



Editorial

En aquest número insistim en la idea que, per nosaltres, la millor manera de resoldre els problemes assistencials que patim és l'enfocament col·laboratiu i en clau de territori.

HSJD, a prop teu

• Nou model d'atenció al part a l'Hospital Sant Joan de Déu

L'Hospital Sant Joan de Déu ha posat en marxa un nou model d'atenció al part, el programa MARE (MATernitat RESpectada). El centre atén parts des de fa 35 anys i recentment n'ha registrat el part número 100.000.

• Primer portal interactiu sobre malalties metabòliques hereditàries

Recentment s'ha posat en marxa un portal interactiu on els professionals i els familiars dels pacients poden trobar informació acurada sobre les malalties metabòliques hereditàries.

Coneixement professional

• Caso clínico: lesiones en piel

Presentem un cas de lesions cutànies pruriginoses d'inici peribucal i extensió a tronc i genitals.

• Ondansetrón en el servicio de urgencias

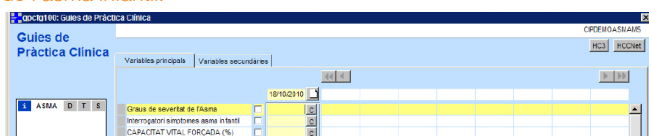
Posada al dia de l'ús del ondansetrón com a tractament del vòmit a urgències.

• Actualización de la bronquiolitis aguda en la urgencia pediátrica

Aquest any s'ha editat la Guia de Pràctica Clínica de la Bronquiolitis aguda, elaborada per un grup de treball de HSJD i adoptada pel Ministerio de Sanidad y Política Social.

• Guia de practica clínica d'asma infantil informatitzada. Una nova eina per l'AP

Recentment l'ICS ha implementat una nova guia informatitzada d'ús pel pediatra d'atenció primària que facilita l'actualització en el maneig de l'asma infantil.



Actualitat

• Clorhexidina versus Povidona Iodada

Breu actualització de coneixements sobre aquests antisèptics d'ús tan comú.

• Les noves especialitats d'infermeria

Recentment ha estat aprovat el desplegament de les noves especialitats d'infermeria. Repassem quines són les competències principals que es desenvolupen amb la formació de la infermera pediàtrica i la infermera familiar i comunitària.

Què hi ha de nou en Vincles?

• Vincles amb el territori: l'aliança com estratègia.

Per tal de millorar l'atenció pediàtrica a Catalunya, pensem que la millor estratègia és l'aliança.

Formació continuada

• Curs d'infermeria Pediàtrica a l'AP Costa de Ponent 2010

El passat 6 d'octubre va tenir lloc a l'Hospitalet de Llobregat la 2a edició del Curs d'Infermeria Pediàtrica a l'AP Costa de Ponent 2010, amb bon èxit d'assistència.

• Cursos Àula de Pediatria HSJD

Ciència i humanitat

• Empatía y sufrimiento en los profesionales que tratan con niños que padecen enfermedades graves (primera parte)

El creixent coneixement sobre el que s'anomena intel·ligència social ha permès ser conscient de la importància de determinades habilitats com la empatia per aconseguir una societat més feliç.

El racó d'en Santi

• 5 consells KidsHealth / Recurs de xarxa

• Tú con quién vives. Familia o "núcleos de convivencia"

El model de família experimenta canvis amb el pas del temps i l'accelerada postmodernitat s'acompanya de molts d'aquests canvis. Cal reflexionar sobre el tema per tractar de guanyar un cert control del procés que ens permeti orientar-lo en la direcció més profitosa per a la societat.

L'organització de la Pediatria en clau Territorial

El projecte **VINCLES** arriba aquest desembre del 2010 als 2 anys i aquest exemplar representa el 7è de les entregues del butlletí electrònic. Vincles és una iniciativa pionera, capdavantera en el projecte d'aglutinar tots els responsables territorials de la salut dels infants, pediatres i infermeres independentment de l'àmbit de treball, ja sigui en la pediatria hospitalària de l'Hospital de Sant Joan de Déu com a l'assistència primària, SAP Esquerra de Barcelona i Àmbit d'atenció primària de la Costa de Ponent del Institut Català de la Salut.

El projecte és ambiciós però no fa més que interpretar e intentar reflectir la realitat assistencial dels professionals i respectar el camí marcat per les necessitats de la nostra societat on s'imposa el treball col·laboratiu per millorar l'eficàcia i eficiència del

nostre sistema sanitari en aquest moments de difícil conjuntura econòmica.

El balanç és de satisfacció pel camí iniciat i d'il·lusió per les possibilitats que se'ns ofereixen. Som conscients que hem de ser exigents per que els continguts siguin del interès del major número de professionals i hem de sumar i mai restar participants en el projecte, en aquesta línia hem de millorar els canals de difusió i integrar professionals de diferents àmbits i proveïdors territorials, com la salut mental infanto juvenil, treballadors socials i hospitals comarcals.

Us animem a participar amb les vostres col·laboracions i així trobar els camins comuns de relació per crear i enfortir els nostres **VINCLES**.

Ens retrobem al NV#8 !.

Vicente Morales Hidalgo

Referent Pediatria Àmbit Costa de Ponent del ICS



L'Hospital Sant Joan de Déu, a prop teu

Nou model d'atenció al part a l'Hospital Sant Joan de Déu

L'Hospital Sant Joan de Déu ha posat en marxa un nou model d'atenció al part, el programa MARE (Maternitat Respectada). El centre atén parts des de fa 35 anys, és en l'actualitat l'hospital que més n'atén de tot Catalunya amb més de 4.000 anuals i recentment n'ha registrat el part número 100.000.

El nou model d'atenció al part pretén satisfer les expectatives de les gestants en un entorn segur per a la mare i el nadó que permeti una atenció ràpida i d'alta especialitat en cas de necessitat. L'Hospital disposa d'una unitat de neonatologia dotada amb les tecnologies més avançades i està especialitzada en el tractament de patologies de gran complexitat, com els prematurs extrems, les cardiopaties i altres patologies prevalents en nounats.

El programa MARE preveu que els protocols d'atenció i la història clínica siguin compartits entre l'Hospital i els centres d'atenció primària, per tal que els professionals dels dos àmbits puguin accedir en tot moment a la història de la gestant. Les mares que hagin triat l'Hospital per a donar a llum són acollides amb una sessió informativa on una llevadora els dóna a conèixer la forma de treballar de l'hospital, les instal·lacions, els professionals implicats, els circuits habituals, etc.

El programa dóna protagonisme a la família: permet que la dona triï el model de part que desitja –natural



si es tracta d'un embaràs de baix risc, que estigui acompanyada en tot moment per la seva parella –fins i tot en les cesàries– i que pugui ser amb el seu nadó des del mateix moment del naixement.

L'Hospital ha habilitat uns espais que permeten a la dona fer la dilatació i el part sense canviar de sala. Aquesta sala està equipada amb telemetria, pilotes, miralls, música i dutxes. A més, les habitacions disposen d'un espai especialment concebut perquè els professionals de l'Hospital puguin practicar les primeres cures al nadó davant la presència dels seus pares per tal que aquests puguin aprendre a fer-les i reproduir-les a casa.

Servei de Comunicació
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona



Primer portal interactiu sobre malalties metabòliques hereditàries

L'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, ha creat, amb el suport de l'Associació Catalana de PKU/ATM i Caixa Manresa, un portal interactiu (www.guiame-tabolica.org) on els professionals i els familiars dels pacients poden trobar informació acurada sobre les malalties metabòliques hereditàries.

Amb aquesta iniciativa, l'Hospital esdevé el primer hospital d'Espanya que crea un portal per potenciar la

divulgació sobre aquestes malalties –són unes 700 malalties rares que afecten, en conjunt, a un de cada 1.000 infants– i donar suport a totes aquelles persones que tenen contacte amb aquests infants: familiars, metges d'atenció primària, mestres, amics... A més, el portal permet a les famílies intercanviar-ne informació: recomanar botigues on comprar aliments especials, explicar quines farmàcies disposen de medicaments pel tractament d'aquestes malalties, en quins restaurants o hotels són sensibles a les necessitats d'aquests malalts.



Les limitacions que pateixen aquests nens varien segons l'error del metabolisme que presenten. Així, alguns infants pateixen malalties metabòliques que els obliguen a seguir una dieta restringida en proteïnes naturals. No poden menjar carn ni peix ni ous ni llet; tampoc pa ni pasta ni altres productes que continguin gluten. D'altres, en canvi, pateixen

defectes del metabolisme que els obliguen a seguir una dieta restringida en llet i derivats, o bé en fruites i verdures. I n'hi ha també que han de limitar molt la seva ingesta de greixos. Tots ells han de controlar molt la seva alimentació i han de seguir unes dietes molt estrictes per no emmalaltir greument o arribar a patir retard mental. En altres malalties en les que el tractament no es basa en dietes especials, el portal ofereix consells relacionats amb mides de suport per millorar la qualitat de vida dels pacients.

El portal guía metabólica conté informació acurada sobre cada malaltia i el seu tractament. També ofereix un espai, "La Cuineta", on les famílies poden aprendre a elaborar receptes saboroses i aptes per aquests nens, perquè són restringides en proteïnes, carbohidrats i greixos. A més, la web disposa d'un espai de contes per ensenyar als nens que, malgrat la seva malaltia, poden portar una vida normalitzada.

Servei de Comunicació
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona



Coneixement professional

Caso clínico: lesiones en piel

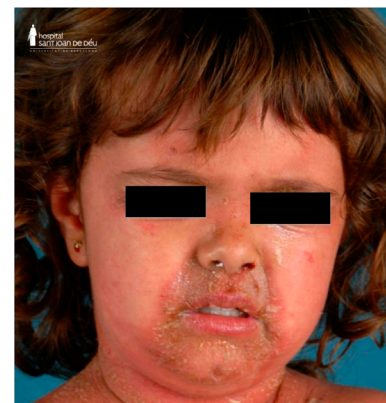
Paciente de 3 años y 7 meses que acude por presentar lesiones cutáneas pruriginosas de 3 días de evolución. Refieren que el cuadro se inicia con lesiones peribucuales que se han ido extendiendo progresivamente a tronco y genitales, junto con la aparición de febrícula en los últimos 2 días. Orientada inicialmente como dermatitis atópica, recibe tratamiento corticoideo (oral y tópico) junto con antihistamínicos, sin apreciar mejoría. No refieren picaduras de insecto, arañazos ni lesiones previas. Como antecedentes a destacar presenta una dermatitis atópica. En la exploración física se observa en la región peribucal la presencia de eritema, junto con costras melicéricas y labios fisurados. Discreto edema bipalpebral. Eritrodermia en tronco, pliegues y zona genital e inicio de descamación en ambas axilas. Presenta amígdalas hipertróficas, simétricas y con exudados. El resto de la exploración física por aparatos resulta normal. Se realiza una analítica sanguínea donde destaca una leucocitosis de $20400/\text{mm}^3$ (L 32'6/M 5'1/ NS 56), PCR $<5\text{mg/L}$ e hipertransaminasemia (ALT 317 UI/L, AST 75 UI/L). Equilibrio, ionograma, CKs normales. Faringotest negativo. Se recoge hemocultivo, frotis vaginal y perioral.

¿Qué diagnóstico le sugiere?



Comentario del caso clínico: síndrome de la piel escaldada

Se ingresa a la paciente y se instaura tratamiento endovenoso con amoxicilina-clavulánico y antihistamínicos para control evolutivo. Con la orientación diagnóstica de síndrome de la piel escaldada, se valora a la paciente conjuntamente con el servicio de dermatología y se recogen frotis de las siguientes localizaciones: faríngeo, axilar, perianal, ótico, nasal y conjuntival. En los tres últimos crecen colonias de *S. aureus* sensible a amoxicilina-clavulánico, entre otros gérmenes. Se añade tratamiento antiinflamatorio y colirio antibiótico. El hemocultivo resulta negativo. A las 72 horas del ingreso se repite analítica sanguínea, donde se objetiva disminución de la hipertransaminemia. Al sexto día de ingreso, la paciente presenta ya sólo signos descamativos, por lo que se decide dar de alta a domicilio y se completan 4 días más de tratamiento antibiótico oral.



El síndrome de la piel escaldada, también conocido como enfermedad de Ritter, es una enfermedad cutánea ampollosa causada por la toxina exfoliativa del *S. aureus* grupo II. Las dos toxinas principales descritas en seres humanos son ETA y ETB, ambas con actividad proteasa y epidermolítica, causando descamación intraepidérmica. Es más frecuente en niños menores de 5 años y lactantes, probablemente debido al menor aclaramiento de las toxinas por inmadurez del sistema renal. La infección inicial se suele localizar

en nasofaringe, conjuntiva y cordón umbilical y, desde aquí, la toxina pasa al torrente sanguíneo dando las manifestaciones clínicas a distancia características. El cuadro clínico suele iniciarse con una eritrodermia generalizada que suele ser más intensa en pliegues y, frecuentemente, se acompaña de fiebre, irritabilidad e hiperestesia cutánea. Posteriormente, se forman ampollas flácidas que tienden a romperse con facilidad (signo de Nikolsky positivo), ofreciendo la piel un aspecto descamado. El diagnóstico es clínico en la gran mayoría de los casos, asociado a la demostración del agente causal en frotis y cultivos del foco original (no existe septicemia, por lo que el hemocultivo suele resultar negativo y los frotis de las lesiones ampollosas también). La biopsia cutánea puede servir de ayuda en los casos dudosos, puesto que es típico hallar un despegamiento epidérmico muy superficial (a nivel de la capa granulosa). El pronóstico es generalmente bueno, y el tratamiento se suele iniciar con cloxacilina o amoxi-clavulánico endovenosos. El diagnóstico diferencial se debe realizar fundamentalmente con

la necrolisis epidérmica tóxica (también conocida como síndrome de Lyell), proceso desencadenado por fármacos. En este caso la mortalidad es más elevada, existe afectación de mucosas y en la histología se aprecia un despegamiento más profundo, a nivel de la unión dermo-epidérmica.

Bibliografía:

- Fernando A. Moraga Llop. "Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica". AEP.
- C. Ferrándiz. Dermatología clínica. Mosby, Doyma libros, 1996.
- A.P. Nso Roca, F. Baquero-Artigao, M.J. García-Miguel, M.I. de José Gómez, F.J. Aracil Santos y F. del Castillo Martín. Síndrome de la escaldadura estafilocócica. An Pediatr, 2008;68(2): 124-7.

Miriam Triviño, Sílvia Ricart
Hospital Sant Joan de Déu



Ondansetrón en el servicio de urgencias

La gastroenteritis aguda es un motivo de consulta muy frecuente en las urgencias pediátricas. En la mayoría de ocasiones el paciente se encuentra estable y sin signos de deshidratación por lo que nuestras recomendaciones van dirigidas a mantener el correcto estado de hidratación y a recomendar soluciones de rehidratación oral junto con una alimentación precoz con el objeto de prevenir la desnutrición.

No obstante, en algunas ocasiones el cuadro de gastroenteritis aguda debuta con vómitos que cursan de forma incoercible, de forma que resulta difícil la rehidratación oral y se llegan a presentar diferentes grados de deshidratación. Es en esta situación en la que cada vez más publicaciones recomiendan utilizar ondansetrón en el manejo de las gastroenteritis aguda en urgencias de pediatría.

¿Qué es el ondansetrón?

El ondansetrón es un antiemético potente y altamente selectivo antagonista de los receptores de la serotonina (5-HT₃). Se cree que actúa tanto a nivel central como periférico. En la gastroenteritis aguda se ha visto que el daño de la mucosa gástrica provoca la liberación de serotonina de las células enterocromafines del tracto gastrointestinal. Esta liberación de serotonina estimula los receptores 5-HT₃ que emiten unas señales al centro del vómito para inducirlo. El ondansetrón desactiva el centro del vómito a nivel del bulbo raquídeo y también bloquea los receptores de la serotonina en la zona quimiorreceptora, mecanismo que determina el cese de los vómitos producidos por liberación de serotonina.

Indicaciones y posología

Inicialmente las indicaciones aprobadas para el uso del ondansetrón eran los vómitos secundarios a la quimioterapia y los vómitos en postoperados.

En los últimos años múltiples estudios prospectivos llevados a cabo en Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP) muestran con claridad que puede ser utilizado en dosis única en los SUP para

facilitar la rehidratación oral en los pacientes que padecen vómitos incoercibles secundarios a una gastroenteritis aguda con deshidratación leve-moderada. En estos casos se ha visto que se obtiene una mejoría más rápida del estado de hidratación del paciente y se ha comprobado que disminuyen tanto la tasa de pacientes que necesitan rehidratación endovenosa, como la probabilidad de ingreso hospitalario, al tiempo que no existe mayor riesgo de enmascarar otros diagnósticos distintos o más graves en los pacientes que recibieron ondansetrón frente a los que no lo recibieron.

Así pues, actualmente en nuestro servicio de urgencias, se administra una dosis única de ondansetrón en aquellos pacientes mayores de 6 meses en los que se constata directamente una intolerancia oral (vómitos de repetición referido por los padres y 2 intentos fallidos de rehidratación oral en nuestro servicio) y que precisan rehidratación por deshidratación leve-moderada según el Score de Gorelick (score utilizado para valorar el grado de deshidratación), y siempre que se haya descartado, por la anamnesis y exploración física, un cuadro quirúrgico.

Se utiliza el ondansetrón bucodispersable a una dosis de 0,15-0,2 mg/kg, con un máximo de 8 mg. A los 15-20 minutos de la administración se inicia de nuevo la rehidratación oral con SRO-50 y se deja en urgencias un mínimo de 1-2 horas para constatar tolerancia oral adecuada.

En los casos en los que ya inicialmente se instaura perfusión endovenosa (deshidratación grave o afectación del estado general) se administra la misma dosis, en este caso por vía parenteral.



Es un fármaco muy seguro y con muy pocos efectos secundarios. No se han descrito efectos extrapiramidales en niños y el único efecto secundario descrito son las diarreas, aunque es difícil demostrar si es un efecto propio del fármaco o propio de la evolución natural de la enfermedad.

Bibliografía

1. Sturm JJ, Hirsh DA, Schwrickert A, Massey R, Simon HK. Ondansetron use in the pediatric emergency department and effects on hospitalization and return rate: are we masking alternative diagnoses?. Ann Emerg Med Epub 2009 Dec 22; doi: 10.1016/j.annemergmed.2009.11.011

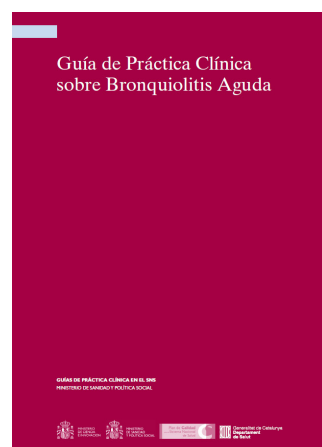
2. Ross De Camp L, Byerley JS, Doshi N, Steiner MJ. Use of antiemetic agents in acute gastroenteritis. A systematic review and meta-analysis. Arch Pediatr Adolesc Med 2008;162:858-65.
3. Freedman S, Adler M, Seshadri R, Powell E. Oral Ondansetron for gastroenteritis in a pediatric emergency department. N Engl J Med. 2006;354:1698-705.
4. Sánchez Etxaniz J, et al. Utilización de ondansetrón en urgencias de pediatría. An Pediatr (Barc). 2010. doi:10.1016/j.anpedi.2010.01.006.

Yolanda Fernández

Servicio de Urgencias Hospital Sant Joan de Déu



Actualización de la bronquiolitis aguda en la urgencia pediátrica



Pese a su elevada incidencia, siguen existiendo controversias respecto al manejo de la bronquiolitis aguda (BA), que generan una gran variabilidad en su abordaje por parte de los diferentes centros y profesionales sanitarios. Es por este motivo que un grupo de expertos reconocidos a nivel estatal han elaborado una Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre esta entidad, en la que se describe la evidencia científica

disponible en los diversos aspectos de la enfermedad, la cual se encuentra disponible en la red (http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_bronquiolitis_aatrm2010_vcompleta.pdf)

En la GPC se describen los principales criterios clínicos de gravedad (rechazo del alimento, la presencia de letargia, la historia de apnea, la taquipnea para la edad, el aleteo nasal, el tiraje grave, el quejido y la cianosis), los factores de riesgo para la evolución de la BA (edad inferior a 12 semanas y la presencia de co-morbilidades). En la revisión realizada por los autores de la GPC se constata que no existen escalas clínicas validadas para la valoración de la gravedad de la BA.

Las exploraciones complementarias no son necesarias en la BA típica, dado que su diagnóstico es clínico y debido a que la incidencia de co-infecciones bacterianas es baja, a excepción de la infección del tracto urinario. En los lactantes mayores de un mes de vida, el hemograma y los reactantes de fase aguda sólo están indicados ante la sospecha de una infección bacteriana potencialmente grave. El sedimento de orina se recomienda en los menores de 3 meses con BA y fiebre, y la determinación de VRS sólo es necesaria para ubicar al paciente en caso de ingreso, cuando no se puede ubicar en habitaciones individuales a cada uno de los pacientes.

Únicamente las nebulizaciones de suero salino hipertónico al 3% han demostrado un efecto beneficioso, puesto que permiten reducir la estancia hospitalaria en casi un día, por lo que es el único tratamiento farmacológico recomendado en los pacientes con BA. No se recomienda el uso rutinario

de broncodilatadores (adrenalina o salbutamol), aunque se contempla la posibilidad de realizar una prueba terapéutica y continuar con el tratamiento sólo si la respuesta es favorable. La literatura revisada coincide en que no se encuentran efectos beneficiosos en el uso de corticoides, antihistamínicos, mucolíticos o descongestionantes, por lo que su uso no está recomendado.

Respecto a la prevención de la enfermedad, el lavado de manos es la principal medida, tanto en la comunidad como en el ámbito sanitario. Se recomienda evitar la exposición al humo del tabaco, así como el tabaquismo materno durante la gestación; y se ha constatado que la lactancia materna es un factor protector frente a las infecciones respiratorias, al tiempo que reduce el riesgo de hospitalización por VRS.

Respecto a la evolución a largo plazo de la BA, sabemos que estos pacientes pueden presentar sibilantes recurrentes, aunque se desconoce si los sibilantes recurrentes son secundarios al daño causado por la infección o si existe una predisposición genética o ambiental previa.

SIBILANCIAS		0 No			
O ESTERTORES		1 Sibilancias espiratorias/Crepitantes inspiratorios			
		2 Sibilancias/Crepitantes inspiratorios-espiratorios			
TIRAJE		0 No			
		1 Subcostal + intercostal inferior			
		2 Previo + supraclavicular + aleteo nasal			
		3 Previo + intercostal superior + supraesternal			
ENTRADA DE AIRE		0 Sin alteraciones			
		1 Regular, simétrica			
		2 Asimétrica			
		3 Muy disminuida			
Sat O ₂		Sin oxígeno		Con oxígeno	
0		≥95 %		≥95 % sin O ₂	
1		91-94 %		>94 % con FIO ₂ ≤40 %	
2		≤90 %		≤94 % con FIO ₂ 40 % FIO ₂ >40 %	
		0	1	2	3
FR	<3 meses	<40/min	40-59/min	60-70/min	>70/min
	3-12 meses	<30/min	30-49/min	50-60/min	>60/min
	12-24 meses	<30/min	30-39/min	40-50/min	>50/min
FC	<1 año	<130/min	130-149/min	150-170/min	>170/min
	1-2 años	<110/min	110-120/min	120-140/min	>140/min

FR: frecuencia respiratoria; FC: frecuencia cardiaca.

Figura 1. Score Hospital Sant Joan de Déu de bronquiolitis aguda.

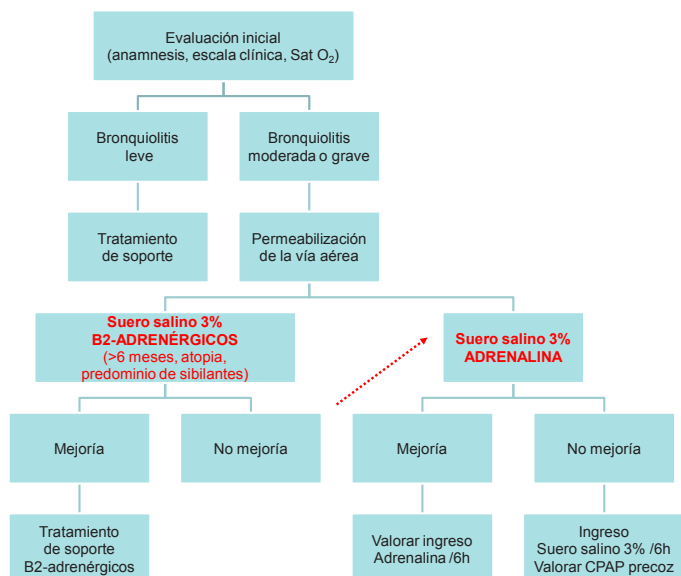


Figura 2. Propuesta de algoritmo de manejo en la bronquiolitis aguda.

Bibliografía recomendada

Levine DA, Platt SL, Dayan PS, Macias CG, Zorc JJ, Krief W et al. Risk of serious bacterial infection in young febrile infants with respiratory syncytial virus infections. *Pediatrics*. 2004; 113; 1728-1734.

Estudio prospectivo multicéntrico en el que se incluyen 1248 pacientes de edad inferior a los 2 meses que han presentado fiebre, 269 de ellos con infección por VRS. La incidencia de IBPG es menor en los pacientes con infección por VRS respecto a aquellos que no la tienen (7% vs 12.5%), no obstante en los menores de 28 días de vida la incidencia de

IBPG es significativa y no se modifica por la presencia de infección por el VRS, cosa que justifica un estudio completo de estos pacientes.

Plint AC, Johnson DW, Patel H, Wiebe N, Correll R, Brant R et al; Pediatric Emergency Research Canada (PERC). Epinephrine and dexamethasone in children with bronchiolitis. *N Engl J Med*. 2009 May 14;360(20):2079-89. ECC

Ensayo clínico controlado multicéntrico a doble ciego que incluye 800 pacientes con BA. El ensayo tiene 4 ramas de tratamiento (nebulización de 2 dosis en urgencias más tratamiento oral en dosis única diaria durante 6 días iniciado en urgencias): adrenalina-dexametasona, placebo-dexametasona, adrenalina-placebo, placebo-placebo. Se encuentra una menor tasa de ingreso en los pacientes de la rama adrenalina-dexametasona, aunque esta relación pierde la significación estadística en el análisis ajustado para múltiples comparaciones, y no se encuentra efecto en las otras ramas de tratamiento.

Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Wainwright C, Klassen TP. Nebulized hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;(4):CD006458. Review.

Metanálisis que valora el efecto de la nebulización con suero salino hipertónico al 3% en los pacientes con BA. Incluye 4 estudios, 3 de ellos realizados en pacientes hospitalizados. Concluye que este tratamiento disminuye la estancia hospitalaria en aproximadamente un día y no detecta efectos perjudiciales

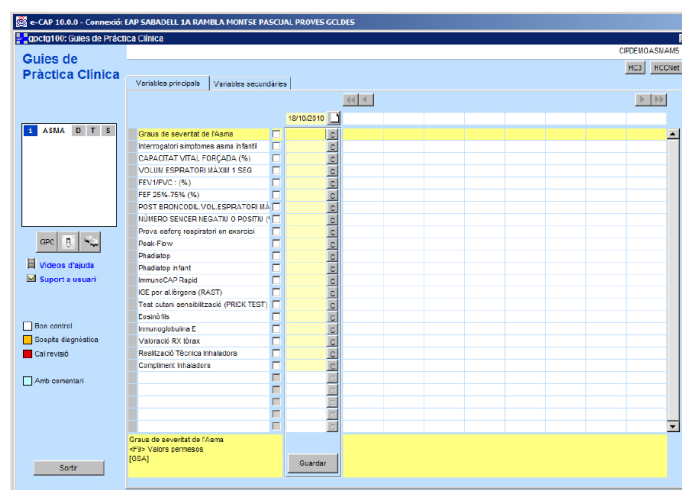
Gemma Claret Teruel, Marta Simó Nebot, Carles Cubells
Urgències Hospital Sant Joan de Déu Barcelona



Guia de practica clínica d'asma infantil informatitzada. Una nova eina per l'Atenció Primària

La Guia de Pràctica Clínica d'Asma Infantil informatitzada (GPC @) neix com un element de suport a la pràctica diària del pediatre d'atenció primària en aquesta patologia tan prevalent. S'han codificat els coneixements consensuats en la Guia d'Asma Infantil publicada per l'ICS, els quals s'han transformat en algorismes de decisió que es defineixen en pantalles de diagnòstic, tractament i seguiment de la malaltia. La GPC@ s'activa de forma voluntària des de l'eCAP, presenta elements de suport (com gestió d'activitats recomanades) i, pendents de realitzar, consells per als pacients, incorporació de resultats d'anàlitzes i d'espirometries. En l'apartat del tractament incorpora el concepte de "fàrmac favorit de cada metge" (principi actiu més prescrit per cada pediatre en la pantalla de prescripcions), que té per objecte crear una eina que permeti reduir la variabilitat i millorar la seguretat.

Si voleu veure quin és el funcionament d'aquesta eina, us convidem a que cliqueu l'enllaç



Guia de pràctica clínica

Enllaç al document (pdf)

Marisa Ridao (Pediatra, ABS Sant Vicenç dels Horts),
Emili Fos (Pediatre, Equip Territorial de Pediatria de l'Alt Penedès).



Clorhexidina versus povidona iodada

Els antisèptics s'utilitzen per a disminuir la colonització de pell i mucoses per microorganismes i així evitar la infecció sobre tot en dues situacions: ferides obertes i procediments invasius com són la canalització venosa, intervenció quirúrgica o punció diagnòstica. Els agents antimicrobians utilitzats en solucions antisèptiques més freqüentment a pediatria són: l'alcohol, la povidona iodada i la clorhexidina. La clorhexidina s'utilitza cada vegada més, tant al medi hospitalari com a l'Atenció Primària.

S'han realitzat diversos estudis comparant l'eficàcia de la clorhexidina enfront de la povidona iodada en el control d'infeccions en diversos procediments.

El CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) ha recomanat l'ús de preparats de clorhexidina al 2%, per davant de la povidona iodada, en la neteja del lloc d'inserció de catèters vasculars¹. Recentment, un estudi randomitzat realitzat a la Facultat de Medicina Baylor ha revelat que la clorhexidina alcohòlica és més eficaç que la povidona iodada en la prevenció d'infecció de la zona quirúrgica en pacients sotmesos a cirurgia neta-contaminada¹. Aquesta superioritat de la clorhexidina respecte a la povidona sembla estar en relació amb una major rapidesa d'acció, persistència d'activitat, malgrat s'exposi a fluids corporals, i major efecte residual.

Propietats de la clorhexidina

- Ampli espectre antimicrobià: bacteries Gram positives, bacteries Gram negatives (menys eficaç davant *Proteus spp* y *Pseudomonas Spp*), fongs i virus.
- Disminució efectiva en la taxa de colonització cutània a menys de la meitat.
- Absorció sistèmica pràcticament nul·la.
- Inici d'actuació ràpid (30 segons).
- Considerable permanència de la seva activitat o acció residual (6 hores).
- Eficàcia antisèptica en solució al 0,5%-1% (acció bactericida ràpida).

Indicacions de la Clorhexidina

La clorhexidina s'utilitza en forma de sals, essent el digluconat la més soluble en aigua i alcohols. Existeixen diferents preparats comercials de gluconat de clorhexidina amb diverses concentracions. Es poden preparar solucions alcohòliques (amb alcohol isopropílic al 70%, per exemple) o aquoses. El tipus de solució a utilitzar i la seva concentració depenen de la seva indicació. Aquestes son algunes de les indicacions de la clorhexidina:

Clorhexidina 0,05% aquosa: per a desinfecció obstètrica, ferides i cremades²⁻⁴. Especialment indicada en la higiene i cura de la zona de l'episiotomia⁴, ja que es recomana evitar l'ús d'antisèptics iodats en el període perinatal per a prevenir l'aparició d'hipotiroidisme transitori en el nounat. L'administració tòpica de povidona iodada està contraindicada durant la lactància, ja que el iode es concentra activament en la glàndula mamària, passant al nounat a través de la llet materna⁴.



Clorhexidina 0,05% en glicerol: per a lubricació de catèters i desinfecció uretral³.

Clorhexidina 0,5% en alcohol etílic o isopropílic de 70%: per a desinfecció preoperatòria de la pell intacta⁵.

Clorhexidina 1% alcohòlica: per a cures del cordó umbilical⁵.

Clorhexidina 4% en emulsió amb agent escumant: rentat prequirúrgic de mans i com antisèptic general per a profilaxis³.

Clorhexidina film: desinfecció de cremades lleus, petites ferides superficials, clivelles i excoriacions².

Advertències especials⁵

- Rarament es produeix irritació, dermatitis o fotosensibilitat
- No s'ha d'utilitzar per a l'antisèpsia de zones de punció o d'injecció, ni en el cas de ferides profundes i extenses.
- Les solucions aplicades a ferides o cremades s'hauran d'esterilitzar.
- La clorhexidina només s'ha d'utilitzar sota prescripció facultativa en nens menors de 30 mesos.
- No aplicar en ulls o oïdes (risc d'ototoxicitat i dany corneal).
- Les dilucions aquoses, una vegada obertes, hauran de renovar-se setmanalment i protegir de la llum i de la calor.

Bibliografia

1. Darouiche RO, Wall MJ (Jr), Itani KMF et al. Chlorhexidine-Alcohol versus Povidone-Iodine for Surgical- Site Antisepsis. *N Engl J Med* 2010; 362: 18-26.
2. Ficha técnica de la clorhexidina. <http://pfarmals.portalfarma.com/default.asp> y <http://www.agemed.es>.
3. <http://www.sefap.org/modules.php?name=enlaces&file=martindale>.
4. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Andalucía .2005
5. Hoja de Evaluación de Medicamentos. Servicio de Farmacia Gerencia Atención Primaria Torrelavega-Reinosa. Cantabria. 2007 <http://www.scsalud.es/publicaciones/descargar.php?Id=3&Id2=26>.

Susana Gutiérrez

Referent de Pediatria SAP Esquerra de Barcelona
Institut Català de La Salut



Infermeria pediàtrica vs infermeria familiar i comunitària



L'organització Mundial de la Salut (OMS), amb la proposta "**Salut per a Tots en el segle XXI**", en el seu marc polític de salut per a la Regió europea, marca un objectiu concret: "iniciar la vida en bona salut"; i recomana unes estratègies per a la seva consecució dirigides al nen, a l'adolescent, família i àmbit educatiu,

marcant unes metes per a l'any 2020, que s'ha tingut en compte per a l'elaboració del programa formatiu de la especialitat d'infermeria pediàtrica.

La infermeria pediàtrica actual ha de donar resposta a la necessitat de personalitzar les cures i afavorir la seva coordinació entre els diferents nivells assistencials. Aquest enfocament humanístic de l'especialitat, possibilita recuperar les cures tradicionals; fomenta el vincle afectiu, l'utilització del massatge i el tacte; potencia la lactància materna i la incorporació dels pares en les cures i tractament del nounat, nen i adolescent; te presents els factors culturals, l'escolarització del nen; i te especial interès en l'educació per a la salut.

Competències de la infermeria pediàtrica

El programa (ORDEN SAS/1730/2010 de 17 de junio) estableix que la infermera especialista en Pediatria "*és el Professional capacitat per proporcionar les cures de infermeria de forma autònoma, durant la infància i adolescència, en tots els nivells d'atenció, incloent la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i l'assistència al nou nat, nen o adolescent sa o malalt, així com en la seva rehabilitació, dins d'un equip multi professional i en col·laboració amb infermeres especialistes d'altres àrees*".

Tan mateix, és el professional que, amb una actitud científica responsable, "exercirà el lideratge en l'àmbit de les cures del nounat, nen i adolescent sa i amb processos patològics aguts, crònics o discapacitants, estant capacitat per planificar, executar i avaluar programes de salut relacionats amb la seva especialitat i desenvolupar treballs d'investigació i docència per a millorar la qualitat dels serveis i col·laborar en el progrés de l'especialitat"

En el Pla formatiu d'aquesta especialitat s'estableixen un total de 28 competències agrupades en 5 apartats: competències en comunicació, competències en gestió clínica, competències docents, competències d'investigació, competències d'intervenció.

La formació clínica de la infermera resident de pediatria, se desenvolupa a l'Atenció Primària i a l'Atenció especialitzada, seguint la següent distribució en les rotacions: Atenció Primària, 7 mesos; Urgències pediàtriques, 2 mesos; Unitat neonatal, 2 mesos; Cures intensives Neonatals, 3 mesos; Cures intensives Pediàtriques, 3 mesos.

Competències de la infermeria familiar i comunitària

Segons el programa formatiu (ORDEN SAS/1729/2010 de 17 de junio), "la missió de la infermera familiar i Comunitària, és la participació Professional en les cures compartides de la Salut de les persones, les famílies i les comunitats, en el "continu" del seu cicle vital i en els diferents aspectes de promoció de la salut, prevenció de la malaltia, recuperació i rehabilitació, en el seu entorn i context sociocultural"

Les competències avançades d'aquesta especialitat, es poden agrupar en els següents apartats: competències vinculades a l'atenció familiar i comunitària, competències vinculades a la salut pública i comunitària, competències vinculades amb la docència, competències vinculades amb la gestió de cures, competències vinculades amb la investigació.

El temps de formació de la infermera resident Familiar i comunitària es desenvoluparà en el centre de salut al menys en un 60% del temps, en el que el resident portarà a terme activitats, tant a la consulta com en els domicilis dels pacients, així com en altres dispositius, organitzacions i institucions existents a la comunitat. Durant el primer any portarà a terme una rotació d'almenys 4 mesos en el centre de salut i finalitzarà el segon any de la mateixa manera. La resta de temps es distribuirà pels **dispositius de rotació**: centre de salut mental d'adults i infanto-juvenil, hospital, unitat educació diabetològica, escola, consulta jove, institut de secundària, unitat de valoració de dependència, centre d'orientació familiar, centre comunitaris d'atenció a la Gent Gran (centres de dia, geriàtrics), unitats de coordinació socio-sanitària, centre d'orientació familiar, dispositius de seguiment al part i embaràs a l'Atenció Primària, obstetrícia i sala de parts a l'hospital, urgències i atenció continuada, urgències pediàtriques hospitalàries, servei d'atenció urgent hospitalari, servei de transport sanitari urgent, Unitat d'epidemiologia, unitat de programes (Conselleria de salut), unitats de salut ambiental i ONG

Reflexió

Cal assenyalar que les competències de la infermera Pediàtrica abasten des del primer nivell d'assistència en l'àmbit de l'atenció Primària, fins a la més alta complexitat en l'atenció especialitzada (no són exclusives d'aquesta última, com en un principi s'havia postulat) En ambdós casos l'atenció va dirigida al nounat, nen, adolescent i l'atenció a les seves respectives famílies. Això implica que, finalitzada l'especialitat de Pediatria, aquest professional estarà capacitat per elaborar, executar i avaluar programes de salut, implantar plans de cures, així com desenvolupar treballs d'investigació i docència per millorar la qualitat dels serveis a qualsevol dels dos àmbits d'actuació.

Comparant les competències d'ambdues especialitats, en la de Familiar i Comunitària hi ha competències comunes a la especialitat de Pediatria, però també incorpora competències clíniques d'atenció a la gent gran i atenció a l'etapa adulta, ja que "la missió de la infermera familiar i Comuni-

tària, és la participació professional en les cures compartides de la Salut de les persones, les famílies i les comunitats, en el continu del seu cicle vital”.

Davant de la disjuntiva de quina de les dues especialitats fer, optar per una o l'altra dependrà de les expectatives individuals, la trajectòria professionals i de futur, que cadascú de nosaltres pugui tenir.

Montserrat Gajans Mengod

Infermera Línia pediatria Montnegre. SAP Esquerra. Barcelona. Institut Català de la Salut



Què hi ha de nou en Vincles?

Vincles amb el Territori: l'Aliança com Estratègia



La Teoria de Jocs és una branca de la Matemàtica amb aplicacions a l'Economia, Sociologia, Biologia i Psicologia, que analitza les interaccions entre individus que prenen decisions en un marc d'incentius formalitzats (joc). Un dels matemàtics de major importància històrica en el desenvolupament d'aquesta teoria va ser John Nash, Premi Nobel d'Economia l'any 1994, la biografia del qual va ser portada al cinema en la pel·lícula “Una ment prodigiosa”, l'any 2001. La Teoria de Jocs és una eina que permet analitzar problemes d'optimització interactiva i té moltes aplicacions en ciències socials, de manera que la major part de les situacions estudiades per la teoria de jocs impliquen conflictes d'interessos, estratègies i trampes. Especialment interessants són les situacions en que es pot obtenir un resultat millor quan els agents cooperen entre si, que quan els agents intenten maximitzar únicament el seu resultat individual. Aquestes situacions es caracteritzen perquè les decisions d'uns jugadors afecten al resultat obtingut pels altres i perquè, a priori, es desconeix quina decisió escolliran els altres jugadors.

Des fa anys el Hospital de Sant Joan de Déu ha explicat quina és la seva estratègia per interaccionar amb la resta de proveïdors de l'atenció pediàtrica en els territoris on participa: l'aliança. Aquesta estratègia s'ha pogut desplegar conjuntament amb ells, que coincidien en l'enfocament col·laboratiu,

i ha donat lloc al Programa Vincles. Aquest programa incorpora diferents tipus d'eines de cooperació: consultoria mitjançant correu electrònic, cursos d'actualització, sessions de protocol·lització, programes d'assistència compartida (obesitat infantil), compartir professionals, diferents fórmules pel desenvolupament de serveis de pediatria territorial (Alt Urgell, Alt Penedès)...o la pròpia revista Nous Vincles.

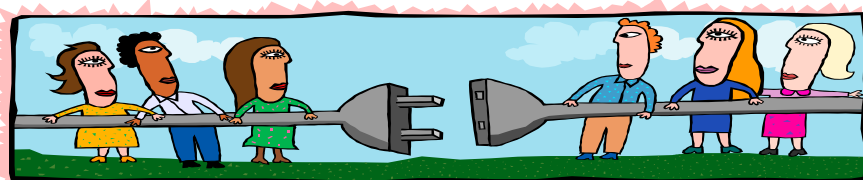
Els que hem ajudat a desenvolupar el Programa Vincles pensem que només es guanya quan guanya la globalitat. El marc més adient per la cerca d'aquestes solucions de major benefici mutu és el territori, l'entorn on els ciutadans gaudeixen d'un grup de proveïdors de salut propers i amb una articulació creixent. Els proveïdors territorials ben connectats entre si i connectats també amb els recursos de més complexitat (que poden trobar-se fora del territori per raons d'efectivitat i eficiència del conjunt del sistema), representen l'opció idònia per obtenir els millors resultats sobre la salut de la població a un preu raonable. A aquest esforç de millora de l'atenció pediàtrica a cada territori, és al que en els últims temps estem dedicant més esforços. Passem per diverses fases, que poden tenir ritmes diferents segons el territori: una fase de diagnòstic de situació (per fer el màxim explícita possible la situació de partida); una fase d'establiment d'un pla de millora consensuat entre els diferents proveïdors (a partir dels problemes identificats); i la més important, una fase d'implantació i seguiment del pla de millora. Aquest procés de millora requereix d'uns elements imprescindibles que estan relacionats entre si i que es construeixen progressivament a partir de fets: la confiança en la bona voluntat de tothom; i la tolerància davant dels errors dels altres. Ambdós elements són extremadament fràgils, però, en la línia del que estableix la Teoria de Jocs, són les condicions necessàries perquè es pugui cercar l'opció que més benefici global comporta.

Josep Lluís Vega

Adjunt Direcció Mèdica
Hospital Sant Joan de Déu



**Endolla't
a
Nous
Vincles !!!**



El passat 6 d'octubre va tenir lloc a l'Hospitalet de Llobregat la 2a edició del Cus d'Infermeria Pediàtrica a l'AP Costa de Ponent 2010



El curs, al qual van assistir un total de 40 professionals d'infermeria, va ser organitzat pels membres de la Comissió de Pediatria Costa de Ponent. La seva finalitat va ser revisar i actualitzar coneixements, habilitats pràctiques i metodologia necessàries per a realitzar algunes de les tasques diàries de les infermeres pediàtriques en Atenció Primària. Aquesta trobada també va facilitar la coordinació entre els professionals d'infermeria pediàtrica de l'àmbit hospitalari i els de l'atenció primària.

Els diferents temes tractats van provocar un interessant debat i fins i tot, en algun cas, certa divergència d'opinions entre els ponents i els assistents, elements que van enriquir el curs.

M^a Mercè Fernández, infermera de l'EAP Garraf Rural, va parlar sobre la Metodologia infermera (NIC, NOC) en la pràctica diària, exposant, pas a pas, com s'ha de fer un pla de cures. Després es va abordar "l'Atenció d'infermeria al nen i a l'adolescent en processos aguts a l'Atenció Primària". Van presentar la sessió tres infermeres que col·laboren en el grup de gestió de la visita espontània de l'ICS: Xuss Galeote, infermera de la Línia Pediàtrica Maragall (Barcelona), Montse Gili, infermera del CAP Guineueta (Barcelona) i Fuensanta

Mesa, infermera de l'EAP Viladecans-1. Maira Rodríguez i M^a José Molina, infermeres de l'Hospital St. Joan de Déu, i Jordi Rico, infermer de l'EAP Molins de Rei van preparar una sessió multimèdia i una sèrie de casos pràctics que necessitaven la intervenció dels assistents a la seva ponència "Alletament matern, casos pràctics i situacions difícils". Per tancar el curs, Raül Capillas, infermer de l'EAP Sant Josep, del SAP l'Hospitalet va fer una presentació teòrica sobre l'"Actualització en cures pediàtriques: novetats en apòsits".

Si voleu accedir a les presentacions cliqueu en els enllaços del quadre següent:

- Metodologia Infermera (NOC – NIC) en la pràctica diària. Casos pràctics.
- Atenció Infermera al nen i a l'adolescent en processos aguts a l'A.P .
- Alletament matern, casos pràctics i situacions difícils.
 - Prematuros e icterícia.
 - Evaluación de una toma.
 - Bessons i escàs guany ponderal.
 - Documentos carpeta asistentes al curso.
 - Gràfiques de creixement.
 - Vídeos [1], [2], [3], [4], [5], [6]
- Actualització en cures pediàtriques. Novetats en apòsit.

M^aCèlia Pujol Puyané
Adjunta d'Infermeria Equip de
Pediatria Alt Penedès



Cursos de l'Àula de Pediatria

Aquesta és la proposta d'alguns cursos de l'Àula de Pediatria de l'Hospital Sant Joan de Déu pel proper trimestre:

- Psicofarmacologia en la infancia y la adolescencia.
26 de gener de 2011
- Il Curso teórico-práctico de actualización en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de niños y adolescentes con TDAH y sus comorbilidades.
4 de febrer de 2011
- I Curs-taller d'expertesa en extraccions de sang a pediatria.
7 de febrer de 2011
- III Curso de avances en gastroenterología, hepatología y nutrición.
17 de febrer de 2011
- Curso de actualización en diagnóstico y tratamiento en endocrinología pediátrica.
14 d'abril de 2011



Si voleu més informació:

Ana Sáez

Direcció Docència / Àula de Pediatria

Hospital Sant Joan de Déu

Telèfon 932532130

FAX 932804179

direcciodocencia@hsjdbcn.org



Empatía y sufrimiento en los profesionales que tratan con niños que padecen enfermedades graves (primera parte)

“Ninguna persona es una isla. La muerte de cualquier hombre me disminuye, porque yo formo parte de la humanidad; por tanto nunca preguntes por quién doblan las campanas: doblan por ti”.

John Donne



Esta frase de *John Donne*², una de las más célebres de la literatura inglesa, muestra como el dolor ajeno, el sufrimiento ajeno en cualquiera de sus expresiones, es nuestro propio dolor, nuestro propio sufrimiento. Son palabras que se dirigen al núcleo del vínculo existente entre la empatía y el afecto.

La empatía, llamada también inteligencia interpersonal³, es la capacidad cognitiva de percibir en un contexto común lo que otro individuo puede sentir. Podría describirse como una especie de sintonía con la interioridad de la persona con quien se dialoga o se trata, la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar, y responder correctamente a sus reacciones emocionales. En la práctica asistencial, se aplicaría a la peculiar relación entre profesionales y pacientes. Simplificando mucho, un médico con capacidad de empatía podría percibir adecuadamente lo que el paciente siente en su interior.

Creo apropiado utilizar el término “empatía” porque en él quedan reflejados tres dimensiones importantes: la asistencial, la relacional y la ética. La dimensión “asistencial”, de inestimable ayuda para sintonizar con las vivencias y sufrimiento del paciente y base del desarrollo de la “intuición” (entendida como el conocimiento directo e inmediato). La dimensión “relacional”, base de la comprensión, ya que ponernos en lugar del otro es el pilar fundamental de la comunicación. Y por último, la dimensión ética, desarrollada en la obra de *Martin L. Hoffman*⁴, donde se asientan los principios de la responsabilidad y del compromiso.

En la relación asistencial tanto la empatía como el sufrimiento ajeno tienen una prioridad absoluta. Pero es en esta interacción con el sufrimiento, con la vulnerabilidad ajena, donde ponemos en juego nuestra propia vulnerabilidad (la vulnerabilidad y el sufrimiento son inherentes al ser humano), y es por lo que el trabajo con personas vulnerables, como son los niños afectados de enfermedades graves, se describe como un problema de alto riesgo. Es así como, en las profesiones sanitarias, donde se requiere mucha empatía, el ejercicio continuado de la misma suele provocar su degradación, el cansancio o desgaste emocional, el llamado síndrome de “burn-out”.

Cuando hablamos de estrés o de depresión, el foco está puesto en los problemas personales del profesional, pero cuando hablamos de desgaste o agotamiento profesional estamos diciendo que no se trata de trastornos psicológicos individuales,

sino de reacciones que presentan todas las personas que trabajan en contacto con estas problemáticas, que pueden asociarse a determinadas condiciones laborales.

Repasemos algunos conceptos fundamentales para poder entender el problema del “desgaste” en los equipos:

1. **Contaminación temática:** efecto que tiene sobre las personas el trabajo con temas de alto impacto emocional, como es el sufrimiento en todas sus formas.
2. **Traumatización vicariante:** reproducir en uno mismo la situación y sufrimiento que los pacientes y/o sus familias nos reportan.
3. **Traumatización de los equipos:** reproducción en el grupo de trabajo de las dinámicas del circuito de sufrimiento.

Los profesionales, los seres humanos que ejercemos la función de “cuidar”, somos, antes que nada, personas y, como tales, también somos vulnerables y podemos requerir ser cuidadas.

Cuidar de los profesionales, cuidar de los “cuidadores”, es fundamental para que cada cual pueda ejercer su labor de un modo óptimo y continuado. Esta no es únicamente una labor personal, sino que debe ser ampliada a los equipos y a las instituciones responsables de los cuidados, con la finalidad de proteger del estrés y del agotamiento al perso-



nal sanitario, se ha de posibilitar el desarrollo de estrategias de abordaje y de protección y poner de relieve el concepto de “desarrollo de factores protectores”, la necesidad de “cuidarse para poder cuidar a otros”, que comienza por el autocuidado y el cuidado de los equipos bajo una premisa fundamental: el reconocimiento de la propia vulnerabilidad, o lo que es lo mismo, reconocerse como personas y equipos en riesgo.

La sensibilización psicológica de las personas y de los equipos que tienen como tarea el cuidado del niño gravemente enfermo se hace fundamental, tanto para poder entender las peculiaridades emocionales de estos y de su entorno, como para realizar un desarrollo constructivo de las habilidades personales de cara al acercamiento y comprensión de los mismos, pero teniendo en cuenta el compromiso emocional que se tiene con ellos, y las dificultades de comunicación y vinculación derivadas del mismo, que nos enfrentan con nuestras propias dificultades personales, con nuestra propia historia y nuestros propios temores.

Los criterios expuestos pueden prestarse a confusión, en cuanto pueden ofrecer una concepción victimista o patológica del mundo donde se concibe al ser humano como débil frente a las desgracias. Pienso que el ser humano se hace fuerte y es capaz de aprender de todas sus experiencias. Y si bien es cierto que hemos de tener en cuenta la vulnerabilidad como un principio ético descriptivo y fundamental en

las relaciones humanas, no es menos cierto que de ella se derivan otros dos principios fundamentales y ya mencionados: la responsabilidad y el compromiso. La responsabilidad es definida como “el deber de cuidar y preocuparse del otro vulnerable” (F. Torralba), y el compromiso caracteriza a las personas que poseen tanto las habilidades como el deseo de enfrentarse exitosamente a situaciones de ansiedad. Estas cualidades contribuyen a mitigar las amenazas percibidas de cualquier estímulo estresante, en áreas específicas de la vida y permiten a los profesionales asistenciales percibir en muchos de los acontecimientos estresantes consecuencias predecibles debidas a su propia actividad y, en consecuencia, manejar los estímulos en su propio beneficio.

Bibliografía

- Gabaldón S. *Terminalidad y muerte en el niño*. Revista Labor Hospitalaria, Nº 258, pags 289 - 293. Barcelona, Diciembre de 2000.
- Gardner, H. *Inteligencias múltiples. La teoría en la práctica*. Paidós, Barcelona, 1998
- Hoffman, M.L. *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. New York: Cambridge University Press, 2000.
- Torralba, F. *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y Problemas*. Fundación Mapfre Medicina. Madrid, 2002.

Sabel Gabaldón¹

¹ Psiquiatra, Máster en Bioética. Jefe de sección de psiquiatría del Hospital Sant Joan de Déu. correo electrónico: sgabaldon@hsjdbcn.org

² Fragmento de “*Devociones para ocasiones emergentes*” (escrito por John Donne en 1624).

³ Dentro de la “*Teoría de las Inteligencias Múltiples*” de Howard Gardner (1983).

⁴ Este autor, en su libro “*Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice*” (2000), sostiene que en la empatía se asientan las raíces de la moral y la cuna del altruismo y de la justicia social.



KidsHealth®

Consells per a PARES

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/general/sad_esp.html

Congelaciones

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/seguridad/frostbite_esp.html

Consells per a NENS

http://kidshealth.org/kid/en_espanol/sentimientos/self_esteem_esp.html

La timidez

http://kidshealth.org/kid/en_espanol/sentimientos/shy_esp.htm

Consells per a JOVES

Ansiedad ante los exámenes

http://kidshealth.org/teen/en_espanol/mente/test_anxiety_esp.html



**Dr. Santi
García-Tornel**

El portal KidsHealth ofereix una font inesgotable de recursos educatius de gran utilitat a la consulta diària. Aquest mes m'he permès de seleccionar els següents:



Tú con quién vives. Familia o “núcleos de convivencia”

La estructura y el tamaño de los hogares han variado: las personas viven hasta más avanzada edad, tienen menos hijos y conviven con menos personas en sus hogares. La libertad y la igualdad han sustituido a los valores tradicionales de la autoridad y obediencia, destruyendo las bases de la familia patriarcal y dando paso a una nueva familia democrática. La igualdad entre los hombres y las mujeres, así como el aumento de libertad para todos, ha elevado la autonomía de las mujeres, de los jóvenes y han mejorado los niveles de vida, la decisión de tener hijos, la convivencia en los hogares, la relación entre generaciones, el trabajo doméstico y el trabajo fuera de casa, entre otros han transformado la familia en España en las últimas décadas.

No hay datos fidedignos según autonomías y si el medio es rural, semi -rural o urbano. Las nuevas formas familiares son diversas: **a) Hogares unipersonales:** Los hogares formados por una sola persona, ya existían en las sociedades preindustriales. Sin embargo, este colectivo está creciendo a un ritmo rápido actualmente. Esta tendencia es al alza y bastante generalizada. Generalmente formadas por mujeres mayores de 65 años (44%). Entre los hombres y mujeres mayores de 65 años, que viven solos representan el 54 % de la población total de hogares unipersonales.

Esto representa un problema importante para cualquier economía de cualquier país; es una población que necesitan de muchas atenciones y se requiere de una economía elevada para mantenerlos. Algo menos de la mitad de estos hogares unipersonales están formados por jóvenes que se independizan de sus familias en mayor número que separados y divorciados. **b) Matrimonios o parejas sin hijos.** Hay que distinguir por un lado, los formados por matrimonios jóvenes, recién casados. Por otro lado, los matrimonios que no desean tener hijos, o los que una persona del matrimonio es estéril. También están los llamados de “nido vacío”, en los que los hijos se casan y se van de la casa (forman $\frac{3}{4}$ partes de los matrimonios sin hijos). La tasa de nupcialidad ha descendido y el número de parejas no casadas se ha triplicado. **c) Matrimonios homosexuales.** De reciente aceptación legal en nuestro país. En el caso de las lesbianas pueden optar por un hijo biológico y los gays por la adopción. **d) Familias monoparentales.** Están formadas por una figura materna o paterna y los hijos. Se producían por la muerte de uno de los padres y los hijos se quedaban a cargo del otro. Actualmente están formadas en España por familias en las que los cónyuges se separan. Así, el exmarido se va a vivir a otro lugar y la ex - mujer forma un núcleo monoparental con los hijos. También están formados por madres solteras; madre o padre que vive con sus hijos solteros o hijas solteras. **e) Familias adoptantes.** La esterilidad o el deseo de bondad han permitido la integración de miles de niños de diferentes etnias en parejas o personas solteras.



Tendencias de la familia en 2009

Concentración tardía y disminución de la natalidad. Los hijos se tienen en el final periodo fértil de la mujer ("nido sin usar") y en menor número. Según el Instituto de Política Familiar (IPF) el número de divorcios casi supera al de uniones legales. Según el INE la duración del matrimonio medio es de 15,55 años y en 2007 se produjeron 137.451 rupturas matrimoniales (nulidades separaciones y divorcios) con una tasa de ruptura de 3.04 de cada mil habitantes. La duración media de un proceso de divorcio es de 4,64 años. La ley del "Divorcio-Express", favorece la ruptura familiar (141.108 rupturas en el 2007) con un promedio de una cada 3,7 minutos -387 matrimonios/día y desde el año 1981 se han producido 1.066.060 divorcios afectando a más de 1.750.000 niños. España es el país de la UE con mayor tasa de rupturas/matrimonios. Para el 2015, teniendo en cuenta el histórico actual y las consecuencias de la entrada en vigor de la anunciada ley del aborto libre en las 12 primeras semanas de embarazo, se producirán más de 232.000 abortos anuales – uno cada 2,3 minutos.

Se está produciendo a un importante crecimiento de los hogares no familiares. La tasa de abortos está aumentando en menores y mujeres jóvenes. La "familia" actual está en crisis de crecimiento del número de divorcios, disminución de la nupcialidad, caída de la natalidad, reducción del tamaño de la familia, factores culturales, inmigración, valoración negativa de la familia por parte de los medios de comunicación, problemas para compaginar trabajo y vida familiar, malos tratos y disociación entre sexualidad y matrimonio.

La familia es una estructura social y cultural en crisis que se está reestructurando en un nuevo "modelo de familia" o de relación interpersonal, porque hay una sociedad en transformación que no ha acabado de concluir. La antigua y sólida familia nuclear se fragmenta en formas familiares atípicas, formas pseudo familiares, familias monoparentales, familias unipersonales, familias complejas y variadas de los divorciados, las familias de hecho, las convivencias y las uniones de homosexuales y la política de las administraciones públicas respecto a la ayuda familiar ha sido deficiente en comparación con el resto de los países europeos. Propongo como término actualizado "núcleo de convivencia" en vez del ya "clásico" familia.

¿Cuál será la tendencia futura de ese ciclo familiar? Según Del Campo: "Básicamente, lo que los cambios producidos han modificado profundamente es el ciclo vital previsible para quienes ahora nacen, de modo que seguramente vivirán varios años con sus padres y sus madres; solos con

sus madres (después de que se divorcien); después vivirán con sus madres y sus padrastros; luego solos algún tiempo; y después pasarán a vivir con alguien pero sin casarse; se casarán y se divorciarán: volverán a vivir solos y volverán a casarse.

LOS "NUEVOS PADRES"

Los padres temen a la adolescencia de sus hijos. Saben que es una época de cambios pero en una sociedad tan cambiante dos son las preocupaciones principales: "que no se drogue" y "que estudie". Una buena relación con los hijos cuando éstos eran pequeños no presupone, aunque indudablemente es un fundamento importante, que sea igual en la adolescencia. Los jóvenes necesitan control, tiempo y cariño, factores que sus padres les pueden dar menos. El escaso tiempo pasado juntos se convierte en una negociación continua, desesperante y agotadora en la que muchos padres ceden para evitar conflictos mayores por temas habituales, pero no negociables en épocas anteriores como el rendimiento académico el reparto de las tareas domésticas, la exigencia de dilatar los horarios de llegada a casa, los incumplimientos de los pactos acordados, la negociación continuada relacionada con el dinero y con su destino (las pagas, los extras, los premios), la excesiva dedicación a formas de ocio paralizantes (televisión, móvil, Internet, etc.) La evitación del enfrentamiento por temor de los padres a ser "demasiado duros" en medio de una sociedad muy permisiva se intenta lograr por todos los medios –dinero, regalos, viajes, lo "último" en electrónica y ropa- superar la apatía o desmotivación de los hijos.

Por otra parte los padres están o pueden estar en momentos difíciles de su vida. Una gran cantidad de variables pueden influir en que la conjugación de la vida de los padres y la de sus hijos sea difícil: la sensación de "haber sido un mal padre/madre" por dedicarse de lleno al trabajo, los problemas de pareja -convivan o no- que van surgiendo con los años, los problemas laborales y económicos, especialmente en el "crack económico" iniciado el 2007, los problemas emocionales de cada progenitor derivado de nuevos "núcleos de convivencia" pueden ser causa o efecto de un comportamiento de riesgo y desencadenar situaciones de violencia intrafamiliar impensable hace unos años con agresión de los hijos a su progenitores o a sus maestros. Hay muchas iniciativas para cambiar esta situación; no quiero ser pesimista pero, en general, los que participan en estas actividades son los padres motivados y "con ganas de hacerlo bien". Desde siempre y como pediatra he propugnado la recuperación de la autoridad por parte de los padres, los maestros y la sociedad. Eso sólo se conseguirá con una justicia rápida, una policía honesta y bien valorada y con el desprecio hacia los ladrones de guante blanco, hacia los iconos televisivos -prototipos de desprecio y mala educación- con ganancias económicas astronómicas a las que aspiran los jóvenes, con normas claras de convivencia y, aunque suene a desfasado, cuando se recupere una asignatura llamada urbanidad.

Santiago García-Tornel Florensa

Profesor Asociado de la UB

Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu





Telèfon/MAIL de consulta entre professionals

Es tracta d'un circuit per tal de posar en comunicació el/la **pediatr@ o infermer@ d'APS** amb un homòleg especialista de l'HSJD per al bescanvi d'opinió clínica a l'entorn d'un cas clínic concret de maneig complex.

Es pot activar quan des de l'APS es precisa fer una consulta d'un cas clínic complex, per comentar, i consensuar si s'escau, un procediment diagnòstic i/o terapèutic.

Per tal d'establir la comunicació cal trucar o, millor, enviar un mail a l'adreça.



Telèfon de consulta professional?

605 695 348

Correu electrònic:
aps@hsjdbcn.org



En cas de trucar per telèfon es recolliran les dades de cada cas, si el contacte es fa per via electrònica cal explicitar les següents dades,

- **Pediatr@/Infermer@ d'APS demandant:** nom i cognoms del metge demandant. ABS. Telèfon directe del pediatr@/infermer@ demandant i e-mail contacte
- **Dades del cas:** Nom i cognoms. CIP. Telèfon de contacte. Edat. Dades sanitàries: antecedents rellevants, visites prèvies a HSJD, quadre clínic actual. Pregunta assistencial.
- **Especialitat de l'HSJD proposada per a contactar.**

Ens comprometem a respondre en un termini màxim de 48 hores !



Els membres del Comitè de Redacció desitgem que el contingut d'aquest NOUS VINCLES et pugui ser d'utilitat. Així mateix et demanem que ens ajudis a millorar els propers números. Fes-nos arribar els teus suggeriments a

nousvincles@hsjdbcn.org

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

Podeu trobar aquest exemplar de NOUS VINCLES en format d'alta resolució a la web de l'Hospital Sant Joan de Déu

<http://www.hsjdbcn.org/portal/web/vincles>



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

<http://www.hsjdbcn.org>

Germans de  Sant Joan de Déu



Comitè de redacció

Francisco José Cambra. Metge pediatre. UCI Pediàtrica de l'HSJD. Responsable projecte Cuida'm. **Araceli Cuerva.** Infermera. Cap de l'àrea d'Hospital de Dia de l'HSJD. **Manel Enrúbia.** Metge pediatre. Referent de Pediatria de Barcelona Esquerra de l'ICS. **Jordi Joan Fàbrega.** Webmaster / Tècnic comunicació de l'HSJD. **Yolanda Fernández.** Metgessa pediatra. Servei pediatria i urgències HSJD. **Albert Moltó.** Periodista. Cap de comunicació de l'HSJD. **Francisco Vicente Morales.** Metge pediatre. Direcció Equip de Pediatria Alt Penedès. **Jaume Pérez Payarols.** Metge Pediatre. Director d'Innovació, recerca i docència de l'HSJD. **Cèlia Pujol.** Infermera. Direcció Equip de Pediatria Alt Penedès. **Marisa Serra.** Metgessa. Adjunta a la Direcció de Qualitat i Planificació Àrea d'Atenció al Client de l'HSJD. **Josep Serrat.** Metge MFIC. Adjunt a la Direcció Mèdica de l'HSJD. **Col·laborador:** **Santi García-Tornel.** Metge Pediatre. Cap Clínic de Pedatria de l'HSJD.

La informació relativa a aspectes diagnòstics i terapèutics que es publica a NOUS VINCLES, reflecteix el procés d'atenció habitual dels professionals de l'Hospital Sant Joan de Déu i de les entitats col·laboradores. En el moment de ser aplicada a un cas clínic concret, no es pot considerar com un substitut del judici professional qualificat de qualsevol proveïdor de salut, que haurà de contemplar també la història clínica, exploració i condicions de salut específics del pacient.