermo o sus responsables legales asuman estos y lo confirmen mediante la firma del mencionado documento. Es destacable que la importancia fundamental radica en la información transmitida y no tanto en la firma del consentimiento por lo que el proceso informativo constará en la historia clínica del paciente.

Seguridad

En las unidades de pacientes críticos se realizan un gran número de actos sobre los pacientes como punciones (pleurales, abdominales), canalización de vías centrales y arteriales, técnicas de soporte vital, preparación y administración de tratamientos farmacológicos, transferencia de pacientes desde quirófanos, hospitalización o urgencias, traslados para la realización de pruebas diagnósticas.

Durante estos procedimientos y procesos pueden darse eventos adversos, algunos potencialmente graves.

La monitorización de los pacientes se realiza combinando monitores centrales a pie de cama y dispositivos móviles individuales que recogen las alarmas que puedan generarse.

Es prioritario revisar los procesos llevados a cabo en la unidad y analizar los puntos débiles que pueden generar problemas. Se dispone de un sistema de declaración de todos los eventos adversos que se producen para estudiarlos y establecer estrategias de protección.

Se utilizan sistemas seguros de transmisión de la información y se acotan zonas exclusivas para la preparación de medicación, en las que los profesionales no pueden ser importunados.

La preparación de medicaciones en el servicio de farmacia puede minimizar la ocurrencia de errores, así como la realización de dobles determinaciones de dosis de fármacos.

Hospitalidad

El personal asistencial tendrá una sólida formación científico-técnica acorde con la tarea a desarrollar. Es exigible además la aceptación de unas normas deontológicas y un conocimiento profundo en bioética, indispensable para resolver los problemas que sin duda surgirán en el ejercicio de este tipo de medicina.

Deberán ejercer determinados valores como hospitalidad, empatía, y compasión, indispensables para el manejo de situaciones emocionalmente adversas para el paciente y su familia, como las que se dan durante un ingreso en cuidados intensivos.

En los últimos años se han generado movimientos en la asistencia pediátrica encaminados a mejorar las condiciones de atención tanto de los niños como de sus familias. Términos como **Humanización, Asistencia Centrada en el Paciente o Centrada en la Familia** se utilizan para plasmar esa idea. Desde mi punto de vista, esta terminología puede dar a entender que el ejercicio de la medicina, ya sea pediátrica o del adulto, desde su inicio hasta la actualidad no estaba enfocado al enfermo. Desde los albores

de la Medicina en las islas griegas, entre ellas la de Cos, patria de Hipócrates, la preocupación fundamental del médico ha sido la búsqueda del bienestar del enfermo. No en vano, si se analiza el Juramento Hipocrático desde una perspectiva actual, vemos que a los médicos se nos transmite que el enfermo no es una cosa, ni un medio, sino un fin, un valor y que debemos ser coherentes con esa idea y buscar denodadamente su bienestar, cuestión con la que estamos familiarizados desde tiempo inmemorial. Si que es cierto, y así debe reconocerse, que en el ejercicio de nuestra profesión hemos descuidado aspectos muy importantes para el enfermo y su familia y que no hemos contemplado de la manera adecuada.

De ahí los esfuerzos realizados actualmente para corregir los déficits detectados en la relación asistencial, analizando en profundidad las necesidades de nuestros niños y sus familias.

Para la Orden de San Juan de Dios y para nuestro centro hospitalario, la hospitalidad constituye uno de los valores más nítidamente promovidos. Deseamos que nuestros niños enfermos y sus familias se encuentren entre nosotros de la manera más parecida a la de sus hogares.

Una de las cuestiones fundamentales donde se refleja esa hospitalidad radica en el hecho de que la unidad de cuidados intensivos pediátricos sea abierta, es decir que los padres del niño enfermo permanezcan, si así lo desean, con su hijo las 24h del día. Esta apertura, ya ejercida en la antigua unidad, puede llevarse a cabo en la nueva con mucha mayor comodidad.

En la **pediatrización** de la unidad, mediante la utilización acertada de diversos elementos decorativos y de ambientación, se ha escogido como temática principal el fondo marino. También el apoyo dispensado por la colaboración periódica de payasos, magos o músicos, puede contribuir significativamente a mejorar el bienestar del niño y sus padres.

La utilización de boxes individuales, permite una mayor intimidad y disminución de la contaminación acústica facilitando el descanso del niño y la familia. Es importante una adecuada

iluminación dado que la luz natural facilita un mejor mantenimiento del ritmo circadiano del paciente y sus padres.

Se ofrece así mismo soporte psicológico y emocional, así como asistencia espiritual/religiosa si se requiere. La colaboración de trabajo social será de inestimable ayuda. Actualmente dada la frecuencia con la que se brinda asistencia a familias de diferentes culturas, es indispensable la colaboración de mediadores y traductores para minimizar o solucionar posibles problemas de comunicación.

En definitiva, nuestra unidad de cuidados intensivos pretende ofrecer la mejor asistencia posible desde el punto de vista técnico y humano, evitar el daño y las complicaciones buscando la máxima seguridad del paciente. Las reformas estructurales que hemos llevado a cabo van encaminadas a conseguir esos objetivos, aunque no debemos olvidar que el personal humano que se encarga día a día de asistencia es el motor que, con sus habilidades, conocimientos y valores nos garantizará el éxito.



Bibliografía

1. Casado J, Serrano A. Urgencias y tratamiento del niño grave. 3ª ed. Madrid: Ergon; 2014.
2. López Herce J, Calvo C, Rey C, Rodríguez A, Baltodano A. Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos. Madrid: Ed Publimed; 2013.
3. Oliva de la P, Cambra FJ, Quintana M, Rey C, Sánchez JI, Martín MC, et al. Guías de ingreso, alta y triage para las unidades de cuidados intensivos pediátricos en España. An Pediatr. 2018; 88 (5): 237-98. e1-288.e11
4. Reyes de los M, Sánchez M. Bioética y pediatría. Proyectos de vida plena. Madrid: Ergon; 2010.
5. Ruza F. Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos. Ed Capitel; 2010.

En aquestes adreces podeu actualitzar els vostres coneixements de Pediatria:



Nou Protocol del seguiment de l'embaràs a Catalunya. Edició 2018 revisada

Enllaç a la pàgina

Des del departament de Salut ens fan arribar aquest nou protocol que, a ben segur, serà d'utilitat per a molts de nosaltres.

Dividida en diversos capítols que aborden l'embaràs normal, l'avaluació continuada del risc i la informació i educació per a la salut durant l'embaràs aborda tota la problemàtica que pugui sorgir en aquesta etapa de la vida.



Traumatologiainfantil.com

Enllaç a la pàgina

Aquesta és la pàgina web d'un dels traumatòlegs/ortopedes més seguit pels pediatres, el Dr. CG García Fontecha. La claredat amb que els temes estan exposats, l'actualització permanent de l'autor i la seva facilitat d'impartir docència la fan un referent en la seva especialitat. S'hi toquen tots els

temes que poden ser d'interès per a la pràctica diària de la pediatria de manera entenedora i amb un enfoc eminentment pràctic.

Si no la coneixeu heu de fer d'aquesta pàgina un referent des d'aquest moment.

Marketing desde la cocina

El blog personal de Eduardo Tornos

Marketing desde la cocina

Enllaç al bloc

Aquests és el blog d'Eduardo Tornos, un estudiós del món digital i, en especial de la salut digital, en el seu portal ha posat un rànquing de les pàgines web de salut més visitades durant el 2018 i crida l'atenció que moltes d'elles són de pediatres o estan directament lligades amb el món de la pediatria. Feu-li un cop d'ull a aquest

l·listat, remeneu i, potser, us decidiu a escriure el vostre propi blog.

D'altra banda l'Eduardo sempre està disposat a col·laborar en projectes relacionats amb salut digital. Si teniu qualsevol problema no dubteu en contactar amb ell.

Guia per a la vigilància i el control de la varicel·la

Guia per a la vigilància i el control de la varicel·la

Enllaç al document

Recentment editada per l'Agència de Salut Pública de Catalunya pretén ser útil per als professionals assistencials que hagin de gestionar l'existència de casos i/o de brots d'aquesta malaltia, així com donar resposta a dubtes relacionats amb la gestió de la malaltia davant de casos greus i/o de col·lectius de risc

(persones en situació d'immunodepressió, dones embarassades, etc.) o d'altres. La guia proposa les estratègies en l'abordatge de la gestió dels brots en dos escenaris diferents: en l'actual context d'incidència de la malaltia i en un escenari a mitjà termini, quan es consolidi una davallada important de la seva incidència.



Petits canvis per menjar millor

[Enllaç a la guia](#)

De la mà experta de Maria Manera i Gemma Salvador l'ASPCAT ens ofereix aquesta nova guia d'alimentació amb consells aptes per a qualsevol edat i molt recomanables per a fer arribar a qualsevol família.

Les guies alimentàries poden ser un instrument útil que ajudi a dur a terme una alimentació saludable, ja que en missatges breus i representacions gràfiques s'ofereixen consells que poden servir per millorar la ingesta alimentària de tothom.

Aquesta guia ve a completar-ne d'altres anteriors, incidint en determinats consums, freqüències i hàbits de major risc per a la nostra població, evidenciats en les dades obtingudes en diversos estudis.

[Aquí teniu l'enllaç](#) que us porta al micro-site des d'on es pot accedir a tot el material disponible.



Entrevista a Natàlia Mingorance

Entrevista feta per

Ma. Jesús Megido Badia,

Infermera i Pedagoga

Directora. Servei d'Atenció Primària
Baix Llobregat Centre Institut Català
de la Salut Departament de Salut |
Generalitat de Catalunya



La Natalia Mingorance és infermera d'atenció primària i especialista en diabetis i actualment és infermera clínica territorial del programa ARES-AP al SAP Baix Llobregat Centre de l'ICS; coordinadora del grup de treball de diabetis de l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC); membre de la societat Espanyola de Diabetes (SED); secretària del grup de treball de cooperació i diabetis; membre del consell assessor de la diabetis de Catalunya i responsable de l'àrea de cooperació del col·legi oficial d'infermeres i infermers de Barcelona (COIB).

En l'àmbit de la cooperació té una ampla trajectòria sent actualment voluntària en cooperació internacional en clíniques mòbils d'atenció primària amb l'ONG Asociación Amigos del Cayapas (*Cayapapichullakumani*) i amb la Fundació Elena Barraquer, com a infermera instrumentis-

ta en quiròfan en intervencions de cataractes a l'Àfrica.

Com van ser els teus inicis en cooperació?

- “Mai m’havia plantejat ser infermera, no crec que fos la meva gran vocació quan era jove, però sí que tenia clar que acabaria anant a Àfrica a fer quelcom. Ara estic enamorada de la meua professió i he pogut compaginar la pràctica de la infermeria a Catalunya amb el viatjar pel món fent voluntariat. La primera vegada que vaig sortir d’expedició ho vaig fer amb una ONG petita en què no em demanaven experiència prèvia i et donaven l’oportunitat de començar a viure què és el voluntariat. Hi anava entusiasmada per l’experiència i amb por de no saber-ho fer bé, amb por del desconegut i amb ganes d’aprendre. Quan comences a treballar com a infermera, ni l’experiència laboral ni la maduresa personal són gaire adients per marxar fora i la decisió la vaig prendre quan vaig creure que tenia aquesta part resolta. Això va fer que aquell viatge fos el primer de molts perquè aquest tipus de treball em va robar el cor”.

“Amb aquestes experiències sempre guanyes més del que deixes”

Què t'ha aportat al llarg dels anys?

- "Al llarg dels anys he vist que fer voluntariat i aportar el meu granet de sorra per a que la gent estigui millor, era el que volia fer. M'ha aportat una experiència de vida i m'ha fet decidir per seguir fent de voluntària i tenir la força per mantenir-ho, tot i que moltes vegades és fa dur. M'agrada molt la feina que faig aquí i amb els anys he aconseguit trobar l'equilibri per poder dur a terme les dues coses i poder comprometre'm amb projectes concrets a fora".

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 partícips. 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".

Què t'ha aportat en l'àmbit personal i com a infermera??

- "Al llarg dels anys he vist que fer voluntariat i aportar el meu granet de sorra per a que la gent estigui millor, era el que volia fer. M'ha aportat una experiència de vida i m'ha fet decidir per seguir fent de voluntària i tenir la força per mantenir-ho, tot i que moltes vegades és fa dur. M'agrada molt la feina que faig aquí i amb els anys he aconseguit trobar l'equilibri per poder dur a terme les dues coses i poder comprometre'm amb projectes concrets a fora.

Què t'ha aportat en l'àmbit personal i com a infermera?

- "En la meua vida personal em reporta felicitat, no hi ha una altra paraula que descrigui millor que aquesta els sentiments

"En la part professional l'aprenentatge ve donat per la versatilitat que et confereix treballar en diferents camps i comunitats, l'apertura de ment, el saber fer més amb menys i el valorar tant a la vida com a la feina la importància real de les coses."

que em genera el voluntariat. Amb aquestes experiències sempre guanyes més del que deixes. Així que t'aporta un creixement del món interior a escales superiors. Suma a l'experiència de felicitat pròpia, el donar el que pots, el que tens i el que ets com a persona i com a professional en benefici dels altres.

En la part professional crec que l'aprenentatge ve donat per la versatilitat que et confereix treballar en diferents camps i comunitats, l'obertura de ment davant els problemes que et plantegen els pacients, el saber fer més amb menys i el valorar tant a la vida com a la feina la importància real de les coses. Aprens a relativitzar".

Com és l'adaptació de la professió al context de la cooperació?

- "No és possible cap paral·lelisme real entre el nostre context i el que vius en d'altres països, les polítiques sanitàries i els sistemes sanitaris són diferents i l'adaptació al medi fa que tampoc puguis aplicar els teus coneixements de la manera que els apliques aquí.





Un exemple: l'ús del protocol del nen sa i els coneixements al terreny és molt difícils. A la selva, a Equador, a les clíniques mòbils de l'ONG en la qual vaig, no és possible aplicar el mateix quan els nens tenen desnutrició per la parasitosis intestinal que pateixen, o evitar riscos i perills quan viuen a la selva amb cases fetes de 4 fustes elevades i el camp de joc és la pròpia selva o quan a l'escola has d'anar remant amb canoa amb d'altres nens amb edats similars a la teva... el per què fem les coses mai serà pel mateix motiu ni volem aconseguir el mateix. Aquí lluitem contra l'obesitat i allà contra la desnutrició i la mortalitat infantil. Impossible adaptar els mateixos coneixements a dos llocs tan dispars.

Les cures de les ferides no les pots fer amb la nostra tecnologia i els milions d'apòsits nous que tenim al mercat, sinó que has d'adaptar-te al que a ells els quedarà després quan marxem i comptant que les ferides no són les d'aquí (curar "machetazos", mossegades de serp o ferides de bala no és l'habitual aquí).

O no pots mantenir la mateixa esterilitat en un quiròfan que es guarda aquí quan tens mosques, mosquits i bitxos varis passejant-se per la sala... aprens a guardar l'esterilitat del camp proper, del que realment importa i de tot el que pugui entrar en contacte real amb el pacient.

I tot i així, és molt difícil no desesperar-se a vegades quan penses en tot el que tenim aquí i en el poc que tenen allà".

Tens por quan vas a països en conflicte?

- "No, potser soc una mica imprudent o happy, però també és veritat que sempre segueixo les normes de seguretat i no faig el que no haig de fer. La coherència de conèixer el context en què et mous és clau. Per exemple, em va impressionar molt la primera vegada que vaig anar a Equador, la selva impressiona molt!! Endinsar-te a la natura més salvatge, sense carreteres, sense connexions de cap mena, sense aigua corrent, sense electricitat, anar a treballar cada dia en canoa... res de tot allò al que estàs acostumat; i a més, arribes a l'última ciutat a la que tindràs accés en cotxe i la trobes fosca, bruta, gris, amb forats de bala a les parets, has llegit notícies que impressionen molt... , amb tot això, decideix per una banda ser coherent i mantenir-se en grup i no buscar problemes i per l'altra ser feliç i gaudir sense tenir el cor encongint, perquè no val la pena. Tot això val la pena viure-ho amb tota l'ànima, amb la ment oberta i amb un somriure".

Amb tot això que ens expliques, hi ha una dificultat en l'adaptació a la tornada professional? Un jet lag professional?

- "Sí, per suposat. Però també ha arribat un punt en què saps fer el canvi de xip casi automàtic, en l'últim any he realitzat 10 viatges, molt curts, però d'immersió professional important a l'Àfrica. Quan tornes has de tenir clar que cada persona d'aquest món neix on neix i viu el que viu i no som ningú per reprovar a ningú que el seu problema sigui menys o més greu del que és



“Es necessita que
els professionals fem voluntariats”

en realitat. El que sent la persona és el que com a professional has de tractar, tot i que a vegades, sent poc correcte ara, tinguis ganes d'emportar-te a més d'un pacient a Àfrica perquè vegi la realitat de la vida”.

Es necessiten professionals?

- “Sempre es necessita personal, la pobresa i la riquesa van relacionades amb una millor o pitjor sanitat i educació a un país. Si tens un país com Moçambic on la ràtio d'oftalmòlegs és de 9 (ara crec que per sort ha crescut una mica, potser uns 17) per a 30 milions d'habitants, necessites professionals voluntaris que facin un cop de mà amb les patologies que treuen vida, que treuen qualitat de vida, que treuen possibilitats. Per què dic això en concret, per exemple? Si tu tornes la vista a una persona cega per cataractes a Angola o a Níger o a Senegal o a Guinea Conakry... no tornes la visió només a aquesta persona, fas que la persona que es queda a casa cuidant-la, que normalment és una nena (en femení) pugui tornar a l'escola. Aquesta nena si estudia podrà tenir una altra vida, una oportunitat. Hi ha estudis que relacionen l'augment de l'economia familiar o la renda per càpita només per una intervenció de cataractes que és la primera causa de ceguera al món evitable. En aquests països una petita intervenció quirúrgica com aquesta, canvia substancialment la qualitat de vida de les persones.



Tenim molt clar que no som salvadors del món, que no anem enlloc a imposar i fer el que volem, sinó a treballar per ajudar als més pobres a intentar tenir una vida digna o una vida millor”.

Què hi ha en comú entre l'ARES, els projectes de cooperació, l'atenció primària, les societats científiques..?

- “Tots aquests projectes, tenen en comú la meva professió, “la Infermeria”. Per sort, la professió infermera és molt àmplia i avarca moltes vessants. La meva tasca a cada lloc és diferent, però el denominador comú és que a tot arreu sóc infermera, amb diferents funcions, però infermera”





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

juanjo@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. Metgessa. Adjunta a la Direcció de Planificació de l'HSJD. • Josep Serrat. Metge MFIC. Adjunt a la Direcció Mèdica de l'HSJD. • Juanjo García. Cap de Pediatria HSJD i adjunt a la Direcció Mèdica.

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.