

vincloces

PEDIATRIA TERRITORIAL



ÍNDEX

SERVEIS A PROP TEU		CIÈNCIA I HUMANISME	
· Nova guia de transició per als pacients adolescents que passen a un hospital d'adults	6	· Teràpia grupal en nens i nenes en dol per la mort d' un germà	36
· L'Hospital Sant Joan de Déu atén 8 parts diferits de bessons en cinc anys	8		
CONEIXEMENT		BLOGOSFERA	
· Ejercicio físico en el embarazo	10	· "Sonidos del silencio", el primer pòdcast de meditació fet per nens i dirigit a pacients pediàtrics amb malalties greus	40
· Impacte de les infeccions respiratòries agudes a través de la Xarxa SIVIC. Seguiment del Virus Respiratori Sincitial (VRS)	16		
Guia "L'alimentació en la primera infància 2022"	18		
Síndrome de Silver Russell	20		
ATENCIÓ COMUNITÀRIA		POSANT VALOR	
· Programa "La família, la millor escola"	23	· El nino de drap, el nou llibre de l'Hospital Sant Joan de Déu homenatge a la Núria Serrallonga	43
NOU A VINCLES			
· Els infants són més vulnerables i pateixen més problemes de salut que els adults a conseqüència dels factors ambientals	26		
FORMACIÓ			
· Oferta formativa Aula pediatria	30		
· Cas clínic: discapacitat psíquica i vòmits persistents	31		
· Nou estudi sobre disfunció olfactiva post-COVID-19 en infants i adolescents	34		

EDITORIAL

El perquè de la Salut Mediambiental en un Hospital Maternoinfantil

Elena Codina Sampera

Pediatra i nefròloga pediàtrica, referent de Pediatria Mediambiental de l'Hospital Sant Joan de Déu

En els darrers anys, tant l'Organització Mundial de la Salut com la Unió Europea, han manifestat la seva gran preocupació per la **contaminació** que pateixen els nostres ecosistemes: l'aire que respirem, l'aigua que bevem, els aliments que mengem, el context socioafectiu en què vivim, en són alguns exemples. Però no cal que siguin les institucions les que ens alertin d'aquesta situació; com a professionals sanitaris en veiem les conseqüències cada dia a la nostra consulta (sobrepès i obesitat, al·lèrgies i asma en augment, problemes de salut mental, etc.)

Els principals afectats d'aquesta **degradació ambiental** són els infants i, si no fem res al respecte, encara ho seran més les **generacions futures**. Segons les Nacions Unides, a principis del segle XXI, els menors de cinc anys -tot i representar el 15% de la població mundial- rebien el 43% de la càrrega de malalties ambientals. Les dades no són massa optimistes, ja que en aquest mateix grup d'edat trobem fins a un 88% de la càrrega de malalties atribuïbles al canvi climàtic, afectant directament la seva **qualitat i esperança de vida**. A més, és important remarcar que allà on vivim, i el nostre estatus socioeconòmic, determina i determinarà encara més en un futur, la magnitud d'aquest impacte, sent les zones i països més pobres, els més afectats.

Cal tenir present que la població infantil i les dones embarassades són especialment vulnerables a l'ambient on viuen, per les seves característiques físiques, biològiques i conductuals. Els infants presenten una **immaduresa biològica fisiològica**, tenen un major consum energètic i metabòlic (mengen més, beuen més líquids i respiren més aire per kg de pes que els adults), són més espontanis, curiosos i confiats vers el seu entorn (fet que provoca una major indefensió enfront de les agressions externes), atesa la seva alçada -sobretot el dos primers anys de vida- respiren compostos orgànics volàtils que són més

densos i pesats que l'aire, viuran més anys exposats a tòxics i noxes ambientals i el més important de tot: no tenen capacitat de decisió per poder evitar o disminuir aquestes exposicions.

En el darrer Informe Faros, "**L'ambient i el seu impacte en la salut maternoinfantil: a què ens enfrontem?**" s'exposen diferents aspectes que poden impactar en els infants i les embarassades, convidant-nos a la reflexió i a la sensibilització enfront aquesta situació. Totes les temàtiques tenen la seva **rellevància** però voldria remarcar el capítol que fa referència a la necessitat de la renaturalització de la nostra infància. És imprescindible reconnectar amb el que som: **natura**.

Només descobrint-la i coneixent-la podrem aprendre a cuidar-la i estimar-la, i d'aquesta manera, canviar el rumb actual de la seva **degradació**.

La necessitat d'un **abordatge mediambiental** de la **salut infantil** és urgent i serà imprescindible i decisiu aquest segle XXI. D'aquí neix la **Salut Mediambiental Pediàtrica (SMAP)** o Pediatria Ambiental. Amb aquest objectiu i, incloent en aquest ventall també la dona embarassada, l'Hospital Sant Joan de Déu ha apostat per la creació de la **Unitat de Salut Mediambiental Maternoinfantil**.

Com a professionals de la salut maternoinfantil som responsables de protegir aquesta **vulnerabilitat**. Necessitem canviar l'enfoc i posar-nos "unes ulleres de salut mediambiental" en la nostra **pràctica clínica**. No hi ha altre camí possible, ja que no hi haurà salut maternoinfantil sense salut planetària.



SERVEIS A PROP TEU

SERVEIS A PROP TEU

Nova guia de transició per als pacients adolescents que passen a un hospital d'adults

Cada any, centenars d'adolescents afectats d'una **malaltia crònica o complexa** deixen de ser visitats en un hospital o servei assistencial pediàtric per continuar el **control i el tractament de la seva malaltia** en un centre o servei d'adults un cop arriben a la majoria d'edat. Aquest canvi requereix un procés per assegurar la **capacitació i l'apoderament** que, sovint, genera dubtes, inquietuds i pors en els pacients i famílies que travessen aquesta etapa.

Un equip de professionals de la **Direcció de Qualitat i d'Experiència del Pacient** de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, amb la participació d'altres professionals de l'Hospital, ha elaborat una **guia** per donar resposta a tots els **dubtes i preocupacions** que aquests adolescents poden plantejar-se a al llarg del procés de **transició**: Com sé si estic preparat o preparada? En què diferencia l'atenció pediàtrica de l'atenció assistencial a adults? Puc triar metge? Com puc demanar hora? Com puc accedir a les meves dades assistencials? Com puc cuidar-me emocionalment?

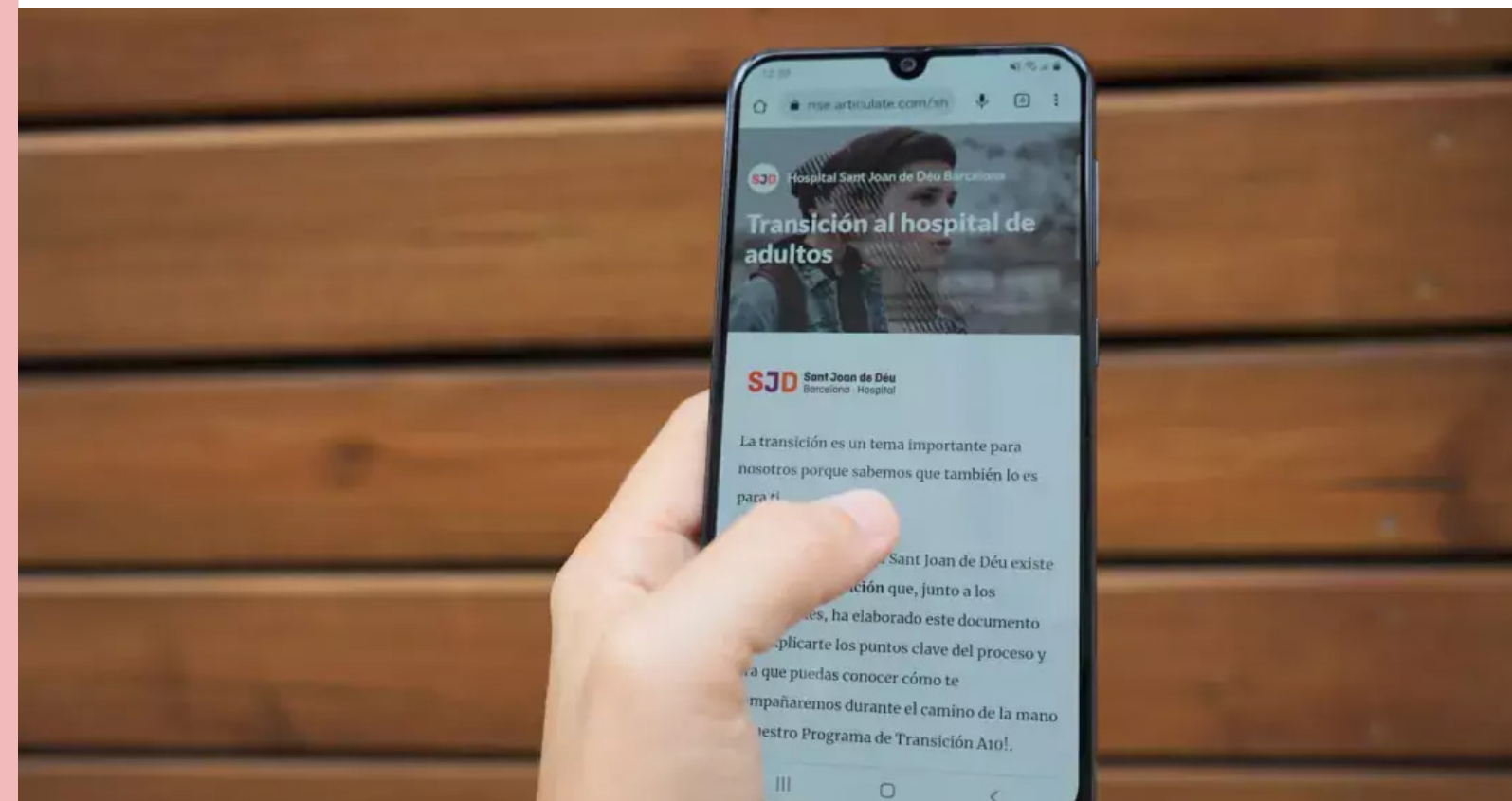
La **guia**, la primera d'aquestes característiques que hi ha a Espanya, té com a objectiu **promoure l'autonomia de l'adolescent** en una nova etapa en què serà ell, i no la família, qui haurà d'assumir les **decisiones relatives** a tenir-ne cura: podrà anar sol a les visites, exposar les seves afeccions, programar les visites, demanar i administrar medicacions, etc. En el cas de pacients amb diversitat funcional que no tinguin la possibilitat de gestionar la pròpia malaltia

o condició, la guia també ofereix **informació útil** per a les famílies per afrontar aquesta nova etapa.

El **document**, elaborat amb la **col·laboració de pacients, famílies i professionals**, facilita a l'adolescent i a la família la informació que es necessita en cada fase del **procés de transició**, els **assessora en temàtiques** que ells han identificat com a importants i inclou un **formulari d'autoavaluació**. La guia és d'accés lliure i es pot consultar en línia.

Aquesta és una **eina** més de què disposen els professionals, els pacients i les famílies i que s'emmarca en el **Programa de transició A10!**. L'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona va ser el primer hospital d'Espanya que, des de 2015, compta amb un **programa per facilitar** el procés de transició dels pacients adolescents, que comença quan el jove té **entre 14 i 16 anys**.

L'objectiu principal del programa és que el pacient pugui **conèixer amb antelació el nou equip** que el seguirà atenent a un altre centre, i que aquest traspàs el pugui fer acompanyat de la mà dels professionals que l'han estat tractant i n'han tingut cura durant la **infància**; alhora que l'equip del centre d'adults disposi de tota la **informació necessària** per poder tractar-lo a partir de la majoria d'edat perquè tothom, pacients i professionals, visquin aquest procés com una bona experiència.



L'Hospital Sant Joan de Déu atén 8 parts diferits de bessons en cinc anys

Quan el **primer nadó** neix amb **menys de 28 setmanes de gestació**, els professionals valoren endarrerir el màxim el naixement del segon per augmentar les seves probabilitats de supervivència.

L'Ian va néixer el 17 de gener d'aquest any, i la seva germana bessona, la Laia, el 26, nou dies després. Tots dos estan a punt de complir **10 mesos**, tot i que el seu aniversari serà en dies diferents.

L'Ian i la Laia van venir al món en el que es coneix com a **part diferit**. És un procediment poc habitual que els professionals posen en **pràctica** en els **parts de bessons extremadament prematurs**. Quan la primera criatura neix per sota de la setmana 28 de gestació, l'equip mèdic que atén a la gestant pot plantejar **endarrerir el màxim de temps possible el naixement del segon nadó** per augmentar, així, la seva **edat gestacional** i les seves probabilitats de **supervivència**.

Per poder-ho fer, s'han de donar diferents requisits: que el primer part sigui **vaginal**; que els bessons siguin **bicorials** (és a dir, tinguin dues placentes diferents); que després del naixement de la primera criatura s'aturin les contraccions i no hi hagi risc d'infecció per la mare i els nadons.

Els professionals de **BCNatal**, Servei d'Obstetrícia i Ginecologia de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona han dut a terme en els darrers cinc anys **8 parts diferits**. Entre ells hi ha, segons la literatura científica consultada, el part diferit amb una

latència major enregistrat fins ara a Espanya en el qual els dos nadons han aconseguit sobreviure: es tracta d'uns bessons nascuts amb una diferència de **48 dies**.

"Hem tingut parts diferits amb un període de latència major però en aquests casos el primer nadó no sobreviu perquè neix tant prematurament que, o bé neix mort o mor en els primers dies de vida a conseqüència d'aquesta prematuritat extrema", assenyala **Silvia Ferrero**, obstetra de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

Només els centres que compten amb una unitat de cures intensives neonatals i amb un equip d'obstetrícia amb dilatada experiència en embarassos de risc poden fer front a un part diferit.

D'una banda, han de disposar d'una **UCIP neonatal** que pugui oferir totes les cures que necessita el nadó prematur extrem i d'altra, ha de comptar amb un **equip en obstetrícia expert en parts de risc** que pugui monitoritzar la mare per evitar que es produeixin infeccions a l'úter o altres complicacions que puguin posar en perill la seva vida i la del nadó que encara és al ventre.

Aquest equip ha de fer un seguiment de la dona mitjançant **controls periòdics** –analítiques, cultius, ecografies i amniocentesi– per tal de detectar el més aviat possible si es produeixen complicacions i decidir quin és el moment més indicat per al segon part.



CO
NEI
XE
MENT

Ejercicio físico en el embarazo

Autora: Aroa Martin Garcia de Andoin - R2 - Llevadora de l'Hospital Sant Joan de Déu

Ejercicio Físico y Salud

La Organización Mundial de la Salud y el Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva han emitido **recomendaciones basadas en evidencia** que indican que los **efectos beneficiosos del ejercicio** en la mayoría de los adultos son indiscutibles y que superan con creces los riesgos asociados.^{1,2}

La **inactividad física** es el **cuarto factor de riesgo de mortalidad temprana** en todo el mundo. Sólo le superan la **hipertensión**, el **consumo de tabaco** y el **exceso de glucosa en la sangre**. El sobrepeso y la obesidad representan un **5% de la mortalidad mundial**.²

Ejercicio físico y embarazo

El embarazo es un momento ideal para la **modificación del comportamiento** adquirido y la adopción de un **estilo de vida saludable** debido a una mayor motivación y acceso frecuente a la supervisión sanitaria. Es más probable que los pacientes controlen el peso, aumenten la actividad física y mejoren su dieta si su profesional sanitario de referencia (matrona o ginecólogo) se lo recomienda.³

Los **principios de prescripción de ejercicio** para mujeres embarazadas no difieren de los de la población general. Antes de recomendar un **programa de entrenamiento** a un paciente, se debe realizar una **evaluación clínica exhaustiva** para descartar la presencia de contraindicaciones médicas y una anamnesis completa para determinar su hábito de ejercicio. De la misma forma, el profesional de la salud debe evaluar la **historia clínica de la gestante** y sus **capacidades físicas**, para prescribir una **actividad adaptada**. Por ello, es imprescindible que el profesional conozca los cambios anatómicos y fisiológicos en la gestante, las recomendaciones basadas en la evidencia actual y los signos/síntomas de riesgo.⁴

¿Cuáles son los principales cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo?

Los cambios más distintivos durante este periodo son el **aumento de peso** y un cambio en el punto de **gravedad** que da como resultado una **lordosis progresiva**. Como resultado, más del 60% de todas las mujeres embarazadas experimentan dolor lumbar. El fortalecimiento de los músculos

abdominales y de la espalda podría minimizar esta complicación habitual.^{3,5}

El volumen sanguíneo, la frecuencia cardíaca, el volumen sistólico y el gasto cardíaco aumentan durante el embarazo mientras que la resistencia vascular sistémica disminuye. Estos **cambios hemodinámicos** establecen la reserva circulatoria necesaria para sostener a la gestante y al feto durante el reposo y el ejercicio. Mantener una **posición supina** durante el ejercicio después de las 20 semanas de gestación puede provocar una **disminución del retorno venoso** debido a la compresión aorto-cava del útero grávido, lo que lleva a la hipotensión. Este **cambio hemodinámico** debe tenerse en cuenta al **prescribir actividad física** en el embarazo y al informar a la gestante de sus implicaciones fisiológicas.^{3,5}

Durante la **gestación** también hay **cambios respiratorios profundos**. La ventilación por minuto aumenta hasta un **50%**, principalmente como resultado del **aumento del volumen corriente**. Debido a una **disminución fisiológica de la reserva pulmonar**, la capacidad para hacer ejercicio anaeróbico y la disponibilidad de oxígeno para el aeróbico se ve afectada. La **alcalosis respiratoria fisiológica** del embarazo puede no ser suficiente para compensar la **acidosis metabólica** que se desarrolla por el ejercicio extenuante. Por lo tanto, su capacidad para participar en actividades físicas más extenuantes se ve limitada.³

¿Cuáles son los beneficios del ejercicio físico regular para la gestante?

- Reducción del riesgo de padecer complicaciones asociadas al embarazo.
- Prevención de la preeclampsia, la diabetes gestacional y la ganancia excesiva de peso materno.
- Estabilización del estado anímico de la madre.
- Menor riesgo de padecer venas varicosas y de trombosis venosa.
- Reducción de los niveles de disnea.
- Menor aparición de episodios de lumbalgia.^{3,7}

¿Podría afectar negativamente al bebé?

Las **preocupaciones** de que la **actividad física regular** durante el embarazo pueda causar un aborto espontáneo, un crecimiento fetal deficiente, una lesión musculoesquelética o un parto prematuro

no se han comprobado en mujeres con embarazos sin complicaciones o de bajo riesgo. En **ausencia de contraindicaciones**, la **actividad física** durante el embarazo es **segura y deseable**, y se debe alentar a las mujeres embarazadas a continuar o iniciar actividades físicas adaptadas a sus condiciones.^{8,9}

¿Qué plan de entrenamiento debemos recomendar a la gestante?

Se recomienda realizar al menos **20 o 30 minutos de ejercicio de intensidad moderada**, 5 días por semana. Este nivel de actividad física presenta **escaso riesgo** para la **salud materno-fetal**.³ A la hora de prescribir ejercicio físico, debemos conocer las **alternativas más seguras y beneficiosas** para las gestantes. Por un lado, los **ejercicios acuáticos** permiten combinar actividades aeróbicas y el fortalecimiento muscular. Reducen el peso (por efecto de la fuerza de flotación) y evitan el impacto, por lo que resulta una alternativa segura y de bajo riesgo de lesión.³ Además, ha demostrado **beneficios adicionales**. Un ensayo controlado aleatorizado de un programa de ejercicio acuático durante el embarazo demostró una mayor tasa de perineo intacto después del parto.¹⁰

Por otro lado, la **bicicleta estática** es una opción muy adecuada para comenzar un programa de actividad física durante la gestación, puesto que no requiere mantener el peso corporal y evita el riesgo de caídas.¹¹

Actividades como **yoga y pilates diseñadas para embarazadas** aportan grandes **beneficios** a las mujeres. Reducen el estrés, mejoran la flexibilidad y fomentan el estiramiento y la respiración concentrada. A menudo enseñan posturas modificadas que se adaptan al equilibrio cambiante de las gestantes. Se deben evitar posturas en decúbito supino durante periodos prolongados.⁴

Para el entrenamiento de fuerza, se recomienda la **utilización de máquinas o bandas elásticas** en lugar de los peso libres, con el fin de **reducir el riesgo de lesiones** originadas por los cambios en el centro de gravedad. No es conveniente realizar más de dos sesiones de fuerza por semana, respetando 48h de descanso entre las mismas, para asegurar la recuperación del músculo a nivel proteico. Además, se aconseja utilizar un peso que permita realizar entre **20-30 repeticiones**, enfatizar la adecuada forma de ejecución durante los ejercicios y evitar la maniobra de valsava.¹²

Existe un **consenso con fuerte evidencia científica** para contraindicar todos aquellos deportes o ejercicios que entrañen **riesgo de impacto o presión/descompresión** en el abdomen-feto, y que puedan crear un traumatismo (fútbol, baloncesto, voleibol, esquí, ciclismo, tenis, equitación, parapente, escalada, judo, patinaje, esgrima, submarinismo, etc.).

Asimismo, las **actividades de esfuerzo brusco o altamente glucolíticas** (FC > 140lpm) inciden negativamente en el **aporte de oxígeno** al feto. Además, se **desaconsejan los ejercicios** que impliquen cambios bruscos de dirección o actividad excesiva de la pelvis (carreras, vallas y saltos en atletismo, ciclismo, hípica, etc.).^{3,4}

En cuanto a las **condiciones ambientales** de la **práctica física**, se debe tener especial **precaución** con las **elevadas temperaturas** ambientales o ambientes muy húmedos con el objeto de evitar cuadros de hipertermia (temperatura corporal superior a 38° C). Además, se debe procurar mantener antes y después de la actividad una adecuada ingesta de líquidos.⁴

¿Qué debemos recomendar a las mujeres gestantes con IMC elevado?

Se debe alentar a las mujeres embarazadas con **IMC elevado** a incorporar **hábitos de vida saludables**, incluyendo la actividad física y dieta equilibrada. Recomendaremos iniciar con ejercicio de baja intensidad en periodos cortos y aumentar gradualmente a lo largo de las semanas. La actividad física regular demuestra una **reducción significativa del aumento de peso** y ningún resultado adverso.^{13,14}

¿Cuáles son los signos/síntomas de alarma por los que la gestante debe interrumpir el ejercicio?

Se debe informar a la gestante para que haga una correcta detección de los signos de alarma y detenga el ejercicio en caso de:

- Hemorragia vaginal.
- Salida de líquido amniótico.
- Contracciones dolorosas regulares.
- Dolor abdominal no explicado.
- Ausencia de movimientos fetales.
- Súbito edema de manos, cara o pies.
- Cefalea severa o alteraciones visuales.
- Edema, dolor o rubor en las piernas (flebitis).
- Aumento excesivo de la FC.
- Excesiva fatiga, palpitaciones o dolor torácico.
- Ganancia de peso insuficiente (<1kg/mes en los últimos dos trimestres).^{3,4,15}

Conclusión

La actividad física y el ejercicio durante la gestación aportan **múltiples beneficios** a las **gestantes**. En ausencia de complicaciones o contraindicaciones obstétricas, los profesionales sanitarios deben alentar a las mujeres a iniciar actividades físicas seguras o a adaptar las que practicaban con anterioridad a los cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo. Para ello, es imprescindible que el **profesional** conozca la **evidencia actual** acerca de las **actividades más adecuadas**, realice una primera valoración a la gestante y establezca un programa de entrenamiento individualizado.

Ideas clave

- Se debe realizar una **evaluación clínica exhaustiva** antes de recomendar un programa de ejercicios para garantizar que un paciente no tenga una razón médica para evitar el ejercicio.
- Se debe realizar una **anamnesis completa** sobre el estilo de vida habitual de cada gestante para individualizar la prescripción de actividad física.
- Se debe alentar a las gestantes sin complicaciones a que realicen ejercicios aeróbicos y de acondicionamiento de fuerza, antes y durante el embarazo.
- Pueden ser necesarias algunas **modificaciones** en las **rutinas de ejercicio** debido tanto a los **cambios anatómicos y fisiológicos** normales como a los requisitos fetales.
- Se necesita **investigación adicional** para identificar **métodos efectivos** de **asesoramiento conductual** y el tipo, la frecuencia y la intensidad óptimos del ejercicio.

BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 10th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2018.
2. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf
3. Exercise during pregnancy and the postpartum period. Practice Bulletin No. 804. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2020; 135: e 178–88.

4. Barakat R, Díaz-Blanco A, Franco E, Rollán-Malmierca A, Brik M, Vargas M, et al. Guías clínicas para el ejercicio físico durante el embarazo. Prog Obstet Ginecol 2019; 62(5): 464-471.

5. Price BB, Amini SB, Kappeler K. Exercise in pregnancy: effect on fitness and obstetric outcomes-a randomized trial. Med Sci Sports Exerc 2012; 44: 2263–9.

6. Cordero Y, Mottola MF, Vargas J, Blanco M, Barakat R. Exercise is associated with a reduction in gestational diabetes mellitus. Med Sci Sports Exerc 2015; 47: 1328–33.

7. Kramer MS, McDonald SW. Aerobic exercise for women during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD000180. Accedida el 21 de enero de 2023.

8. Management of preterm labor. Practice Bulletin No. 171. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2016; 128: e155–64.

9. Barakat R, Pelaez M, Montejó R, Refoyo I, Coterón J. Exercise throughout pregnancy does not cause preterm delivery: a randomized, controlled trial. J Phys Act Health 2014;11: 1012–7.

10. Rodríguez-Blanco R, Sánchez-García JC, Sánchez-López AM, Expósito-Ruiz M, Aguilar-Cordero MJ. Randomized clinical trial of an aquatic physical exercise program during pregnancy. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2019;48:321–31.

11. Olson D, Sikka RS, Hayman J, Novak M, Stavig C. Exercise in pregnancy. Curr Sports Med Rep. 2009; 8(3): 147-53.

12. Borodulin KM, Evenson KR, Wen F, Herring AH, Benson AM. Physical activity patterns during pregnancy. Med Sci Sports Exerc. 2008; 40(11):1901-8.

13. Obesity in pregnancy. Practice Bulletin No. 156. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2015; 126: e112–26.

14. Renault KM, Norgaard K, Nilas L, Carlsen EM, Cortes D, Pryds O, et al. The Treatment of Obese Pregnant Women (TOP) study: a randomized controlled trial of the effect of physical activity intervention assessed by pedometer with or without dietary intervention in obese pregnant women. Am J Obstet Gynecol 2014; 210: e1–9.

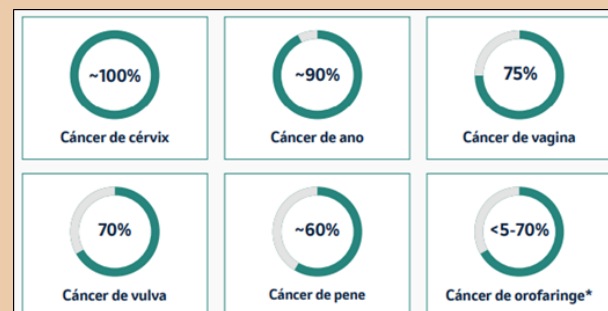
15. Thompson WR, Gordon N, Pescatello LS. ACSM's Guidelines for exercise testing and prescription. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

Infeccions de transmissió sexual, mites i veritats sobre el VPH, a propòsit d'una conversa amb l'ASSIR

Autora: Cynthia Crespo Mora. Pediatra EAP Montclar, Sant Boi de Llobregat. Barcelona.

El Virus del Papil·loma Humà (VPH) és la infecció de Transmissió Sexual (ITS) més comú. Hi ha **660 milions de persones infectades** al món per VPH. Tant homes com dones poden contraure el VPH. El VPH afecta a nois i noies, i és la **infecció de transmissió sexual més comú** en individus joves sexualment actius.

Aquesta infecció afecta a més del **80%** de les **persones sexualment actives**, les quals contrauran el VPH alguna vegada a la seva vida. El VPH pot tenir **greus conseqüències**. És el responsable del **5% dels tumors humans**.



S'estima que a l'any es detecten **570.000 casos nous de càncer** relacionats amb el VPH en dones i **60.000** en homes en tot el món. El VPH també està relacionat amb el **100%** de les berrugues anogenitals.

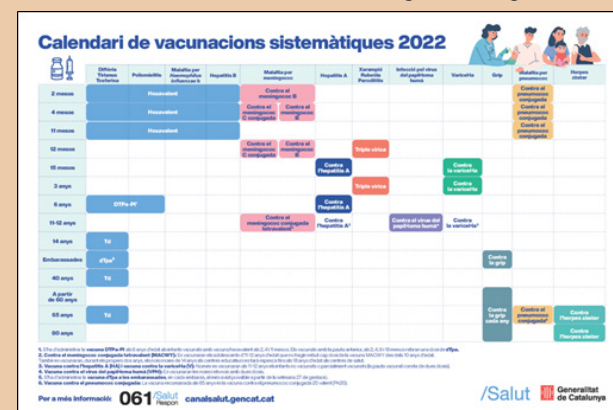
A Catalunya, al 2021 el **percentatge de noies** que es va vacunar durant el curs 2020-21 va ser del **86%**.

Aquesta **vacunació** ha donat **protecció indirecta** a nois i homes amb la reducció d'un **4-6%** de les **berrugues genitals** i reducció de cert **genotips** a la vegada que ha donat també **protecció indirecta** a noies i dones no vacunades. Es per això que la **inclusió de la vacuna** en nois compleix **criteris de equitat i igualtat** al conferir la protecció directa.

La **vacunació** front al VPH de noies i nois a l'inici de l'**adolescència** ja és una realitat, almenys, a **20 països europeus**. Aquest sistema de **vacunació universal** front al VPH entre els **11 i 12 anys** va començar a implementar-se al curs **2007-2008** i va provocar la **disminució** de més del **60%** de la incidència de les berrugues anogenitals en **noies d'entre 16 i 19 anys**, una dècada després.

Catalunya, dins el territori espanyol, ha estat la **comunitat autònoma pionera** en implementar la **vacunació front al VPH** també en nois.

Actualment, a les **escoles de Catalunya** ja s'està **vacunant** conjuntament amb les seves companyes, als **nens nascuts al 2011**, i que actualment tenen entre 11-12 anys. Això suposarà un abans i un després en la **transmissió d'una malaltia immunoprevenible** com són els **serotipus** inclosos a la **vacuna Nonavalent**, que és la que s'està administrant actualment al nostre territori. Aquests serotipus són el 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 i 58. La **vacuna Gardasil 9®** protegeix contra 9 dels més de 100 tipus de VPH existents. Però aquests 9 representen el **90%** de protecció contra el càncer de coll d'úter i el **90%** de les berrugues anogenitals.



A partir d'aquesta informació i, tenint en compte la situació actual on a Catalunya ja s'està vacunant sistemàticament front el VPH als nens nascuts a partir del 2011 i que, per tant, tenen actualment 11 anys, vaig decidir parlar amb la Monica Isidro, matrona de l'ASSIR de L'EAP Montclar a Sant Boi de Llobregat, per intercanviar opinió i informació.

Vam arribar a la **conclusió**, que finalment s'està podent tancar el cercle, ja que els **homes** són els **principals vectors** de la malaltia, i la **manca de vacunació** en aquesta part de la societat fa que la **vacunació femenina sigui insuficient** per a tenir controlada la única ITS per a la que tenim vacuna.

Analitzant les **consultes i visites** que es realitzen a l'ASSIR, on apareix el **VPH**, ja sigui per **lessió objectivada** després de realitzar una **citologia**, o simplement perquè la pacient aborda el tema, vam poder veure que hi ha molts **mites i realitats** que circulen a la societat sobre aquesta malaltia i que creiem que són **interessants** per aclarir, tant als **pediatres** com a qualsevol **professional** que pugui accedir a aquest article. Per aquesta raó vam aprofitar una **enquesta** elaborada ja per la mateixa farmacèutica que distribueix **Gardasil 9®** però que ens va semblar **útil** per recollir els mites que més es repetien, i donar l'explicació **científica** a continuació:

Mite: El VPH no es transmet si no hi ha **síntomes**.

Veritat: El VPH pot transmetre's inclús quan la **persona infectada** no presenta **signes o símptomes visibles**.

Mite: El VPH no posa en risc la salut dels homes. Es només cosa de noies.

Veritat: El VPH està relacionat amb el **40%** dels casos de **càncer de penis**. A més podria produir **càncer d'anus, càncer d'orofaringe i berrugues ano-genitals**. Per totes aquestes patologies com a greuge afegit no hi ha cribratge.

Mite: El VPH només es transmet per **penetració**.

Veritat: El VPH es pot contraure al tenir **relacions sexuals** amb una persona infectada amb aquest virus. Aquesta malaltia es pot propagar fàcilment durant les relacions sexuals anals o vaginals i també es pot transmetre mitjançant relacions sexuals orals o altre tipus de contacte proper amb la pell durant les activitats sexuals.

Mite: La **infecció per VPH NO** te relació amb altres patologies.

Veritat: Si que té relació amb altres patologies. Està relacionada amb la papil·lomatosis faríngia i respiratòria i s'estan completant estudis per demostrar relació amb altres patologies.

Mite: Podem saber qui tindrà una infecció temporal pel VPH i qui desenvoluparà càncer després de patir una infecció pel VPH.

Veritat: A l'actualitat no hi ha manera de saber qui només tindrà una infecció temporal pel VPH i qui podrà desenvolupar càncer després de contreure aquest virus.

Poden semblar peculiars, o fruit de la **imaginació** alguns dels **mites plasmats** en aquest article, però són una petita finestra de la realitat de les creences i inputs que es reben a l'ASSIR i per tant, és més o menys extrapolable al que circula a nivell general a la nostra societat.

Tenint en compte aquest recull d'informació "**errònia**" que circula a la població, juntament amb el fet que només una part dels nostres nens, futurs adolescents i homes sexualment actius, es beneficien de la vacunació sistemàtica, la tasca divulgativa, informativa i formativa que s'ha de fer front el VPH per part de les i els professionals de la Salut és imprescindible i molt rellevant.

Per aquesta raó, des de l'ASSIR, s'està tenint en compte la **transmissió de la informació** a les parelles de les dones que es visiten i des de la pediatria, posem el nostre esforç en **recaptar individualment** aquelles **cohorts pediàtriques** de nens, que han quedat fora d'aquesta vacunació sistemàtica.

Per tant, m'agradaria **destacar la importància** que tenim en **formar i informar** en Salut als i les nostres adolescents, perquè siguin adults amb uns coneixements que els permetin triar el millor possible quant a la seva salut es refereix. Sabem que la situació assistencial actual no facilita aqueta tasca, però qualsevol visita ha de ser una oportunitat de vacunació en aquests nois en els que la vacuna no està finançada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Linertová R, et al. Cost-effectiveness of extending the HPV vaccination to boys: a systematic review. J Epidemiol Community Health. 2021;75:910-6.

2. <https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/vph-en-adolescentes-varones-espana-iets-2020.pdf?1659417789>

3. <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-42>



Impacte de les infeccions respiratòries agudes a través de la Xarxa SIVIC. Seguiment del Virus Respiratori Sincitial (VRS)

Autors: Núria Gorina, Lourdes Eroles i Celia Pujol
Equip d'atenció Pediàtrica territorial Alt Penedès

A la darrera temporada hivernal, s'ha conegut la **confluència de tres epidèmies** (covid-19, grip i virus respiratori sincitial o VRS). El que s'ha denominat com a “**triple epidèmia**”, en un entorn sanitari mundial, ha **saturat les unitats pediàtriques** dels hospitals, desbordant els centres d'atenció primària.

No cal una **cerca bibliogràfica extensa** per reconèixer que **VRS** és un dels **principals microorganismes** causants de **morbimortalitat infantil**, als primers anys de vida. Aquest fet ens fa recordar la **necessitat de comptar amb estratègies epidemiològiques** per **conèixer l'impacte** de les **infeccions respiratòries**, en termes de **costos mèdics, socials** en el nostre territori. Tanmateix, conèixer les **dades de prevalença** local ens impulsa a **dissenyar estratègies** per a anticipar-nos a la **sobrecàrrega assistencial** dels equips i a donar respostes més ràpides i reals amb reorganització d'agendes i reforços professionals.

L'any 2021 es va crear la **xarxa SIVIC “Sistema d'Informació per a la Vigilància d'Infeccions a Catalunya”** per facilitar de forma pública i transparent el seguiment epidemiològic de les **infeccions respiratòries agudes (IRA)**, incloent la COVID-19 a la comunitat. La **xarxa SIVIC** integra les **informacions recollides**, permetent analitzar les infeccions respiratòries agudes en temps real per poder monitorar tendències i donar alertes.

El **SIVIC** estableix un **doble sistema** basat en una **part sindròmica** i l'altre de **detecció viral per PCR**. D'una banda, es realitza la **vigilància diagnòstica**, a partir dels diagnòstics clínics d'IRA a Catalunya, enregistrats en la **Història Clínica Electrònica (ECAP)**. En següent lloc, la **Vigilància sentinella** a l'**atenció primària** té lloc a partir de la presa de **15 mostres setmanals**, procedents de adults i infants, que consulten a l'atenció primària i pediàtrica amb símptomes suggestius d'infecció respiratòria, en cadascun dels **33 centres d'Atenció Primària** assignats en tot el territori català. A nivell hospitalari també s'està treballant per disposar de dades ben aviat, que es puguin incorporar al SIVIC, on SJD també hi participarà.

La **interpretació qualitativa del mostreig** es pot consultar setmanalment, per avançar l'evolució de la transmissió dels diferents virus respiratoris a Catalunya. Tot i no comptar amb la **confirmació**

microbiològica, els diagnòstics clínics, juntament amb el llistat de símptomes enregistrats a la història clínica i la PCR múltiple, orienten al tipus de **microorganisme causal** i al **brot epidèmic predominant**. Uns tres o quatre dies després de la recollida de la mostra, els pacients poden cercar el resultat a la meua salut. (<https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/la-meva-salut/>)

Les dades d'evolució d'aquests diagnòstics es mostren en les gràfiques de seguiment a la web, que es pot consultar a: <https://sivic.salut.gencat.cat/>

Entre els **avantatges** de la pàgina web esmentada destaquen: disposem d'una **anàlisi epidemiològica setmanal** amb la incidència, distribució a Catalunya i prevalença, segons el **resultats de les mostres obtingudes** cada setmana d'**infeccions respiratòries agudes**, incloent l'estimació de la taxa global de COVID-19 i de les seves variants, així com la taxa calculada de bronquiòlitis, amb el seu nivell de transmissió per edats. Tanmateix, es fa el seguiment de l'**evolució de la transmissió dels virus respiratoris** respecte als anys anteriors i permet comprovar si les dades observades segueixen la tendència esperada, filtrant les dades per regions sanitàries, grups d'edat, sexe i vulnerabilitat social, definit per grups de l'indicador socioeconòmic (ISC) de l'**Aguas** (Agència de Qualitat i avaluació sanitàries de Catalunya).

Les **informacions aconseguides** mitjançant **tècniques de mostreig aleatori** permeten fer estimacions de les dades reals a la població general. Amb una **precisió variable** que depèn del nombre de casos registrats amb intervals de confiança entre els quals es troba el valor real en el 95% dels casos. Malgrat els avantatges assenyalats, l'**origen de les dades** de seguiment epidemiològic de les infeccions respiratòries a Catalunya és **divers i canviant**, fent-lo un sistema complex de sistematitzar i interpretar.

La **Web de SIVIC** complementa la informació com a document de fonts de dades i alhora interpreta visualment les dades i les seves peculiaritats. En els darrers anys, s'estan detectant canvis en els brots estacionals de VRS, en part deguts a la pandèmia i a les mesures adoptades, i en parts als canvis climàtics del planeta, ocasionant gran variabilitat en la incidència de la infecció per VRS.

En aquesta línia, les dades epidemiològiques a la nostra disposició aporten un aspecte regulador, donat que ens permeten avançar-nos en el seguiment de les epidèmies.

Aquest any, hem pogut evidenciar unes onades de VRS i de grip, molt més precoces i intenses, que els anys anteriors. La comparació entre temporades ens permet anar copsant el diferent comportament del virus i els seus canvis imprevistos. Això ens ha d'impulsar a avançar-nos als pics i preveure l'augment de necessitats assistencials.

Conèixer l'inici de brot epidèmic permet fer canvis més dinàmics en les agendes, i plantejar més suport assistencial en els moments de saturació assistencial. En conseqüència, el seguiment de les Web de SIVIC ens ofereix un ventall de possibilitats, un camí decisiu per a ser ràpids i dinàmics en la gestió dels pics de feina a l'assistència sanitària. Sens dubte, comptem i treballem amb aquesta valuosa eina, d'ara en endavant.



Guia “L’alimentació en la primera infància 2022”

Autors: Maria Manera Bassols i Gemma Salvadó Castell

Dietistes-nutricionistes de l'Agència de Salut Pública de Catalunya



L'objectiu d'aquesta documentació és **proporcionar informació i eines a professionals de la salut, docents i altres persones que tenen cura de les criatures, així com a les famílies**, per tal de millorar la qualitat de l'alimentació dels infants, garantir el seu desenvolupament global, promoure una relació saludable, satisfactòria i plaent amb el menjar, a la vegada que es té cura de l'entorn i el medi ambient.

• **Difusió:** A més de la guia en format digital i paper, es disposa d'un [tríptic](#) per a famílies (properament disponible en 9 idiomes) i al llarg de l'any es realitzaran seminaris de formació i presentació per a professionals de la salut i l'educació.

• **Importància d'una adequada alimentació en la primera infància des del punt de vista nutricional i d'aprenentatge d'hàbits:** El procés d'aprenentatge d'hàbits alimentaris és especialment important durant els primers anys de vida ja que, a més de facilitar un bon estat nutricional i un creixement òptim, pot ajudar a consolidar l'adquisició d'hàbits saludables durant la infància, l'adolescència i l'edat adulta.

Aquesta etapa pot ser una bona **oportunitat** per millorar els **hàbits alimentaris** de tota la família, ja que donar un bon exemple a taula i compartir les estones de menjar són una **oportunitat privilegiada** i **imprecindible** per establir un vincle i bons hàbits de salut. En aquest sentit, els àpats en família, amb l'exemple que ofereixen els pares i mares o les **figures d'aferrament** i de relació quotidiana, són espais i moments privilegiats.

• **Reforços i novetats:** La guia segueix reforçant conceptes ja molt assentats en l'àmbit del **consell alimentari, la salut i la seguretat alimentària** d'aquesta etapa de la vida, com són:

- **Lactància materna:** Les **entitats científiques** i els organismes nacionals i internacionals que treballen en l'àmbit de la salut pública i la pediatria recomanen l'alletament matern exclusiu durant els **primers 6 mesos** de vida. A partir d'aquest moment, i mantenint l'alletament matern fins als 2 anys d'edat o més, o bé fins que mare i infant ho decideixin, és necessari **afegir gradualment** nous aliments per tal de facilitar uns nivells de desenvolupament i de salut adequats.

- **Alimentació complementària:** procés en què a partir dels 6 mesos, d'una manera progressiva, es van incorporant diferents aliments a l'alimentació del lactant, mantenint l'alletament, per tal d'oferir **nous aliments frescos** o **mínimament processats** (fruites, hortalisses, llegums, pasta, arròs, ous, peix, oli d'oliva verge, etc.) segons el **desenvolupament psicomotor** de l'infant i l'interès que demostrï per tastar nous gustos i textures.

- **Evitar l'excés i la prolongació dels triturats:** És important (segons el ritme de dentició i l'interès de la mainada pel menjar) incorporar **preparacions diferents** dels triturats. Oferir els aliments sencers (o a trossets, segons el tipus d'aliment) contribueix al **bon desenvolupament** oral i bucodental, fomenta la descoberta i l'exploració, permet que la criatura pugui menjar de forma autònoma, que gaudeixi dels diferents gustos, textures, olors i colors dels aliments. Sempre que s'evitin els sòlids amb risc d'asfíxia, també és una **opció segura**.

- **Limitació de la quantitat de proteïna d'origen animal:** en els aliments com la carn, el peix i els ous és important limitar-ne les quantitats, per tal d'ajustar-les a les necessitats proteiques dels infants. En el nostre entorn, aquests aliments es consumeixen en excés, sobre-tot en el cas de la carn, i això s'associa a més risc d'excés de pes en la infància i adolescència i a un major impacte mediambiental, a la vegada que pot desplaçar el consum d'altres aliments saludables.

- **Limitació del consum d'aliments ultraprocessats:** Es recomana no oferir aliments rics en sal, sucres i greixos poc saludables i pobres en nutrients. En aquest grup s'inclouen sucres, mel, melmelades, begudes ensucrades i sucres (comercials o casolans), cacau i xocolata, postres làctiques ensucrades (batuts, iogurts ensucrats i de gustos...), galetes, brioixeria, farinetes, potets ensucrats i salats, cereals d'esmorzar ensucrats, patates xip i snacks salats, embotits i carn processada, etc.

- **Seguretat alimentària:** A l'hora d'elaborar els àpats, especialment per a infants petits, cal tenir especial cura i mantenir unes condicions d'higiene estrictes, ja que constitueixen un grup de població especialment sensible.

També inclou novetats, com per exemple un protagonisme més gran de temes com:

- **Sostenibilitat alimentària:** L'acte de menjar, a més de ser un procés nutritiu, té connotacions importants de convivència, d'identificació social

i cultural i té una estreta interrelació amb el territori, les seves tradicions i l'economia. No es pot oblidar que en el món global en el qual vivim, el patró alimentari (el tipus i la quantitat d'aliments que una persona consumeix), la forma com es produeix, distribueix o es compra i, també, el que es malbarata, constitueix un important determinant de la salut humana i de la sostenibilitat ambiental.

- **Escoles bressol:** La nova guia inclou un apartat dedicat a l'**alimentació a les escoles bressol i llars d'infants**, abordant temes com la lactància materna a les **escoles bressol**, l'alimentació complementària a demanda, els menús de migdia i els esmorzars i berenars.

- **Atenció a la diversitat:** Amb la **voluntat de donar resposta i oferir recursos a la realitat diversa** del nostre entorn, la guia inclou **dos capítols** dedicats a l'**alimentació vegetariana i vegana**, a l'alimentació de famílies provinents d'altres cultures alimentàries i a les particularitats dels casos d'infants amb al·lèrgies, intoleràncies alimentàries i malaltia celíaca.

- **Altres hàbits saludables i sostenibles:** Algunes de les **novetats importants** del document són la **incorporació d'aspectes inevitables** a dia d'avui, com són **estratègies** per reduir l'impacte ambiental dels **patrons alimentaris** (menys proteïna animal, aliments de temporada i proximitat, menys envasos, reducció del malbaratament alimentari...), la **cura de la higiene bucodental**, i la **importància del moviment** i el joc actiu des dels primers moments de vida.

DESCOBRIU LA GUIA!

- [Guia en castellà](#)

Síndrome de Silver Russell

Autor: Dr. Marcelo Adrián Andrade Vigo - Pediatre de l'Hospital Sant Joan de Déu

Rasgos clínicos característicos

Retraso de crecimiento de comienzo prenatal con perímetro cefálico normal, asimetría de las extremidades, facies característica y clinodactilia del quinto dedo de la mano.

Epidemiología

La incidencia varía según las regiones entre 1:3000 hasta 1:100.000.

Etiopatogenia

- La etiología es heterogénea. La mayoría de los casos son esporádicos. El diagnóstico molecular se realiza en alrededor del 60% de los pacientes. El resto es de causa idiopática.
- En el 10% de los pacientes se observa disomía uniparental materna del cromosoma 7.
- Aproximadamente el 50% de los casos muestra hipometilación del gen H19, ubicado en la región impresa 11p15. La hipometilación es el resultado, en la mayoría de los casos, de un mecanismo epigenético o un micro-reordenamiento genómico, como una microduplicación materna de la región.
- También se ha descrito asociado a translocaciones, duplicaciones y deleciones, algunas de origen familiar.
- Se ha asociado a tratamientos de reproducción asistida de alta tecnología.

Manifestaciones clínicas

- Baja talla de comienzo prenatal con peso y talla por debajo de -2DS pero con perímetro craneano cercano al P50 (macrocefalia relativa). Mínimo crecimiento compensador postnatal. Dificultades para la alimentación. Edad ósea retrasada: Asimetría de miembros en más del 60% de los pacientes.
- Leve retraso del neurodesarrollo a predominio del lenguaje hablado.

- Facies triangular y pequeña con prominencia frontal. Comisuras bucales inclinadas hacia abajo. Posible asimetría facial con escleróticas azuladas. Orejas de implantación bajas rotadas hacia atrás, errores de refracción y estrabismo.
- Cierre tardío de la fontanela anterior.
- Manchas café con leche.
- Acortamiento y clinodactilia bilateral de los dedos meñiques.
- Tendencia a la sudoración excesiva de cabeza y parte superior del tronco.
- Tendencia a la hipoglucemia por el ayuno en los primeros años de vida.
- Riesgo de presentar pubertad precoz. El problema de crecimiento tiende a mejorar con la edad, al igual que la asimetría corporal y las dismorfias, con aspecto más normal en la adolescencia.
- Menos frecuentemente: craneostenosis metópica, coloboma de iris, paladar hendido, úvula bifida, insuficiencia velofaríngea, escoliosis, anomalías renales, hipospadias, clitoromegalia, hernia inguinal, predisposición a tumores malignos (craneofaringeoma, tumor de Wilms, seminoma, carcinomas hepáticos). Déficit de hormona de crecimiento.

Diagnóstico

La sospecha es principalmente clínica, aunque en muchos casos puede confirmarse mediante la detección de una anomalía molecular compatible

Diagnóstico diferencial

Principalmente con retraso de crecimiento intrauterino debido a alteración placentaria o a otras causas. Fallo de medro. Con otras causas de asimetría corporal. Pubertad precoz. Hidrocefalia (macrocefalia relativa). Déficit de hormona de crecimiento.

Diagnóstico prenatal

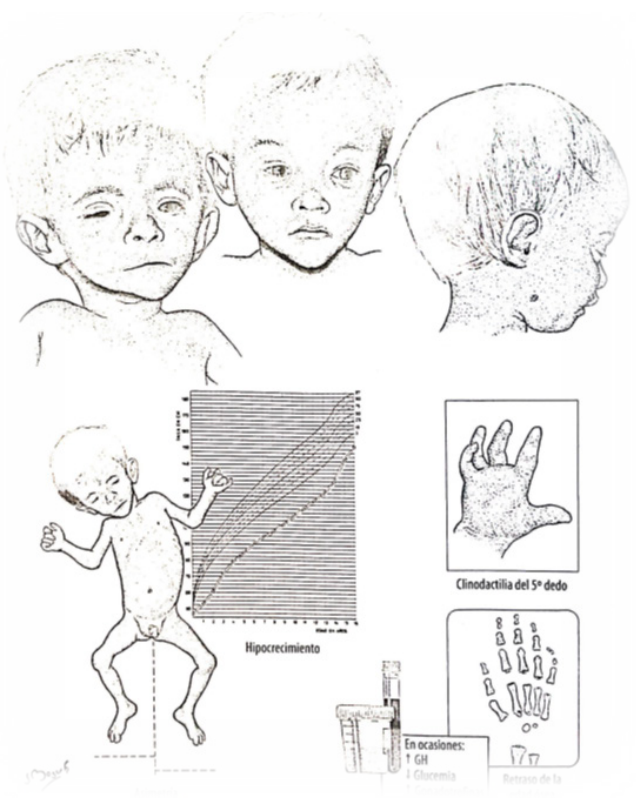
El diagnóstico prenatal no suele ser posible dado que la mayoría de los casos son esporádicos. El riesgo de recurrencia es extremadamente bajo en casos de disomía uniparental del cromosoma 7 o de anomalías epigenéticas de la región 11p15.

Pronóstico

Baja talla y delgadez. Sobrevida normal. El aspecto tiende a mejorar hacia la adolescencia. Frecuentemente presencia de trastornos del aprendizaje. La altura final puede llegar hasta 165 cm.

Tratamiento

Evitar ayuno prolongado durante los primeros años de vida. La terapia con hormona de crecimiento puede acelerar el crecimiento y aumentar la talla final en pacientes sin déficit objetivable de hormona de crecimiento, pero no permite alcanzar la estatura genética objetivo.



Fotografía cuadro médico Síndrome de Silver Russell



Fotografías de pacientes con Síndrome de Silver Russell

BIBLIOGRAFÍA

1. MANUAL ILUSTRADO DE ENFERMEDADES RARAS: Manuel Cruz Hernandez, Joan Bosch Hugas. Edit. Ergon/Feder, Madrid 2013.

2. KL Jones, MC Jones and M del Campo: Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation, 7th Edition. ELSEVIER, Philadelphia 2013.

ATENCIÓ COMUNITÀRIA

Programa “La família, la millor escola”

Autors: Antonio Rosa-Castillo, infermer de pediatria al CAP Adrià
Marina Adserias-Ferrer, psicòloga al CAP Adrià
Susana Gutierrez-Jaime, pediatra al CAP Adrià

El programa “La família, la millor escola” és una iniciativa de l’Agència de Salut Pública de Barcelona que té com a finalitat millorar les habilitats i les competències de criança de les famílies participants, així com fomentar la seva participació activa en la construcció d’una dinàmica familiar positiva.

La família és un entorn on s’aprèn a estimar i a respectar, i on es formen els valors que contribueixen a crear una societat més justa. Els tres eixos que permeten construir una família saludable són escoltar, respectar i estimar. Així, l’objectiu del programa és cercar noves formes de comunicació i establir metodologies que promoguin el respecte i l’autoestima entre tots els membres de la família, per aconseguir una convivència més harmoniosa.

El programa està destinat a famílies de nens i adolescents de 2 a 17 anys i es basa en una metodologia grupal, cooperativa, participativa i basada en l’experiència. S’estructura al voltant de la impartició d’entre 9 i 11 sessions d’una durada aproximada de 2 hores cadascuna que es desenvolupen en grups d’uns 12 participants. Els professionals que duen a terme aquesta intervenció tenen accés a una formació prèvia i gratuïta, impartida per l’Agència de Salut Pública de Barcelona, i disposen d’un suport teòric i d’un material didàctic per treballar a les sessions.

Experiència del programa al CAP Adrià

Al CAP Adrià vam iniciar el programa “La família, la millor escola”, per a famílies amb infants de 6 a 11 anys. El programa es va realitzar en 8 sessions — de les quals una es va dur a terme amb els adults i infants conjuntament—, els dilluns de 18 h a 19.30 h, amb inici el 10 d’octubre del 2022 i amb fi el 12 de desembre del 2022.

Per difondre l’activitat i captar les possibles famílies interessades es van utilitzar dues vies: una, de manera general, a través del blog del CAP Adrià, i l’altra, més dirigida, enviant un SMS a aquelles famílies que complien els requisits per poder-hi participar.

La proposta va rebre una excel·lent resposta de la comunitat, ja que més de 60 famílies van expressar el seu interès a saber més del programa i a com poder inscriure-s’hi. Vam realitzar una primera selecció de les famílies interessades a participar a la primera edició de “La família, la millor escola” al CAP i vam informar la resta de la possibilitat de participar en les edicions següents, un cop finalitzat aquest primer taller.

Amb la realització d’aquest taller, adreçat a infants de 6 a 11 anys, es busca assolir els objectius següents:

- Reflexionar sobre el comportament humà per comprendre les relacions familiars i amb els infants.
- Reconèixer els factors que afecten les emocions i els sentiments.
- Estimular el desenvolupament personal de manera eficaç.
- Proporcionar eines per millorar els processos de comunicació.
- Desenvolupar habilitats d’escolta, resolució positiva de conflictes, negociació i presa de decisions.
- Aprendre a prevenir problemes de comportament i disciplina.
- Aprendre a resoldre problemes que plantegin desafiaments.

Metodologia i dinamització

Les sessions, realitzades al mateix CAP Adrià (taula 1), van estar dirigides per Antonio Rosa, infermer pediàtric, i Marina Adserias, psicòloga sanitària, professionals del CAP Adrià. Tots dos formadors van rebre prèviament la formació necessària per aplicar la metodologia implementada per l’Agència de Salut Pública de Barcelona.

Temes de les sessions del programa	
Sessió 1	Etapas de desenvolupament
Sessió 2	Necessitat d'atenció, respecte, afecte i reconeixement
Sessió 3	Autoestima en la família i els infants
Sessió 4	Escolta activa i empatia
Sessió 5	Suport familiar als infants per a la resolució de problemes
Sessió 6	Negociació i establiment d'acords
Sessió 7	Organització dels infants i la seva família
Sessió 8	Autoregulació del comportament en els infants

Taula 1

La metodologia utilitzada es basa en la cooperació entre iguals i la participació activa de les famílies. Es van utilitzar dinàmiques grupals que permetessin a les famílies compartir les seves opinions, experiències i punts de vista en relació amb el tema tractat a cada sessió. Durant aquestes activitats, les famílies també podien compartir les seves preocupacions i estratègies, contrastar-les i aprendre les unes de les altres.

Les sessions estan vinculades entre si pel que fa al contingut, i a l'inici de cada sessió es fa un repàs del que s'ha après a la sessió anterior per ajudar a crear una continuïtat entre elles.

A les sessions conjuntes amb els nens és recomanable la presència de tot el conjunt familiar, ja que ofereix l'oportunitat de practicar les habilitats familiars treballades al llarg del programa, com ara posar límits adequats a la conducta.

A l'inici de les sessions, es valora l'assistència i l'interès dels participants, i s'utilitzen tècniques de relaxació per ajudar a crear un clima d'acolliment i confiança que en promogui la participació activa.

El grup constava de 10 participants. Van iniciar el taller les 10 mares i només en un cas, a partir de la meitat del curs, es va intercanviar una parella i va començar a assistir-hi el pare. Tots dos membres de la parella poden anar a les sessions, però, a causa dels condicionants relatius a la conciliació laboral i familiar, el més comú és que només hi assisteixi un dels dos membres.

Només una de les sessions va estar dissenyada per assistir-hi amb els infants. Dels 10 participants, 7 van assistir a més del 50 % de les 8 sessions realitzades. D'aquests 7 participants, 2 van assistir al 100 % de les sessions; 2, al 88 %; 2, al 75 %, i 1, al 50 %. Els altres 3 participants van assistir a alguna sessió, de manera intermitent.

Conclusions del programa

En finalitzar el programa, es va administrar un qüestionari als participants per avaluar-ne la satisfacció i rebre retroalimentació amb l'objectiu de millorar futurs programes i garantir que es compleixin les seves expectatives (taula 2).

Resultats de l'enquesta d'avaluació del curs realitzada pels participants	
Quina és la teva satisfacció en relació amb la participació al programa?	— El 80 %, molt satisfactòria. — El 20 %, una mica satisfactòria.
Recomanaries realitzar l'activitat a altres famílies?	El 100 % va contestar que sí.
El que més m'ha agradat ha estat:	— La sessió amb els infants. — Poder compartir experiències amb altres famílies. — Posar en comú els temes tractats i les inquietuds. — L'ambient distès i de confiança.
El que menys m'ha agradat ha estat:	— Portar mascaretes, ja que limita una mica la interacció amb el grup. — La manca de compromís d'algunes persones que es van apuntar al curs i no van venir. — Apartar-se del tema principal de la sessió per parlar d'un altre tema.
Modificaries alguna cosa del programa?	— El 50 % no modificaria res. — Les persones que van respondre que sí afegirien més dinàmiques de grup i més vídeos.
La duració del programa t'ha semblat adequada?	— El 80 % va contestar que li va semblar correcta. — El 20 % afegiria més sessions per exposar temes específics i resoldre dubtes concrets.
Faries alguna proposta de millora?	— Introduir els temes de l'ús de pantalles i de l'educació psicoafectiva i sexual. — Afegir més sessions amb infants, una a l'inici i una altra al final del programa. — Realitzar programes dirigits a les altres franges d'edat (de 0 a 3 anys i adolescents).

Taula 2



CONNOUA VINCLES

Els infants són més vulnerables i pateixen més problemes de salut que els adults a conseqüència dels factors ambientals

En els darrers anys, el **canvi climàtic** està transformant l'economia i la fesomia dels països, i està sotmetent la **població** que hi viu a **temperatures extremes, onades de calor i fred, desastres naturals, epidèmies, manca d'aigua...** Espanya està considerat com un dels països europeus **més vulnerables** al **canvi climàtic**.

A aquest fenomen se sumen altres **factores ambientals** que incideixen negativament en la salut de les persones com la **contaminació de l'aire**, el **soroll**, els **contaminants orgànics persistents**, **pesticides** i **agents químics**, entre d'altres. En aquest context, l'**Observatori per a la promoció de la salut de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, FAROS**, analitza en el seu darrer informe les **repercussions** que tots aquests **factores ambientals** tenen en la salut infantil. El treball ha estat coordinat per especialistes de l'Hospital Sant Joan de Déu i de l'Institut de Salut Global Barcelona (ISGlobal), centre impulsat per la Fundació "la Caixa".

Els infants són **més vulnerables** que els adults als **riscos ambientals** i ho són fins i tot abans de néixer. La **contaminació atmosfèrica**, els **contaminants orgànics persistents**, **pesticides** i **agents químics** a què s'exposen les **gestants** durant el període d'embaràs tenen **conseqüències** perjudicials en la **salut, metabolisme, neurodesenvolupament i funció respiratòria** i **immunitària** del noutat, i no només durant el **període perinatal** sinó també durant l'edat adulta.

Alguns estudis apunten que alguns **contaminants ambientals** poden arribar a la placenta de l'embrió i fins i tot modificar l'ADN del nadó. És per això que els experts aconsellen a les parelles que desitgen tenir descendència que tinguin **especial cura** amb l'exposició a aquestes substàncies –evitant la utilització a casa de productes que poden contenir substàncies químiques i cuidant-ne la dieta– fins i tot abans de concebre la criatura.

Contaminació de l'aire

Hi ha una **relació directa** entre el **disseny urbà**, com es desplacen les persones i com això afecta

l'**exposició ambiental**. Un alt nivell de trànsit comporta també un **alt nivell de contaminació de l'aire** i els **infants** són especialment **vulnerables** perquè a causa de les seves **diferències fisiològiques** (per exemple, alta freqüència respiratòria proporcionalment) i **conductuals** (per exemple, molta activitat física) poden exposar-se a dosis més **altes** de **contaminants** de l'aire que els adults.

A Barcelona gairebé el **50% dels casos** d'asma infantil són deguts a la **contaminació de l'aire**, segons un estudi realitzat per investigadors d'ISGlobal, i al món el 93% dels infants respiren aire que no compleix els **criteris de qualitat fixats** per l'OMS, fet que suposa **600.000 morts infantils prematures** cada any.

Més casos de bronquiolitis a la UCI

Un **estudi recent** liderat per investigadors de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona-Institut de Recerca Sant Joan de Déu revela que els infants tenen més risc d'ingressar a l'UCI amb una **infecció greu** per rinovirus quan estan exposats a **nivells elevats d'òxids de nitrogen** (contaminants ambientals que emeten els cotxes i algunes instal·lacions industrials). Aquest virus, responsable del **refredat comú**, normalment cursa amb un **quadre clínic lleu**, però un petit percentatge desenvolupa una **simptomatologia més greu**, en forma de **bronquiolitis** i **broncoespasmes** que requereix ingrés.

Els investigadors van analitzar **150 ingressos registrats** a l'UCI de l'Hospital Sant Joan de Déu i procedents de l'àrea metropolitana sud-Baix Llobregat durant **9 anys** (entre els anys 2010 i 2018), els van contrastar amb **diferents indicadors mediambientals** (com a temperatura, nivells aeris de pòllens), nivells de compostos de nitrogen, pluja...) i van descobrir que el nombre de **pacients ingressats** a la **UCI** amb una **infecció per rinovirus** augmentava tres dies després que es registrés un augment dels nivells d'òxids de nitrogen.

NOU A VINCLES

A les ciutats, on actualment es concentra la **majoria de la població mundial**, es registren **nivells molt elevats de soroll** i l'anomenat **efecte illa de calor** (major temperatura a causa de la concentració d'edificis i carreteres i manca de zones verdes).

Intervencions a les escoles

Els **autors del 13è informe FAROS**, que porta per títol **L'ambient i el seu impacte en la salut maternoinfantil A què ens enfrontem?**, consideren necessari dur a terme **actuacions** a les ciutats per reduir aquests factors ambientals negatius i en el cas concret de la **població infantil**, proposen **intervencions a les escoles** per **garantir la qualitat de l'aire** en aquests espais on els infants passen la major part del temps. En concret, **proposen plantar més arbres** als patis de les escoles; crear **murs verds** que generin ombres; i crear **fontes i zones de jocs**, entre d'altres. Amb tot això, busquen **reduir la contaminació de l'aire**, però també el **soroll** i l'**efecte illa de calor** alhora que afavorir l'**activitat física** (la qual cosa redueix la incidència de diabetis i altres malalties associades a l'obesitat). A més, els **autors de l'informe** ressalten que **transformar les zones de joc** en petits **espais naturals de biodiversitat** també milloren el sistema immunitari dels infants en molt poc temps.

També animen les famílies a fer **sortides a la natura**. Actualment, només un **20% dels infants i adolescents** surten alguna vegada al mes a **jugar a l'aire lliure** (en la generació dels seus pares i mares, eren tres de cada quatre) i només un **10% visita el parc cada dia**. Els autors de l'informe assenyalen que la **manca de contacte** amb la **naturalesa** impulsa el **sedentarisme** i actua com un **factor clau** en l'increment de l'**obesitat**, **malalties respiratòries** i **cardiovasculars**, trastorns de la conducta, comportament, atenció, empitjorament de les malalties cròniques, disminueix els nivells de vitamina, etc. El contacte amb la **natura**, en canvi, té molts **beneficis**: millora el son, el neurodesenvolupament motor, redueix l'ansietat i l'estrès, millora, entre altres coses, el rendiment escolar.

Contaminants ambientals que incideixen en el neurodesenvolupament

Aproximadament un **20% dels menors de 18 anys** presenta alguna **alteració o dificultat** associada al **neurodesenvolupament**. Estudis científics destaquen el **paper** que tenen els **contaminants ambientals** en l'augment de la **prevalença** d'aquest tipus de trastorns.

Molts metalls travessen fàcilment la barrera placentària produint una exposició directa al fetus durant l'embaràs i prova d'això és que es troben concentracions d'aquests metalls a la sang del cordó umbilical en néixer. La **barrera hematoencefàlica** (la barrera que protegeix el cervell de l'entrada de substàncies química-tòxiques) no es forma completament fins a sis mesos després del naixement, cosa que obre una finestra directa de vulnerabilitat del cervell en desenvolupament, tant fetal com postnatal primerenc. A més, els infants estan més **exposats als contaminants ambientals** perquè **consumeixen més aliments** que els adults en relació amb el seu pes, i passa el mateix amb el **volum d'aire** que respiren o la quantitat d'aigua que beuen.

Estudis realitzats tant en animals com a éssers humans han demostrat que una varietat de **substàncies químiques** (plom, metilmercuri, pesticides, manganès, etc.) trobades als nostres **entorns naturals** i a les **nostres llars** poden interaccionar amb la **nostra herència** genètica i contribuir a diferents **alteracions del neurodesenvolupament**. Per això, els autors de l'informe inclouen tot un seguit de **recomanacions pràctiques** que les famílies poden aplicar en el dia a dia per prevenir o minimitzar l'acció d'aquests **factores ambientals**, com ara prestar atenció als indicadors de **qualitat de l'aire** que difonen les agències meteorològiques locals per, en funció d'això, **limitar o potenciar les activitats a l'aire lliure** dels infants; fer sortides a la natura; ventilar la casa fora de les hores punta de trànsit; no fer servir aigua calenta de la grip per consumir; adoptar precaucions amb els recipients de plàstic i seleccionar bé quins aliments es donen als infants...

Problemes de salut mental

Els **canvis en el medi ambient** provocats per la **globalització** i el **canvi climàtic** també estan incidint en **estat d'ànim i salut mental** a la població en general i als infants i adolescents.

La **població infantil i juvenil** és la **més afectada** per l'**ecoansietat**, una **por crònica i preocupació** que, sense arribar a tractar-se d'una malaltia, es produeix en observar l'**impacte del canvi climàtic**. Els joves que la presenten tenen un estat de baix ànim, imпотència, sentiments de ràbia i ira, pànic, culpa, etc.

L'**informe** inclou tota una **sèrie de recomanacions pràctiques** perquè els **pares** puguin **detectar** quan els seus fills presenten aquests problemes, també **accions** per ajudar-los: escoltar-los, proposar-los accions per disminuir els efectes del canvi climàtic i participar en accions col·lectives de **presa de consciència climàtica** i **fomentar el contacte dels infants amb la natura** perquè permet al còrtex prefrontal "descansar" l'estrès.



FOR MA CIÓ

FORMACIÓ



Estabilización inicial del niño crítico en el Servicio de Urgencias

12 de junio de 2023

Horario: 09:00 - 19:00 h

Dótate de herramientas para ofrecer una atención sistematizada al paciente pediátrico críticamente enfermo en un Servicio de Urgencias hospitalario mediante simulación clínica.

<https://formacion.sjdhospitalbarcelona.org/es/estabilizacion-inicial-del-ni-o-critico-en-el-servicio-de-urgencias-actualizacion-mediante-simulacion-clinica-23.html>

SJD Formación
Sant Joan de Déu

Descubre la oferta
formativa pediátrica
y obstétrica de alta
especialización y
aprende con los
profesionales del
Hospital.

Te ofrecemos cursos acreditados,
simulación clínica avanzada,
formación online y presencial y un
equipo docente que te ayudará a
conseguir tus objetivos.

Cas clínic: discapacitat psíquica i vòmits persistents

Autores: Patricia Diego Vall, Resident de Pediatria, Hospital Sant Joan de Déu
Mònica Boada Farràs, Adjunt d'Urgències, Hospital Sant Joan de Déu

Introducció

Adolescent de sexe femení 13 anys que acudeix a Urgències per vòmits diaris postprandials (2-3 al dia) de 8 dies d'evolució. El pare explica que primer es queixa de **dolor abdominal** (no sap especificar localització) i posteriorment **vòmita**, amb milloria del dolor. Presenta **disminució de la ingesta**, amb **tolerància adequada a líquids**, presentant els vòmits sobretot després de la **ingesta de sòlids**. Últim vòmit el dia anterior a la nit. Última deposició el dia de la consulta, de consistència tova sense productes patològics, sense haver realitzat deposicions els darrers 6 dies. Previ a l'inici dels vòmits va presentar deposicions diarreiques durant 4-5 dies. No ennuegaments, ni disfàgia. No sialorrea. Afebril.

Des de l'inici de la clínica ha estat valorada en **4 ocasions** a Urgències d'un altre centre i tractada ambulatoriament. La primera vegada fa 13 dies, es diagnostica **gastroenteritis** i indica **ondansetron sublingual**; la segona fa 12 dies, es realitza **radiografia d'abdomen** interpretada com a normal i administra ondansetron; la tercera fa 11 dies, es pauta càrrega de volum endovenosa més ondansetron i la quarta fa 8 dies, s'indica **sèrum de rehidratació i analgesia oral**.

A més, fa 5 dies consulta a les nostres Urgències; els seus **cuidadors** referiren presència de **trossos de suro** en un dels vòmits que creuen que va ingerir a l'inici de la clínica. Es realitza **gasometria capil·lar** que és normal i s'indica omeprazol oral.

Antecedents personals:

Síndrome de Marfan genèticament confirmada, amb **retard del desenvolupament psicomotor** i **epilèpsia controlada** amb àcid valproic. Infeccions respiratòries greus repetides que han requerit suport ventilatori no invasiu, amb sospita de **síndrome d'aspiració crònica**. Operada als **6 dies de vida d'hèrnia hiatal** amb porció gàstrica intratoràctica. **Cifoescoliosi** intervinguda als 10 i 12 anys. Osteopènia amb **fractures subcapitals** d'ambdós fèmurs amb requeriment d'instrumentalització quirúrgica. En tractament coadjuvant amb bifosfonat endovenós, suplementes de calci i vitamina D.

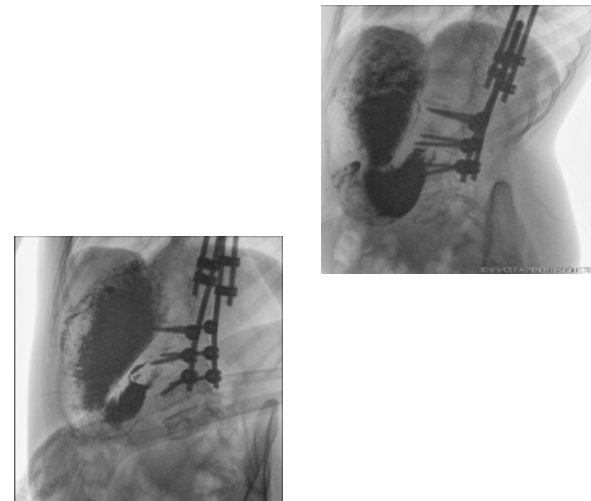
Exploración física:

Pes 48kg. Temperatura: 36.7°C. Tensió arterial: 118/82mmHg. Freqüència cardíaca: 106lpm. Triangle d'avaluació pediàtrica ESTABLE. Bon estat general. Bona hidratació de pell i mucoses. Auscultació cardiopulmonar: normal. Abdomen: Tou i depresible, no es palpen masses ni visceromegalies. No distensió. Sense clar dolor a la palpació. No defensa abdominal. Sorolls hidroaeris normals. ORL sense alteracions. Conscient. Sense signes d'irritació meníngia.

Maneig del cas:

A Urgències es canalitza via venosa i s'extreu analítica sanguínia que no mostra alteracions (hemograma, bioquímica, equilibri àcid-base i ionograma normals, no elevació de reactants de fase aguda). Es realitza radiografia de tòrax (normal). Valorada conjuntament amb l'equip de **Gastroenterologia**, es decideix ingrés hospitalari per ampliar estudi sota tractament amb protector gàstric (omeprazol endovenós) i dieta absoluta amb sueroteràpia a necessitats basals. Durant el primer dia d'ingrés, es realitza un **trànsit esòfag-gastroduodenal**, on s'observa contingut heterogeni a l'interior de l'estómac, suggerint de material alimentari, així com defecte de repleció a la part central de la llum al pílor o porció duodenal, sense aconseguir una progressió del contrast més enllà d'aquesta regió.

Figura 1. Trànsit esòfag-gastroduodenal. S'observa defecte de repleció a la part central de la llum del pílor o porció duodenal.



Es realitza endoscòpia digestiva alta, destacant abundants restes alimentàries en cavitat gàstrica i 6 cossos estranys (CE) en cos gàstric de material plàstic (d'uns 10-16 cm de longitud i 2-7 cm d'ample, 4 d'ells eren guants de làtex), un enclavat en pílor. Per **via endoscòpica** es realitza extracció dels **6 objectes** amb nansa de polipectomia, i després d'extracció del CE enclavat en pílor, s'aprecien 2 grans úlceres profundes amb fons de fibrina (Forrest III) a nivell peripilòric, sense obstrucció residual del lumen.

Figura 2. Endoscòpia digestiva alta. S'extreuen cossos estranys del cos gàstric de material plàstic i s'observen úlceres peripilòriques.



Diagnòstic:

Cossos estranys intragàstrics, un enclavat en pílor. Úlceres peripilòriques per decúbit.

Evolució clínica:

Després de l'**endoscòpia**, es manté **ingressada** durant **48 hores** per a vigilància clínica amb millora, sense presentar nous vòmits i amb una tolerància adequada a la reintroducció de l'alimentació. Es **dóna l'alta amb tractament** amb Lansoprazol via oral i controls ambulatoris. En controls posteriors la pacient es manté estable i es programa una nova endoscòpia digestiva alta de control.

Discussió:

Davant d'un pacient amb vòmits persistents diaris i dolor abdominal, especialment en edat infantojuvenil amb antecedents neurològics, trastorns psiquiàtrics o discapacitat intel·lectual, cal establir el diagnòstic diferencial amb entitats com ara trastorn alimentari (pica) o obstrucció intestinal per ingesta de CE. En aquest cas, s'evidencia que els vòmits no

són sempre sinònim de patologia banal. Tot i que s'hagin de tenir en compte les causes més freqüents, no hem d'oblidar que també poden ser **síntoma de patologia greu** amb necessitat de **tractament medicoquirúrgic urgent**, més encara en pacients amb discapacitat intel·lectual i necessitats especials en salut.

La **ingestió de CE** és un problema comú en nens de tot el món. La majoria dels CE poden passar pel **tracte gastrointestinal** sense problemes, però una petita proporció pot **causar complicacions** que inclouen perforació, obstrucció i fístula i poden arribar a ser mortals. En molts casos el diagnòstic és complicat, sobretot quan la ingesta del CE no ha estat presenciada pels cuidadors i davant de la presència de **síntomes clínics atípics**. La majoria dels CE no metàl·lics no es visualitzen per **radiografia simple**, fent-ne el diagnòstic més difícil. Les complicacions greus que poden desenvolupar depenen de les **característiques del CE**, la localització anatòmica, l'edat del nen i la demora en el diagnòstic.

En algunes **sèries pediàtriques** es descriu que la majoria dels CE ingerits són **inorgànics**, sent més freqüent la ingesta de pins i monedes; els de **tipus plàstic** poden arribar a representar el 7%. En pacients amb retard psicomotor o trastorns de la conducta, una altra entitat a tenir en compte davant de simptomatologia d'obstrucció intestinal és el bezoar, definit com una acumulació compacta de material parcialment digerit a l'estómac. Sol ser habitual davant la presència de tricotilomania i tricotilofagia. El seu espectre clínic és ampli, i es descriuen des de casos asimptomàtics fins a pacients amb complicacions greus, com l'obstrucció intestinal, les hemorràgies digestives i la perforació gàstrica. També cal establir diagnòstic diferencial amb etiologies menys habituals com ara la síndrome d'obstrucció del tracte de sortida de l'estómac.

Atesa la dificultat i freqüent demora en el diagnòstic d'aquestes entitats, és de gran importància fer una **anamnesi** i **exploració física** exhaustives que permetin establir la **sospita clínica**, i realitzar les proves complementàries pertinents. La **radiografia abdominal** i el **trànsit esòfag-gastroduodenal** poden aportar informació; encara que, tal com queda reflectit en aquest cas, el mètode d'elecció és l'**endoscòpia digestiva alta** que té un paper tant diagnòstic com terapèutic quan és possible. En els casos en què no ho és, cal un **abordatge quirúrgic**.

BIBLIOGRAFIA

1. Shields TM, Lightdale JR. Vomiting in Children. *Pediatr Rev.* 2018; 39(7): 342-358
2. Singhi SC, Shah R, Bansal A, Jayashree M. Management of a child with vomiting. *Indian J Pediatr.* 2013; 80(4): 318-325.
3. Leung AK, Hon KL. Pica: A Common Condition that is Commonly Missed - An Update Review. *Curr Pediatr Rev.* 2019; 15(3): 164-169.
4. Lin XK, Wu DZ, Lin XF, Zheng N. Intestinal perforation secondary to ingested foreign bodies: a single-center experience with 38 cases. *Pediatr Surg Int.* 2017; 33(5): 605-608.
5. Green SS. Ingested and Aspirated Foreign Bodies. *Pediatr Rev.* 2015; 36(10): 430-6.
6. Passali D, Gregori D, Lorenzoni G, Cocca S, Loglisci M, Passali FM, et al. Foreign body injuries in children: a review. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2015; 35(4): 265-71.
7. Xu G, Chen YC, Chen J, Jia DS, Wu ZB, Li L. Management of esophageal foreign bodies in children: a 10-year retrospective analysis from a tertiary care center. *BMC Emerg Med.* 2022; 22(1): 166.
8. Iwamuro M, Tanaka S, Shiode J, Imagawa A, Mizuno M, Fujiki S, et al. Clinical characteristics and treatment outcomes of nineteen Japanese patients with gastrointestinal bezoars. *Intern. Med.* 2014; 53(11): 1099-1105.
9. Marique L, Wirtz M, Henkens A, Delchambre E, Rezaï M, Venet C, et al. Gastric Perforation due to Giant Trichobezoar in a 13-Year- Old Child. *J Gastrointest Surg.* 2017; 21(6): 1093-1094.
10. García BE, Nuño CM, Zaragoza RE, Salado H, Gómez A, Corona JL. Small-Bowel Obstruction Secondary to Ileal Trichobezoar in a Patient with Rapunzel Syndrome. *Case Rep Gastroenterol.* 2018; 12(3): 559-565.
11. Notue YA, Mbessoh UI, Tientcheu TF, Moifo B, Mefire AC. Gastric outlet obstruction secondary to peptic ulcer disease, previously misdiagnosed as idiopathic hypertrophic pyloric stenosis in a 16-year-old girl: a case report. *J Surg Case Rep.* 2020; 2020(7): rjaa232.

Nou estudi sobre disfunció olfactiva post-COVID-19 en infants i adolescents

Algun dels vostres pacients ha passat la COVID-19 i creieu que podria tenir algun problema d'olfacte? Els seus pares us han consultat per què pot ser que, en els últims mesos, no presentin el mateix interès que abans pel menjar o perceben olors estranyes? Ara poden participar en l'**Estudi morfofuncional de la pèrdua persistent de l'Olfacte i Gust secundària a la infecció per SARS-Cov-2** en població infantojuvenil (Kids-Corona-POP) emmarcat dins del projecte **Kids Corona**.

La **pèrdua d'olfacte** és una dels **síntomes** amb més prevalença de la COVID-19 i, en alguns pacients, **persisteix més de 12 setmanes**. Aquesta disfunció provoca una gran disminució de la qualitat de vida de la població. Aquesta disfunció genera una **gran disminució de la qualitat de vida** de la població pediàtrica. Per aquest motiu s'ha decidit posar en marxa un estudi que permeti avaluar l'afectació d'aquesta pèrdua i, si és possible, que l'entrenament olfactivi pugui facilitar la recuperació d'aquesta disfunció provocada per la COVID-19 persistent.

Aquest estudi és impulsat per part del **Servei d'Otorrinolaringologia de l'Hospital Sant Joan de Déu**, sota la direcció del Dr. Oliver Haag, el Dr. Cristobal Langdon, la Dra. Marta Gómez-Chiari i el Dr. Josep Munera.

Qui pot participar?

Per a poder participar en aquest estudi, els infants i adolescents han d'haver passat la COVID-19 i mostrar alguns d'aquests símptomes:

- Falta d'interès pel menjar.
- Percepció que alguns aliments tenen mal sabor.
- Els menjars que abans els agradaven ara ja no se les mengen.
- Percepció d'olors estranyes o dolentes.
- Percepció de malestar en presència de males olors.

En què consisteix l'estudi?

L'estudi està emmarcat dins de l'estudi clínic habitual que es fa als pacients amb pèrdua de l'olfacte. Es realitzaran:

1. Una sèrie de qüestionaris de qualitat de vida.
2. Test d'olfactometria.
3. Resonància nuclear magnètica dels bulbs i vies olfactives.

Aquests estudis són necessaris per a saber l'estat del sentit de l'olfacte. A més de les pautes esmentades anteriorment, es lliurà als pacients una pauta d'entrenament olfactivi (tractament de la pèrdua de l'olfacte) amb la finalitat d'estimular aquest sentit i afavorir la recuperació del sentit de l'olfacte. Es realitzaran **5 visites**: 4 visites de seguiment i 1 visita per a la resonància magnètica.

Més informació sobre com participar [aquí](#).

CIÈNCIA i HUMANISME

Teràpia grupal en nens i nenes en dol per la mort d' un germà

Autors:

Daniel Toro-Pérez, Psicòleg. Servei Salut Mental. Coordinador d'Atenció Psicològica i del Servei d'Atenció Palliativa i Pacient Crònic Complex [C2P2] Hospital Sant Joan de Déu

Marta Palomares, Infermera. Coordinadora Infermera del Servei d'Atenció Palliativa i Pacient Crònic Complex [C2P2]. Unitat de Dol. Membre del Comitè d' Ètica. Hospital Sant Joan de Déu

El dol

El dol es defineix com la reacció enfront de la mort d' un ésser estimat (DSM-5); i és considerat un dels estressors vitals de més alta intensitat. És un procés natural, i no una malaltia que s' hagi d' evitar o prevenir, on la persona en dol intenta assimilar la pèrdua, acceptar l' absència, manejar l' alt impacte emocional i aprendre a viure en aquesta nova realitat.

El dol activa un conjunt de diverses respostes emocionals, cognitives, funcionals i conductuals, que varien en intensitat, duració i formes d' expressió. Això dependrà del tipus de pèrdua, del vincle, dels mecanismes d' afrontament i de la resposta de l' entorn o de la societat en que es visqui. Però a més, un dol requereix que es transiti per ell, sense tenir una definició clara de quan temps dura, però si que tenint clar que només amb temps no és suficient. És necessari fer un treball individual (explícit o no) on s' activin processos psicològics de reconstrucció.

Dol Infantil

Els infants a partir dels quatre o cinc anys poden manifestar el dol per la pèrdua com un adult, inclús des de els sis mesos es poden observar reaccions de dol. El dol en la infància i adolescència te un impacte directe en l' àmbit de la salut, tant a nivell mental com físic, social i acadèmic; en el moment que es produeix i al llarg de la vida. Les seves preguntes, temors, inquietuds i dolor han de ser escoltats i atesos. Encara que la tendència del nen es de viure el present i això fa que el seu estat d' ànim sigui canviant, poden utilitzar la negació com a estratègia d' afrontament i solen mantenir la capacitat de gaudir de situacions agradables. Però no hem d' oblidar que els seus éssers estimats i que els han de donar suport, també estan en dol.

En general, el procés de dol en infants i adolescents, requereix:

- Ser escoltat, compres i acompanyat.
- Ajudar a expressar-se emocionalment, identificant el que està passant i facilitant que s'expressi i elaborin aquelles emocions.

- Tenir l'oportunitat de recordar per a poder ressituar emocionalment a la persona que ha mort. Pot ser de manera íntima o col·lectiva, depenent de les necessitats individuals.

- S'ha de tenir en compte la realitat familiar, comunitària i cultural del nen.

Signes de dol Complicat

Encara que la majoria d'infants i adolescents manegen adequadament el procés de dol amb el suport de familiars i persones properes, alguns requereixen d' intervencions que normalitzin el seu dol i promoguin el desenvolupament d' estratègies d' afrontament adaptatives. El dol es pot tornar complicat per a una minoria d'infants i adolescents, que requeriran programes de suport especialitzats de Salut Mental. Alguns dels signes d' alarma que han de fer consultar amb professionals sanitaris especialitzats en l' atenció al dol són:

- Simptomatologia depressiva i apatia per activitat quotidianes durant un llarg període.

- Simptomatologia ansiosa que interfereix en la vida diària.

- Canvis alimentaris que no tenen altra explicació.

- Por persistent a estar sol.

- Insomni mantingut.

- Comportament regressius que es mantenen en el temps.

- Excessiva imitació del germà que ha mort.

- Expressions repetides de voler marxar amb el difunt i/o voler morir-se.

- Pèrdua d' interès pels amics i el joc.

- Rebutjar l' escola.

- Marcada disminució del rendiment escolar.



Nivells d'atenció en dol infantil

Tal com descriu Montserrat Esquerda, a partir dels textos del psicòleg Worden es defineixen tres nivells diferenciats d'atenció en dol:

Nivell I. Informació, Suport i Acompanyament: Infants i adolescents amb manifestacions adaptatives i famílies amb bona capacitat de suport. Es recomana assessorament o seguiment a distància amb pautes generals pels professionals sanitaris de referència.

Nivell II. Assessorament i Detecció Precoç: Infants i adolescents que expressen dificultats, i/o famílies amb pocs mecanismes de contenció o molts factors de risc. Es recomana seguiment continuat per part dels professionals sanitaris de referència i amb experiència i formació en atenció al dol infantil.

Nivell III. Intervenció especialitzada: Quan el nen té risc elevat o alta vulnerabilitat, ja sigui pel tipus de pèrdua, complexitat sociofamiliar o antecedents de salut mental del nen o pares. Es recomana derivació de forma preventiva i precoç a recursos de salut mental.

En aquest sentit, el **Servei d'Atenció Palliativa i Pacient Crònic Complex (C2P2)** de l'Hospital Sant Joan de Déu valora conjuntament amb la Unitat de Dol les diferents situacions dels infants que atenen i moren, així com les característiques dels seus familiars. Es realitza una visita de seguiment al mes de la mort del nen, on es fa una primera aproximació al moment de dol de la família i es valoren les necessitats dels germans. Es realitza assessorament als pares i mares i a les escoles. Si es sospita que els germans poden estar en un nivell II o III, es realitza valoració dels infants pels psicòlegs del Servei i es realitza intervenció individual i/o grupal, o derivació a d'altres recursos, segons necessiti.

Grups Terapèutics d'Infants en Dol per la Mort d'un germà o germana

En 2019, l'equip de psicologia de la Unitat de Cures Palliatives i la Unitat de Dol de l'hospital Sant Joan de Déu van considerar necessària la creació dels grups de dol per als infants que han perdut un germà. Fins aquell moment es donava resposta a l'atenció dels germans durant la malaltia del nen, amb sessions individuals i grupal, però es perdia aquest seguiment tant necessari una vegada moria el nen. A més, la teràpia grupal es va considerar la més adient per a la majoria dels germans, com a suport i seguiment en processos de dol no complicats, encara que en el casos amb més factors de risc o simptomatologia es complementava amb teràpia individual per al psicòleg del servei.

S'ha vist també que la xarxa pública de salut mental infantil no pot atendre aquestes situacions ates que no parlem de trastorns mental, sinó d'acompanyar en el procés d'elaboració del dol i detectar precoçment o prevenir situacions posteriors que si puguin esdevenir patològiques. Com a hospital pediàtric referent, sobretot a nivell de salut mental en pediatria, vam trobar molt necessari començar una atenció formal d'aquests pacients. A més, l'atenció dirigida a aquests infants té un impacte directe en el procés de dol dels seus pares, ja que les preocupacions envers els seus fills ocupen part de les sessions tan individual com grupals a la unitat de dol. Del 2019 al 2022 s'han atès 46 infants, en les 41 sessions fetes en les primeres 5 edicions del Grup de Dol de Germans.

Respecte a la metodologia, podem dir que:

Són grups tancats, on només poden entrar nous participants fins la segona sessió. Es valora profundament la cohesió de grup i el sentit de pertinença, així com aconseguir un espai de seguretat psicològica on compartir.

- Liderats pel psicòleg del Servei C2P2 i la Infermera de la Unitat de Dol.
- Tenen una duració de 10-12 sessions durant un any amb periodicitat mensual.
- Format preferentment presencial, amb sessions d'1,5 hores de duració. Durant la pandèmia COVID al 2020 es van realitzar les sessions en format online. Després de anar adaptant a un format híbrid (sessions online alternes amb presencial) en l'actualitat es prioritza per

sessions presencials.

Les sessions es realitzen a l'Espai de Famílies de l'hospital Sant Joan de Déu que, encara que és a l'hospital, són espais molt diferenciats que no recorden a espais tan clínics. Les sessions online s'han realitzat amb la plataforma Zoom.

Els criteris d'inclusió dels participants són:

- Infants de 8-10 a 14-16 anys: encara que són edats evolutives molt diferenciades, es va prioritzar atendre al màxim de número d'infants que ho necessitaven, ampliant la franja d'edat. Els terapeutes vam confirmar que, adaptant les activitats, és molt positiu la relació d'ajuda que s'estableix entre els infants més petits i els més grans. Depenent del perfil d'aquell grup, sí que es prioritza posar límits en funció de les edats més habituals, intentant que el rang d'edats no sigui superior a 5-6 anys. Durant el període de pandèmia, que es van fer les sessions en format online, sí que es va haver de crear 2 grups diferenciats per les edats (7 a 11 anys i 12 a 16 anys) perquè per la metodologia online sí que necessitava una atenció molt diferenciada per cada grup d'edat.
 - Període superior a 3 mesos des de la mort del germà. Encara que en alguns casos s'ha valorat una incorporació precoç per no haver d'esperar 1 any a la següent edició del grup, no han estat valorats positivament.
 - Coordinació amb els professionals referents del cas. Si el nen o la nena té seguiment específic, normalment de professionals de psicologia, ens coordinem directament amb ells per a explicar objectius i metodologia del grup i consensuar la idoneïtat de participació del nen.
 - Nens i nenes germans d'infants no atesos per C2P2. Per a l'especificitat del grup, les necessitats d'atenció, i la referència del nostre hospital, s'ha obert la possibilitat d'assistir als grups a germans de nens i nenes no atesos pel Servei de C2P2, tenint present que això comporta altres causes de mort (més agudes) o famílies que han tingut una atenció diferent en el final de vida.
- Els objectius dels Grups de Dol de Germans són l'expressió i suport emocional, la socialització amb d'altres nens i nenes en situació semblant, millorar la comunicació intrafamiliar i fomentar la identitat pròpia com a individu.

En aquest sentit, els components utilitzats són:

- Psicoeducació del procés de dol: amb els infants i els seus pares i mares.
- Sessió de record i relat de la seva experiència.
- Educació i Expressió emocional per a millorar la regulació emocional.
- Entrenament en habilitats socials.
- Estratègies de relaxació.
- Entrenament estratègies d'afrontament.
- Comunicació amb d'altres persones.
- Comunicació entre iguals.
- El dol dels pares.
- Activitats agradables, entre iguals i amb els pares.
- Tasques per a casa, on poder treballar amb la família i per a donar continuïtat entre les sessions.

Durant les diferents sessions es crea un clima de seguretat i confiança, on poder compartir les seves situacions particulars en relació a la malaltia i mort del seu germà. Es fomenta compartir la pròpia experiència i construcció de narratives a partir de la creació d'històries i personatges, el joc, relats dels seu germà i suport entre ells. En la nostra experiència veiem la gran necessitat que tenen de poder parlar de les relacions establertes i perdudes amb les persones significatives (germans, pares i mares, professors, amics, companys de classe, comunitat en la que viuen, etc.). Com a activitat final es realitza un material on expliquen les seves emocions i donen recomanacions per a d'altres infants que han perdut un germà, que queda com a llegat de grup per al grup del següent any, que ho treballarà per a complementar i poder deixar al grup següent. Aquest llegat l'expliquen als pares i mares en una sessió presencial a l'hospital, que sempre és molt enriquidora i emotiva. Com a tancament final de grup, es realitza una activitat lúdica en família, amb els infants i els pares, i d'altres germans si tenen, que ells decideixen.

Per als terapeutes d'aquests grups és un luxe poder compartir amb ells aquest moment tan únic de les seves vides. És un aprenentatge constant que enriqueix la nostra tasca professional, però que a la vegada ens nodreix com a persones.

BIBLIOGRAFIA

1. Esquerda Aresté, M. Abordaje integral del duelo en los adolescentes. Adolescere-Revistas de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. 2022; X(2). <https://www.adolescere.es/abordaje-integral-del-duelo-en-los-adolescentes/>
2. Lacasta MA, Sanz B, Soler MC, Yelamos C, Quadras S, Gandara A, Alonso A, Vilches Y, Rodriguez F, Limonero J, Salas T, Cuervo MA, Gomez M, Vara F, Feliu J, Barahona H, Rocafort J, Cruzado JA, Guanter L, Die M, Sanchez Sobrino M, Garcia J, Garcia M, Francisco MC. (2014) Atencion al duelo en Cuidados Paliativos: Guía Clínica Monografía SECPAL N°5. Madrid. <https://www.redpal.es/wp-content/uploads/2018/12/MONOGRAFIA-duelo-.secpal.pdf>
3. Ing V, Patterson P, Szabo M, et al. Interventions available to adolescents and Young adults bereaved by familial càncer: a systematic literatura review. BMJ Supportive & Palliative Care. 2019; 0:1-9. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001959>
4. Irish Childhood Bereavement Network (2017) 'Standards for Supporting BereavedChildren & Young People – A Framework for Development' ICBN, Dublin. <https://www.childhoodbereavement.ie/professionals/standards-supporting-bereaved-children/>
5. Martino Alba, R.; del Rincón Fernández, C. El duelo en la infancia y cómo dar malas noticias. Pediatr Integral 2012; XVI(6): 494. e1-494.e4. <https://www.pediatrintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-07/el-duelo-en-la-infancia-y-como-dar-malas-noticias/#:~:text=El%20duelo%20es%20una%20reacci%C3%B3n,un%20proceso%20de%20adaptaci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica>
6. Worden JW. Children and Grief. New York: Guilford Press (1996).

BLOGOSFERA 28

"Sonidos del silencio", el primer pòdcast de meditació fet per nens i nenes dirigit a pacients pediàtrics amb malalties greus

L'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona ha creat el pòdcast de meditació "Sonidos del silencio" per a ajudar els seus pacients i famílies a superar l'estrès i afrontar la malaltia en les millors condicions. Recentment, aquest pòdcast ha incorporat àudios locutats per nens i nenes i pensats per a nens i nenes.

Es tracta d'una iniciativa del Servei d'Atenció Espiritual i Religiosa (SAER) de Sant Joan de Déu, servei que ofereix un acompanyament a totes aquelles famílies que estan vivint una situació especialment difícil perquè el seu fill té una malaltia greu o la hi acaben de diagnosticar.

"Els infants amb malalties greus, com és el cas de nens i nenes que tenen càncer, i les seves famílies estan sotmesos a altes situacions d'estrès des del moment en què els diagnostiquen la malaltia. La meditació és una eina que pot reduir significativament aquests nivells d'estrès; ens ajuden en el control dels símptomes, en l'evolució de la malaltia, en l'adherència al tractament i els prepara per a les situacions que viuen en el dia a dia. Per això, creiem que és una eina molt important que ha de formar part del model d'atenció dels nostres pacients", destaca Andrés Morales, director assistencial del SJD Pediatric Cancer Center, centre de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona que atén més de 400 nens i nenes amb càncer.

Sessions de meditació a l'Hospital

Fa temps que el Servei d'Atenció Espiritual i Religiosa ofereix a les famílies la possibilitat d'assistir a unes sessions de meditació que es realitzen diàriament a l'Hospital. La idea de crear un pòdcast va néixer després que algunes de les famílies que assistien a aquestes sessions manifestessin el seu desig de poder-les continuar fent també a casa, una vegada que el seu fill fos donat d'alta. Llavors se'ls va ocórrer digitalitzar el contingut i crear un pòdcast perquè qualsevol pugui accedir fàcilment, des de qualsevol dispositiu mòbil.

També van decidir incloure sessions de meditació no sols dirigides a adults, sinó també a nens i nenes. "Volem que sigui una eina de fàcil accés i ús que permeti als nostres pacients i famílies trobar la tranquil·litat, serenitat i pau que necessiten; i que els ajudi a desenvolupar, ampliar i enfortir la seva espiritualitat en aquelles situacions difícils que els toca viure", assenyala Mario Ciccorossi, impulsor de la iniciativa i agent del Servei d'Atenció Espiritual i Religiosa de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

El pòdcast Sons del silenci està disponible en les plataformes Spotify, Apple Podcasts i iVoox i inclou quatre tipus de continguts: silencis guiats; càpsules de vida; relats i contes i textos de saviesa espiritual. Per als nens i nenes, s'han elaborat silencis guiats i relats i contes.

Aquests continguts s'ofereixen en castellà, català i anglès. Actualment, el 80% dels oients del pòdcast són d'Espanya, però ja hi ha un 13% que li segueixen des de l'Argentina, Guatemala, Mèxic, Portugal i els Estats Units.

Sons del silenci, nodreix la teva espiritualitat amb el pòdcast del Servei d'Atenció Espiritual i Religiosa

Descobreix aquesta iniciativa del SAER amb la qual et convidem a arribar a l'assossec i la pau interior a través de relats, materials de meditació i altres continguts de consulta gratuïta.

Subscriu-te al pòdcast Sonidos del silencio



Spotify



Ivoox



Apple
Podcasts



POSANT
EN
VALOR



El nino de drap, el nou llibre de l’Hospital Sant Joan de Déu
homenatge a la Núria Serrallonga

“El nino de drap” és un llibre escrit per professionals de l’Hospital Sant Joan de Déu que relata, en un llenguatge senzill perquè tant adults com petits el puguin llegir, com la inquietud d’una infermera psicòloga per millorar l’experiència dels pacients a l’Hospital va desencadenar una gran transformació del centre donant pas a un model assistencial orientat a millorar el procés d’hospitalització dels infants i les seves famílies.

El llibre ha estat escrit per la Maria Josep Planas, anterior directora de Planificació i Qualitat de l’Hospital que va ajudar a impulsar el projecte en el seu moment, i ha comptat amb les il·lustracions del Xavier Krauel, llavors cap del Servei de Nounats i il·lustrador.

“Imagineu un nen feliç, que va amb els pares a tot arreu que va a escola, que juga amb els amics, que llegeix contes, veu pelis, que no té cap problema, fins que... Un dia en té un i de gros. Imagineu aquest nen, ab el seu problema –que no sap quin és- en un lloc que no coneix, ple d’aparells que no ha vist mai, on de tant en tant se l’enduen no se sap per què, sense els pares no comprèn per què, a fer-li coses que j’audaran però ell no ho sap i que segurament li faran mal sense que entengui per què. Resum: un horror”.

“Ara imagineu el mateix nen a qui algú explica fins que ho entengui quin és el problema que té, amb l’ajuda d’un nino de drap, que algú l’acompanya per aquell lloc que no coneix i li fa veure que tot plegat és allà per ajudar-lo. Que algú li deixa tocar els aparells desconeguts perquè vegi que no són monstres. Que algú li explica per què se l’enduen i convida els pares a acompanyar-lo. Que algú treballa amb les metges i les infermeres perquè les coses no li facin mal. Que algú s’inventa mil maneres de distreure’l perquè tot passi més de pressa. Que algú vetlla perquè conegui els Mestres, els músics, els gossos de l’Hospital... Que algú fa que pugui riure amb els pallassos. Que algú fa tot el possible perquè no deixi de fer la seva vida de nen.”



Aquesta era la preocupació que tenia la infermera psicòloga Núria Serrallonga, que ens va deixar el passat mes d’agost de 2022. De la que en va fer una il·lusió i en va crear un projecte. Ara fa quinze anys que la va compartir amb els responsables de l’Hospital i, amb l’ajuda i complicitat de tots els professionals del centre, la va començar a fer realitat fins a prendre una dimensió que ni ella hauria arribat a imaginar.

Tot va començar amb un nino de drap que la Núria va començar a fer servir per millorar l’experiència dels infants que havien de ser sotmesos a intervencions quirúrgiques complexes. Mitjançant aquest nino de drap, i com si es tractés d’un joc, els infants anaven coneixent amb l’ajuda de la Núria el tractament que li farien a l’Hospital i podien expressar i superar les seves pors i dubtes.

Amb aquesta actuació, la Núria buscava que l’infant anés el més tranquil possible a quiròfan, convençuda que el desconeixement genera més ansietat i que, com més ansietat experimenten abans de l’operació, més dolorosa és la seva recuperació i més traumàtica resulta l’experiència.



La iniciativa va ser tan satisfactòria que de seguida van venir moltes d’altres: els pallassos van començar a entrar a quiròfan per acompanyar i distreure els pacients fins que s’adormien; les músiques van començar a entrar a la unitat de nounats i, quan ho feien, els professionals constataren que les constants dels petits milloraven; un equip de gossos va començar a entrar a l’Hospital per ajudar als infants que eren operats d’escoliosi a iniciar la seva rehabilitació amb menys percepció de dolor...

La filosofia que havia impulsat la Núria va acabar esdevenint un dels pilars estratègics de l’Hospital i va acabar donant lloc a un programa batejat amb el nom d’Hospital Amic, on van quedar englobades totes aquestes iniciatives. Va acabar impregnant, a més, totes les actuacions que es duïen a terme al centre, fins i tot la reforma urbanística de l’Hospital, amb unes instal·lacions amables que fan que els infants no visquessin la visita a l’Hospital com un fet traumàtic, sinó ben al contrari, hi volguessin tornar. Tota aquesta gran transformació és la que la mateixa Núria, protagonista principal del llibre, i la primera gossa que va entrar a l’Hospital, com a narradora, relaten a “El nino de drap”.



vincloces

PEDIATRIA TERRITORIAL