

# BLOC 4: SITUACIONS ESPECIALS EN EL NEN

**Tema 1: Problemes crònics de salut en el nen.**

Tema 2: El nen hospitalitzat.

Tema 3: El nen en estat crític.

Tema 4: El nen en estat terminal.

Tema 5: El nen maltractat.

# TEMA 1: PROBLEMES CRÒNICS DE SALUT EN EL NEN

1.- La malaltia crònica.

2.- L'asma.

3.- La diabetis tipus I.

4.- La celiàquia.

5.- La fibrosi quística.

# 1.-LA MALALTIA CRÒNICA

## Concepte:

Malaltia de llarga durada (> 6mesos) i habitualment d'evolució lenta.

No desapareix i contínua present en la vida de la persona.

Pot provocar seqüeles, complicacions, trastorns i/o limitacions greus que comprometen considerablement la vida, l'autonomia i la qualitat de vida de l'individu.

30% nens: malaltia crònica.  
Augment de supervivència.



## CARACTERÍSTIQUES DE LA MALALTIA:

- **Començament:**
  - **Agut:** menor temps d'adaptació; major desgast de la família.
  - **Gradual:** major temps adaptació.
- **Curs:**
  - **Progressiu:** adaptació continua; menors moments de respir.
  - **Constant:** el malalt es recupera, malaltia estabilitzada.
- **Resultat de la malaltia:**
  - Malaltia amenaçant = risc de DOL ANTICIPAT (el nen i la família).
  - Incertesa: condueix a la SOBREPOTECCIÓ.
- **Alteracions estructurals:**
  - Canvi de rols, funcions i jerarquia.
  - Determinació del cuidador primari.
  - Rigidesa en la interacció familiar.
  - Aïllament social.
- **Alteracions emocionals.**

### Recaigudes:

Període de remissió de símptomes  
(activitats rutinàries)  
a períodes d'exacerbació dels símptomes  
(=estrés per possible nova recaiguda)

• **Fases:**

Crisis

Diagnòstic

Tractament crònic

Recidives

Seqüeles

Mort

• **OBJECTIU D'INFERMERIA**

Garantir el major equilibri emocional i major benestar possible pel nen i el seu entorn.

Fer educació sanitària.

Fomentar l'autonomia.

Treballar la resiliència (sobreposar-se a les adversitats).

## 2. L'ASMA

- **Definició:**

Malaltia inflamatòria de les vies aèries, caracteritzada per episodis de dispnea, sibilàncies o tos. Existeix un augment de la reactivitat bronquial de les vies aèries davant a estímuls específics (al·lèrgens) o inespecífics (exercici, infeccions respiratòries, canvis climàtics, emocions), que es manifesta per una obstrucció del flux aeri.

- **Implicacions:**

- Obstrucció per contracció dels músculs que envolten els bronquis.
- Augment de l'excitabilitat bronquial.
- Una inflamació que engruixa la paret bronquial.
- Una producció molt abundant de moc.

- **Resposta del nen asmàtic a l'estímul extern:**
  - Hiperreactivitat: constricció del múscul bronquial.
  - Edema.
  - Augment de les secrecions: disminueix permeabilitat.
  
- **Signes i símptomes:**
  - Espiració allargada.
  - Sibilàncies.
  - Tos seca.
  - Tiratge, aleteig, intervenció del esternocleidomastoideo...
  - Respiració entretallada.
  - Opressió al pit.
  - Freqüència Respiratòria i Freqüència Cardíaca augmentada.
  - Saturació d'Oxigen disminuïda.
  - Sudoració durant la crisi.

- **Factors de risc:**

- Història familiar d'al·lèrgia.
- Dermatitis atòpica o rinitis atòpica.
- Exposició permanent a al·lèrgens (àcars, mascotes).
- Abandonament precoç de la Lactància Materna.
- Infeccions virals repetides durant la infància.
- Exposició passiva al tabac.



- **Característiques:**

Malaltia crònica més freqüent a la infància.

Predomini masculí.

Afecta a un 5% -10% de la població infantil.

Sol aparèixer abans dels 5 anys.

Pot veure's agreujada per: infeccions, exercici, al·lèrgens i tabac.

- **Cures infermeres:**

- Avaluar el medi ambient.

- Prevenir l'aparició d'aguditzacions (crisis).

- Administrar el tractament pautat.

- Evitar els efectes secundaris dels fàrmacs emprats.

- Disminuir l'ansietat del nen i de la seva família.

- Fer educació: ambiental i del tractament.

- **Normes bàsiques d'educació ambiental:**
  - Ventilar l'habitació a diari.
  - No escombrar, utilitzar aspirador i un drap humit per treure la pols.
  - Evitar els aerosols.
  - No netejar ni pintar en presència del nen.
  - Utilitzar matalassos, mantes i coixins de material acrílic o de cotó.
  - Netejar els llençols al menys un cop per setmana.
  - Eliminar els cartells i llibres que no siguin d'ús diari.

## **...normes bàsiques d'educació ambiental.**

- Evitar moquetes, ninots de peluix, catifes i empaperats.
- Mantenir nets els filtres de l'aire condicionat i de calefacció per aire.
- Evitar obrir les finestres en les èpoques de màxima pol·linització.
- Circular en cotxe amb les finestres tancades.
- Evitar contacte amb: pèl, plomes o animals.
- Evitar fumar en presència del nen.
- Limitar el consum de medicaments als estrictament necessaris.

- **TRACTAMENT:**

**1.- Evitar factors desencadenants.**

**2.- Farmacològic: TERÀPIA INHALADA**

**✘ 2.1. A llarg termini (de manteniment, “pautats”):**

- Antiinflamatoris inhalats.
- Broncodilatadors d'acció prolongada (dura 10-12h).

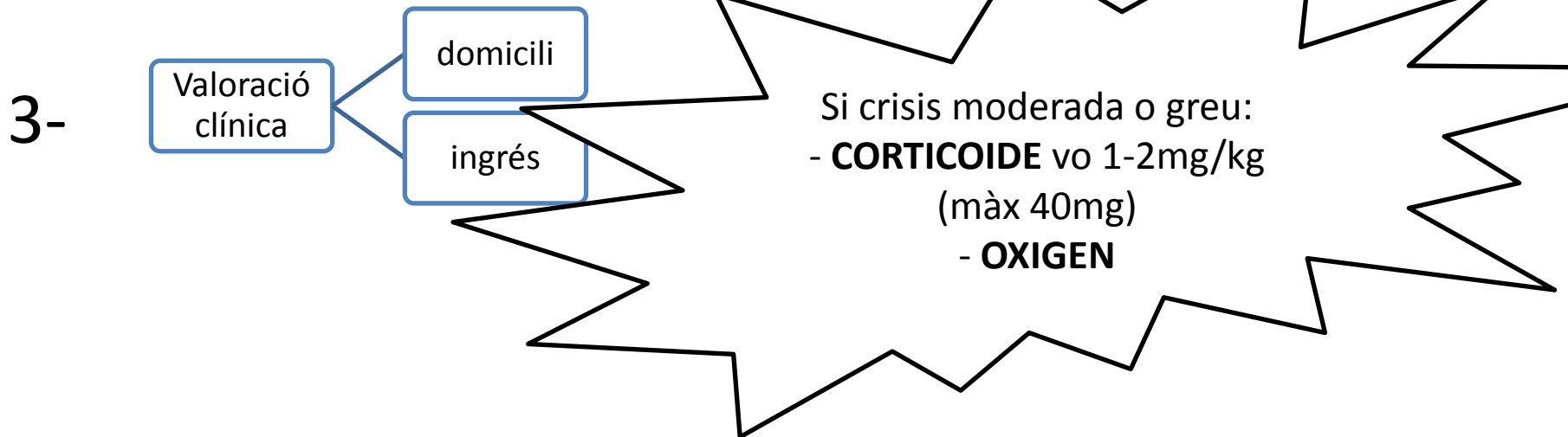
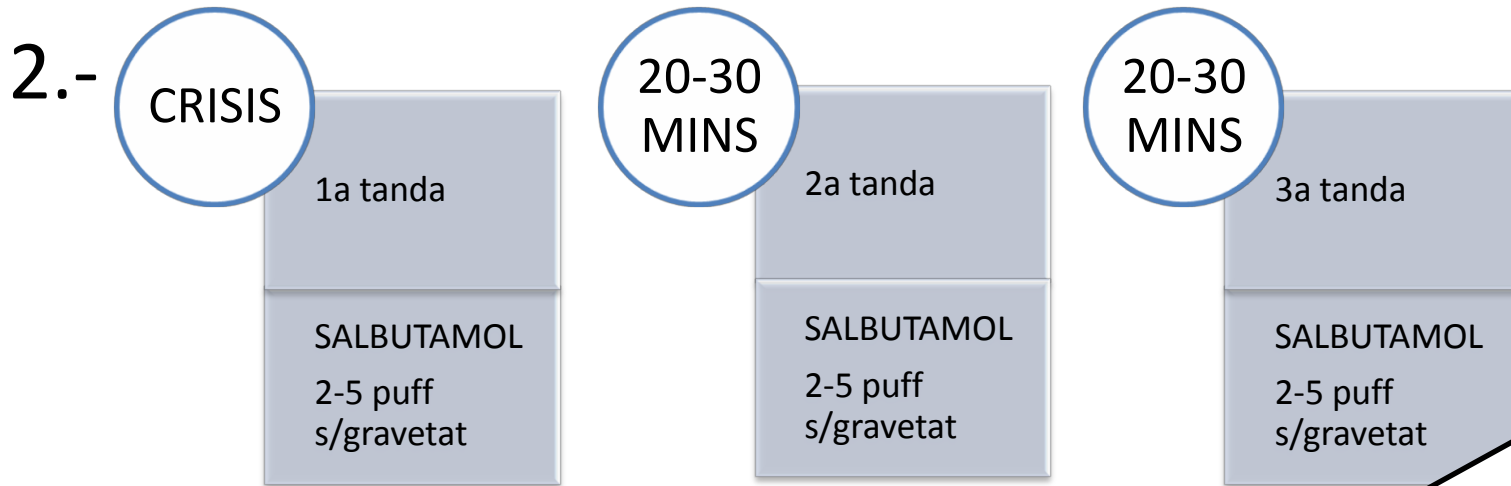
**2.2. A curt termini (alleujament de la CRISI, “a demanda”):**

- Broncodilatadors d'acció breu: salbutamol (ventolín). Dura 4-6h. Efecte màxim 30 minuts.
- Anticolinèrgics inhalats: bloquegen l'acetilcolina (qui >contracció muscular = > secreció pulmonar). Bromur d'ipratropi (*atrovent*)
- Corticoides: prednisolona (vo), hidrocortisona (ev), *budesonida (inh).*

**3.- Formació sobre la patologia.**

• **Pauta habitual si CRISI:**

1.- Valoració clínica i de la funció respiratòria.



# INHALADORS

- **AVANTATGES:**

*Acció directa sobre el teixit.*

Menors dosis requerides de fàrmac.

Menys efectes secundaris, ja que el fàrmac es concentra el lloc d'acció.

*Aplicació còmoda.*

*Acompliment del tractament.*

*Es poden administrar la majoria per via inhalatòria.*

- **DESAVANTATGES:**

*Cal col·laboració del nen*

*Els nens <4 anys necessiten ús de càmera amb mascareta (aeorchamber).*

### 3.- DIABETIS MELLISTUS TIPUS I (DM1)

- Dèficit en la secreció pancreàtica d'insulina o un defecte de l'acció d'aquesta hormona sobre els teixits orgànics.
- Origina una sèrie de trastorns en el metabolisme (glúcids, greixos i proteïnes) → hiperglucèmia.
- Manifestacions típiques: polifàgia, poliúria, polidípsia.
- No tractament = greus complicacions i menor qualitat de vida.
- Pediatria: DM tipus I juvenil.
- Debut diabètic (tractament= insulina).
- Sol aparèixer entre 8-12 anys.

- Síntomas:



POLIDIPSIA



ASTENIA



PÉRDIDA DE PESO



POLIURIA



- **Educació per la salut del nen diabètic:**

Informació: malaltia, causes i símptomes.

Normes bàsiques de dietètica: dieta i racions.

Tractament d'insulina:

- Tipus d'insulina i mesures per guardar-la.
- Tècnica senzilla (<7 anys = angle 45°).
- Àrees de punció i rotació de les zones.
- Mesura correcta de la quantitat d'insulina.
- Fomentar autonomia del nen.

Signes i símptomes de descompensació.

Exercici físic, com a hàbit diari.

Recolzament emocional.

# 4.- LA CELIAQUIA

Intolerància permanent a la GLIADINA (proteïna del gluten)

Anormal intolerància al gluten

Lesió severa de la mucosa del budell prim superior.

Defecte en la utilització de nutrients.

Repercussió clínica molt variable.

Intolerància per tota la vida  
Predisposició genètica.

- **Síntomes:**

- Poden presentar-se de forma aguda i violenta.
- Trastorns gastrointestinals: diarrees, poca gana (per mala digestió), distensió abdominal. Nens d'aspecte trist.
- Femtes de color pàl·lid amb olor característic.
- Alteració del creixement (especialment de la talla).
- Deficiències vitamíniques.
- Anèmia ferropènica resistent al tractament via oral.
- Anorèxia.

- **Tractament:**

**REGIM ESTRICTE SENSE GLUTEN PER TOTA LA VIDA:** les lesions vellositàries es curen i hi ha una normalització clínica i funcional.

DIETA:

Adequar nutrients a l'edat del nen, etapa evolutiva i grau de malaltia.

SI CRISIS CELÍACA:

- Correcció de trastorns hidroelectrolítics i minerals.
- Tractar la deshidratació.
- Tractar l'acidosi.
- Tractar la hiponatrèmia, hipocalcèmia.
- Fins a que no es recupera la mucosa intestinal B12 i calci, ferro, àcid fòlic, vitamines.
- Suport psicològic.

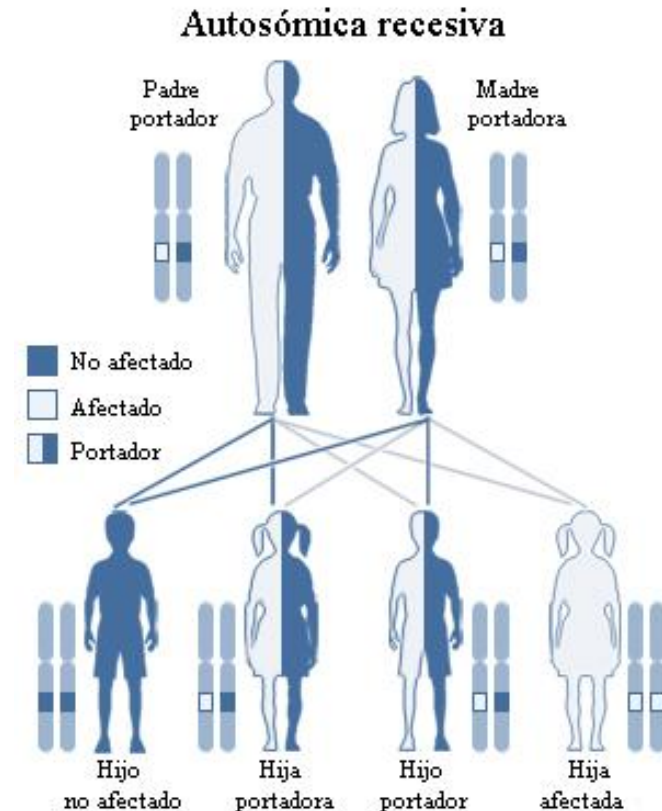
- Evitar: civada, blat, ordi i sègol.  
(cebada, trigo, avena i centeno)



# 5.- LA FIBROSIS QUÍSTICA

## Fibrosis Quística (FQ) o mucoviscidosis és:

- Malaltia genètica autosòmica recessiva.
- Alteració congènita del metabolisme bioquímic de les cèl·lules epitelials de les glàndules exocrines que produeixen un moc espès i viscós que obstrueix els seus conductes.



U.S. National Library of Medicine

- Malaltia multisistèmica (l'alteració genètica intervé en la producció de suor, sucs gàstrics i moc).
- Afecta a pulmons, intestins, fetge i pàncrees.
- Afecta a 1/5000 nascuts vius ✘
- Manifestació: signes respiratoris i gastrointestinals.
- No té tractament.
- Cures: evitar complicacions per millorar la qualitat de vida.

- **CONSELLS DE SALUT:**

- **NUTRICIÓ:**

- Dieta hipercalòrica i hiperproteica.
- Suplements vitamínics: Vit A, D, E, B12 i ferro.
- Enzims pancreàtics i Sodi el 1er any.
- Insulina.

- **RESPIRACIÓ:**

- Fisioteràpia respiratòria per mobilització secrecions.
- Exercici físic.
- Fluidificació secrecions: mucolítics i hipertònics.
- Administració de broncodilatadors s/p.

- **PREVENIR INFECCIONS:**

- Vacunes no obligatòries.
- Antibiòtic oral/inhalat/endovenós.
- Revisions periòdiques.
- Cultius seriats d'esput amb antibiograma.
- Higiene de mans.



- **Diagnòstic:**

- Proves genètiques prenatales.
- Cribratge neonatal.
- Test d'electròlits a la suor (alts nivells de sodi).
- Radiografia de tòrax.
- Broncoscòpia.

- **Síntomes:**

- Ili meconial.
- Suor salada.
- Pulmonars: Tos freqüent, infeccions respiratòries de repetició, respiració sibilant, i manca d'alè.
- Nasals: rinitis, sinusitis, poliposis nasal.
- Digestius: insuficiència pancreàtica i mala absorció dels greixos = diabetis + estancament ponderal o pèrdua de pes.
- Dolor abdominal.
- Esterilitat.
- Dits de tambor.

- Hospitalitzacions mínimes.
- Revisions periòdiques c/4-6 setmanes.
- Esperança de vida 29 (Espanya)- 36 anys (EEUU). Allargada amb el trasplantament pulmonar.

# **BLOC 4: SITUACIONS ESPECIALS EN EL NEN**

Tema 1: Problemes crònics de salut en el nen.

**Tema 2: El nen hospitalitzat.**

Tema 3: El nen en estat crític.

Tema 4: El nen en estat terminal.

Tema 5: El nen maltractat.

# TEMA 2: EL NEN HOSPITALITZAT

## - continguts -

1.- Drets del nen hospitalitzat.

2.- Suport emocional durant l'hospitalització.

3.- Administració de fàrmacs a pediatria.

4.- Recollida de mostres a pediatria.

# 1.-DRETS DEL NEN HOSPITALITZAT

1	L'hospital <b>prioritzarà sempre l'atenció ambulatoria</b> i només hospitalitzarà al nen quan sigui imprescindible.
2	L'hospital opta per un <b>model d'atenció centrat en la família</b> i, per tant incorpora plenament als pares en el procés d'atenció.
3	<b>Les estructures</b> estaran pensades per acollir l'acompanyament de la família i el disseny s'orientarà als nens.
4	<b>L'hospital sense dolor</b> serà un dels pilars fonamentals en el treball assistencial, eliminant patiments físics que siguin evitables.
5	L'hospital tindrà professionals formats en tècniques per afrontar <b>situacions estressants i minimització de l'ansietat</b> .
6	L'hospital garantirà la <b>continuació de l'escolaritat</b> .
7	L'hospital oferirà <b>alternatives de distracció i joc</b> durant l'estada del nen.
8	L'hospital buscarà mecanismes per assegurar el dret a la participació dels nens.
9	L'hospital potenciarà el <b>dret a la informació</b> orientant els suports informatius a la comprensió per part dels nens.
10	L'Hospital facilitarà el <b>recolzament entre famílies</b> a partir dels moviments associatius.

A 	1986	1988	2013	2013
¿Quién?	Parlamento Europeo 			
¿Cómo?	Carta Europea de los derechos de los <b>niños</b> hospitalizados (23 derechos)	Derechos de los niños hospitalizados	“Dret a estar acompanyat Dret a proseguir amb l’educació. Participació en activitats de joc, culturals i d’acompanyament”	Criterios comunes de calidad para promover la presencia de los padres en la UCIP y UCIN
¿Qué implica?	<i>“Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el mayor tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que eso comporte costes adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al niño.”</i>	<i>“Los niños hospitalizados tienen derecho a estar con sus padres o personas que los sustituyan <b>en todo momento</b>”.</i>		<i>Promueve:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>-UCIs abiertas 24h.</li> <li>- Implicación de los padres en los cuidados.</li> <li>-Acompañamiento a pruebas médicas (estresantes/dolorosas)</li> <li>-Homogenizar la atención, horarios y protocolos en el SNS.</li> </ul>



## EVOLUCIÓ DE LA IMPLICACIÓ DE LA FAMÍLIA

Família  
absent

Família  
acompanyant

Família  
participant

Família  
integrant



## 2.- SUPORT EMOCIONAL DURANT L'HOSPITALITZACIÓ

- **Factors que intervenen en l'hospitalització i el seu efecte en el benestar emocional:**

1.- El nen hospitalitzat (25% del <18 anys han estat hospitalitzats); NO RESTRINGIR VISITES i PROMOURE DESENVOLUPAMENT GLOBAL DEL NEN.

2.- La malaltia (aguda/crònica); cal ADAPTACIÓ GLOBAL DEL NEN I FAMÍLIA.

HOSPITALITZACIÓ I  
MALALTIA: ESTRÉS FÍSIC  
I EMOCIONAL PEL NEN I  
LA FAMÍLIA.

### 3.- La família:

Seguretat, protecció, companyia i sociabilització.  
Promoure context social familiar.

### 4.- Les xarxes socials:

Poden ser protectores i moduladores de les situacions crítiques.

Si manca xarxa social = major vulnerabilitat.

## 5.- Els professionals assistencials:

Són responsables d'acompanyar al nen i a la família durant TOTA L'ESTADA.

### ATENCIÓ INDIVIDUALITZADA.

Cal formació + sensibilització (habilitats comunicatives/ psicologia desenvolupament).

Atenció integral i holística.

Acollir aspectes emocionals i socials ( escoltar, atendre les emocions...).

## 6.- La institució hospitalària:

Oferir un espai acollidor, entranyable i confortable.

# **X** PROMOCIÓ DE LES FUNCIONS DE LA FAMÍLIA

1. **BIOLÒGICA:** *necessitats bàsiques.*
2. **AFFECTIVA:** *necessitats emocionals.*
3. **PROTECTORA:** *seguretat i confort.*
4. **SOCIALITZADORA:** *tracte cordial; cultura i tradicions.*
5. **EDUCATIVA:** *ensenya comportament i valors.*
6. **SANITARIA:** *cuida.*
7. **ECONÒMICA:** *sustenta.*

SOM EL



PER QUE LA FAMÍLIA EXERCIEIXI LES SEVES PRÒPIES FUNCIONS

- **Humanització hospitalària:**

1- Ambient hospitalari.

2- Inducció anestèsica i quiròfan:

Preparació psicològica i recolzament emocional.  
 Ús de premedicació anestèsica.  
 Ús d'activitats de lleure durant la inducció.  
 Acompanyament d'un familiar.  
 Humanització de l'ambient quirúrgic.



3.-Aula hospitalària.

4.-Servei de biblioteca ambulant.

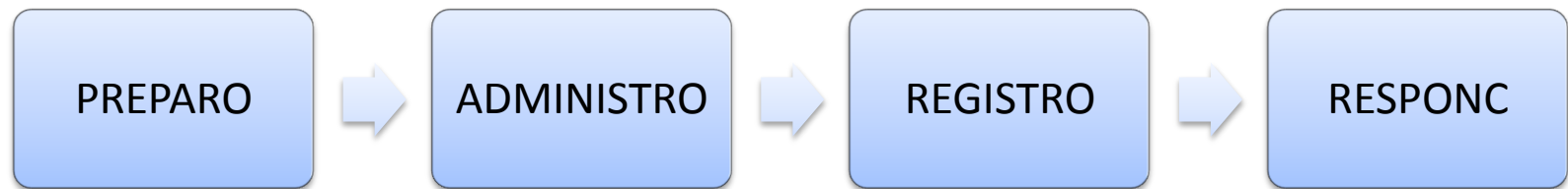
5.-Règim de visites flexible.

6.-Hora del conte

- 7.-Associacions de suport.
- 8.-Pallassos/mags/músics.
- 9.-Teràpia amb animals.
- 10.-Servei de voluntaris.
- 11.-Ciberaula.
- 12.-Celebració de dies assenyalats
- 13.....

# 3.- ADMINISTRACIÓ DE FÀRMACS A PEDIATRIA

Fàrmac: substància que al entrar a l'organisme viu altera les seves funcions.



1r: Rentat de mans.

2n: Els correctes:

- “Els 5 correctes”
- Fàrmac
  - Usuari
  - Via
  - Dosis
  - Hora
  - **Concentració**
  - Caducitat

3r: Enregistrar.

4rt: Informar al nen i als pares.

- **Vies d'administració**

via. oral

v. parenteral: IM/SC/EV

v. rectal

v. tòpica

v. inhalatòria

v. ocular

v. òtica

V. nasal

v. sublingual

....



- **Via oral:**

Més segura i menys costosa = més freqüent.

Presentació: xarops, càpsules i comprimits.

Oferir en: xeringa, got (suc), cullera, gotes...

Fer-los sentir partícips.

Atenció a l'osmoralitat: diluir-lo?.

- **Via intramuscular:**
  - Gruix i tamany d'agulla adequat a l'edat.
  - Zona punció segons l'edat i el volum del fàrmac.
    - Vast extern (<2 anys): a 45°C punxada craneo-caudal.
    - Deltoides (>2 anys).
    - Glutis (> 2 anys).

- **Via endovenosa:**

- A lactants: epicranials i Extremitats inferiors.
- Escollir agulla adequada.
- No punxar sense estar segur.
- Donar sacarosa, distracció...
- Permetre la participació del nen.
- Fixació ben segura.
- Si cal, immobilitzar l'extremitat.
- Via perifèrica/via central? (umbilical/central d'accés perifèric).

- **Reptes farmacologia pediàtrica:**
  - 1- Respectar la concentració adequada.
  - 2- Calcular la dosi exacta a administrar.
  - 3- Escollir la manera d'administrar-la (tenir present per exemple el volum de l'equip d'infusió).



**PRACTICAR CÀLCUL DE FÀRMACS**

- Calcula la dosi **d'ampicil·lina IV** d'una pauta és de 150mg/8h si la presentació de la qual disposem és 250mg en 2,5ml.

$$\begin{array}{l} 250 \text{ mg} \text{ ----- } 2,5 \text{ ml} \\ 150 \text{ mg} \text{ ----- } X \text{ ml} \end{array}$$

Administrar en bolus en uns 3-5 minuts.

$$250 x = 2,5 x 150$$

$$250x = 375$$

$$x = 375 / 250$$

$$x = 1.5 \text{ ml}$$

- Quina serà la dosi a administrar d'una pauta de 50 mg de **vancomicina IV** si la presentació és de 500 mg en un vial i la diluïm en 10ml d'aigua estèril?

500 mg ----- 10 ml  
 50 mg -----X ml

$$500 x = 10 \times 50$$

$$500x = 500$$

$$x = 500 / 500$$

$$x = 1 \text{ ml}$$



- Quina serà la dosi a administrar d'una pauta de 45 mg de **vancomicina IV** si la presentació és de 500 mg en un vial i la diluïm en 5ml d'aigua estèril?

$$\begin{array}{l} 500 \text{ mg} \text{ ----} 5 \text{ ml} \\ 45 \text{ mg} \text{ -----} X \text{ ml} \end{array}$$

$$500 x = 5 \times 45$$

$$500x = 225$$

$$x = 225 / 500$$

**x = 0,45 ml** (li hem de passar 0,45ml d'aquest fàrmac, però el tenim a la concentració correcte? )  
 Mirar guia farmacèutica = està massa concentrat.

Pautes de farmàcia:  
 - Administrar-la en 1h.  
 - A una concentració màxima 5mg/ml .

A quin ritme programaries la bomba?

- **Ok càlcul, però com l'administrem en 1h si hem de respectar la concentració màxima de [5mg/ml]?**

$$\begin{array}{l} 500\text{mg} - 5\text{ml} \\ X \text{ mg} - 1 \text{ ml?} \end{array}$$

$$5X = 500\text{mg}$$

$$x = 100\text{mg}$$

$$100\text{mg} \text{ --- } 1\text{ml}$$

$$5\text{mg} \text{ --- } 1\text{ml}$$

$$100\text{mg} - X$$

Sabem que tenim 100mg en 1ml, però volem que hi hagi màxim 5 mg en 1ml (per respectar la concentració màxima), com ho fem?

$$5x = 100$$

$$X = 20 \text{ ml}$$

el volum de fàrmac calculat era de 0,45 ml.

al diluir-lo fins a 20ml haurem d'afegir 19,55 ml de SG5%.

Com programaríeu la bomba?

Així tindrem 100mg en 20ml

El que equival a 5mg en 1ml.

= CONCENTRACIÓ CORRECTE!



• **I ara, com programaríeu la bomba?**

El fàrmac preparat respectant la concentració és de 5mg/ml, i ens han demanat que li passem 50mg.

Quants mil·lilitres li has de passar?

50mg ~~\_\_\_~~ X ml  
 5mg ~~\_\_\_~~ 1ml

5x= 50

X=10 ml.



**Li hem de passar 10 ml de la concentració final (la correcte).**

- Cal que carregueu a la xeringa una mica més de 10ml, uns 12 o 13ml per tal de poder fer la purga de l'equip (aquest té un volum d'uns 2ml).
- A la bomba li indicarem que el volum a infondre (**VAI**) és de 10ml, així la bomba ens avisarà quan hagin passat 10ml.

- Et pauten 80ml de SG10% amb 3ml de Calci, 2ml de NaCl i 1ml de KCl, a passar en 24h. Per preparar el sèrum, utilitzes un SG10% de 100ml.
- Quants ml de Calci afegiràs?  
~~80ml SG10% --- 3ml Ca~~  
~~100ml SG10% --- X~~  
 $80X = 3 \times 100$   
 $X = 300/80 = 3,75$ .  
 Afegiré 3,75ml de Ca.
- Quants ml de NaCl afegiràs?  
 Afegiré 2,5ml de NaCl.
- Quants ml de KCl afegiràs?  
 Afegiré 1,25ml de KCl.
- A quin ritme programaràs la bomba d'infusió continua?  
 $80\text{ml} + 3\text{ml} + 2\text{ml} + 1\text{ml} = 86\text{ ml}$  a passar en 24h = 3,58ml/h.  
 A 3,58ml/h



- Si només disposes d'ampolles de SG10% de 500 ml i has de preparar la perfusió:  
 100 ml de sèrum glucosat al 10%  
 4 mEq de ClK  
 10 ml de gluconat calci

- Quants mEq de ClK afegiràs al SG10% de 500ml?

$$\begin{array}{r} 100\text{ml SG10\%} \quad \underline{\quad} \quad 4\text{mEq ClK} \\ 500\text{ml SG10\%} \quad \underline{\quad} \quad X \text{ mEq Clk} \end{array}$$

$$100X = 500 \times 4$$

$$X = 2000/100 = 20 \text{ mEq}$$

Afegiré 20 mEq de ClK al SG10% de 500ml

**Quants ml són si l'ampolla de 5ml conté 10 mEq?**

Afegiré 10 ml de ClK.

- **Quants ml de gluconat calci afegiràs?**

$$100\text{ml SG10\%} \quad \underline{\quad} \quad 10 \text{ ml gluconat calcic}$$

$$500\text{ml SG10\%} \quad \underline{\quad} \quad X \text{ ml gluconat calcic}$$

$$100X = 500 \times 10$$

$$X = 5000/100 = 50\text{ml}$$

Afegiré 50ml de gluconat calci al SG10% de 500ml.

- **Quin serà el ritme de perfusió si la pauta dels 100ml de SG10% amb ions s'ha de passar en 24h?**

100 ml SG10% + 2ml Cl K (5ml son 10mEq= 1ml son 2mEq) + 10ml gluconat calci=

112 ml en total a passar en 24 hores:

El ritme de perfusió serà 4,66 ml/h.

## 4.- RECOLLIDA DE MOSTRES A PEDIATRIA

- **Sang venosa:**

- Punció taló.
- Via central que reflueix .
- Punció venosa puntual.
- Volums molt més petits! ANEMIES IATROGÈNIQUES!

- **Orina:**

- Mètode d'elecció: micció directa neta.
- Bosses col·lectores adhesives (si no control esfínters) masculina i femenina o cotó estèril, didal.
- Sondatge vesical (adequar mida, globus..).
- Punció suprapúbica.

- Moc nasofaringi.
- Sang arterial.
- Frotis ocular, òtic, intranasal, ferides, zona periostomia, peridrenatge, frotis de ferida quirúrgica o altres lesions exudatives.
- Femtes.

# **BLOC 4: SITUACIONS ESPECIALS EN EL NEN**

Tema 1: Problemes crònics de salut en el nen.

Tema 2: El nen hospitalitzat.

**Tema 3: El nen en estat crític.**

Tema 4: El nen en estat terminal.

Tema 5: El nen maltractat.

# TEMA 3: EL NEN EN ESTAT CRÍTIC

## -continguts-

- 1.- El triangle d'avaluació pediàtric.
- 2.- Accidents més freqüents.
- 3.- El nen politraumàtic.
- 4.- El nen cremat.
- 5.- El nen oncològic.



# 1.- TRIANGLE D'AVALUACIÓ PEDIÀTRIC

- Objectiu: Valoració clínica vital immediata.

Orientació en base a prioritats.

- Classificació:

1. Crític.
2. Inestable.
3. Estable.

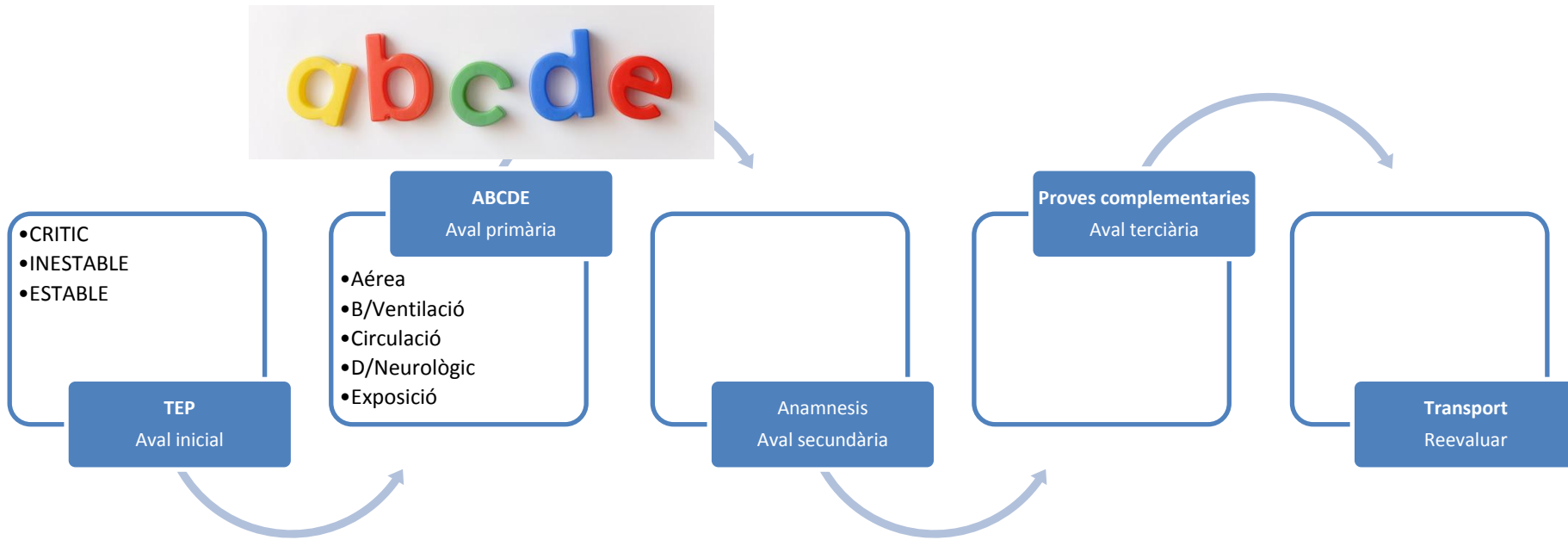
- Pilars fonamentals:

- 1.- APARIENCIA
- 2.- RESPIRACIÓ
- 3.- CIRCULACIÓ

## Triángulo de Evaluación Pediátrica



- Aportacions del Triangle d'Avaluació Pediàtric:
  1. Estimar la gravetat del nen.
  2. Determinar la promptitud i lloc pel tractament adequat.
  3. No establir diagnòstic específic.
  4. Dirigeix tractament per restaurar homeòstasis.
  5. Preveu la progressió a insuficiència respiratòria o xoc.
  6. No calen proves.



- **URGÈNCIES D'INFERMERIA:**

- No perdre la calma. URGÈNCIA sense pressa.

- Cal distribuir funcions d'infermeria:

1. Via aèria: postura correcta, fixació, aspiració de secrecions.

2. Registre: temps inici, fàrmacs, ...

3. Vies i administració de fàrmacs.


- ORGANITZACIÓ/ COORDINACIÓ


- Evitar la pèrdua de calor.

- Atenció amb el tamany del material:



Edat	Número Tub Endotraqueal	Pala laringoscopi	Número laringoscopi
Prematur	2-3	Recta	0
0-6mesos	3-3,5	Recta/corba	1
6m-1anys	4	Recta/corba	1
1a-2a	4-4,5	Corba	1-2
2a-5a	$4 + (\text{edat}/4)$	Corba	2
5-8a	$4 + (\text{edat}/4)$	Corba	2-3
8-10a	6-6,5	Corba	2-3
10-12 a	6,5	Corba	2-3

Edat 	Tipus mascareta facial
Prematur	Model prematurs
0-6m	Model nounats: rodona
6m-1a	Model nounats: rodona o triangular
2a - 8 a	Model infantil: triangular
>8 a	Model adult petit: triangular

Edat 	Número sonda d'aspiració
Prematurs	5-6
Lactants	6-8
1-2 anys	8-10
2-5 anys	10-12
5-8 anys	12-14

- **Normes generals d'actuació davant dels nens en situació crítica:**

Romandre tranquil.

Mantenir-nos a l'alçada del nen.

Identificar-nos (hola sóc ... Com et dius?).

Somriure.

Ser pacient i amable.

No separar als nens dels pares.

Si és un accident i està sol, assegurar-li que s'avisarà als pares.

Explorar-lo i tractar-lo a un lloc tranquil.

Deixar que el nen agafi la seva joguina predilecte i si molesta apartar-la discretament.

Portar les coses de mica en mica i guardar-les per no bombardejar-lo.

Explicar-li el procediment.

No dir-li mentides al nen. No dir-li que alguna cosa no li farà mal si en fa.

- **Normes generals d'actuació davant dels pares que tenen el seu fill en estat crític:**

La urgència pediàtrica és la que crea major estrès en els pares.

Romandre tranquils.

Demostrar que el nen és el primer.

Restar tranquils i actuar de manera professional = augmenta la confiança dels pares.

Quan els pares s'hagin calmat, demanar la seva col·laboració.

Encara que els pares no estiguin en disposició de col·laborar, se'ls ha d'explicar el que s'està fent.

No amagar als pares res del que passa.

Traslladar al nen amb, al menys, un dels pares.

Si el nen ha mort, deixar als pares a soles amb el cos del nen.

No intentar calmar el seu dolor.

No administrar sedants: necessiten sortir i expressar el seu dolor.

Respectar les emocions dels pares: agressivitat, aïllament, ràbia, ansietat, etc.



## **Directrius 2010 per a la Ressuscitació de l'*European Resuscitation Council***

- Aspectes bàsics RCP s/ recomanacions ERC 2010.
- En nens el 45% de les PCR són D'ORIGEN RESPIRATORI.
- Relació compressions /ventilacions :
  - 2 reanimadors sanitaris: 15:2
  - 1 reanimador sanitari: 30:2
  - Reanimadors NO sanitaris: 30:2
- Seleccionar el voltatge: 4J/kg
- Si el reanimador no aconsegueix ajuda amb una simple trucada, iniciar RCP i al cap d'un minut demanar ajuda.

## 2.- ACCIDENTS

Els accidents infantils en els països desenvolupats, suposen el 40% de les morts per aquesta causa, en el grup d'1 a 14 anys.

- **Definició:**

Succés espontani i episòdic del que es deriva un síndrome lesional que requereix d'assistència sanitària.

- **Objectius:**

Conèixer quins són els perills més importants als quals estan sotmesos els nens, per poder adoptar mesures preventives oportunes. És responsabilitat de tots: pares, mestres, sanitaris, legisladors, arquitectes, etc.

- **El tipus d'accident depèn del grau de desenvolupament del nen/a:**
  - **Lactants:** Síndrome de mort sobtada del lactant + intoxicacions+ ennuegaments+ caigudes.
  - **Edat escolar:** curiositat i manca de por. Risc elevat. (bicicletes, parcs...)
  - **Adolescència:** accidents fent esport i amb motocicleta.
  
- **Incidència:**
  - Nens 71% / nenes 29%.
  - Segons l'estació: a l'hivern més accidents domèstics/ estiu i primavera fora de la llar (piscina, parcs...).

# PREVENCIÓ:

## A LA LLAR

1- Caigudes: baranes, canviadors, finestres tancades...

2- Intoxicacions (50% fàrmacs, 30% productes de la . llar): alçada inaccessible.

3- Asfixies, ennuegaments: No posar penjolls; no deixar jugar amb bosses de plàstic; no deixar objectes/joguines petites a l'abast; no introduir aliments a la boca quan estiguin plorant, dormint o corrent;

4.- Cremades: banyera i cuina (60% per calor)

## ✘ FORA DE LA LLAR:

- Carrer: jugar als espais reservats pels nens (parcs, places); caminar agafat de la mà d'un adult; ensenyar-li normes de seguretat i comportament vial.
- Parcs infantils: fixar-se en l'edat recomanada; vestir al nen amb roba còmoda;
- Transport: casc en bici i patinet, talla bici adequada.
- Automòbil: ben lligats i a la part del darrera, sortir del vehicle per la porta propera a la vorera, posar assegurança a les portes del darrera;
- Platja/piscina (7<sup>a</sup> causa d'accident Infantil però 2<sup>a</sup> causa de mort): no deixar-los sols, anar a les vigilades, aprendre aviat a nedar, piscines tancades...

## 3.- EL NEN POLITRAUMÀTIC

“Nen que pateix més de dues lesions traumàtiques greus”

Causes: 1a caiguda fortuïta// 2a accidents trànsit.

Calen protocols d'actuació.

Lesions més freqüents: Traumatisme

Craneoencefàlic (TCE) + aparell locomotor.

Morts immediates si: hemorràgia interna, fallada respiratòria aguda o lesió cerebral.

Objectiu: detecció de lesions greus que posen al nen en perill.

- Valoració:

- Estat general i neurològic: Escala de Glasgow.



Quadro # 1. Escala de Coma de Glasgow Modificada para lactantes y niños

Puntuación	>1 año	<1 año
Respuesta apertura ocular 4 3 2 1	Espontánea A la orden verbal Al dolor Ninguna	Espontánea Al grito Al dolor Ninguna
Respuesta Motriz 6 5 4 3 2 1	Obedece órdenes Localiza el dolor Defensa al dolor Flexión anormal Extensión anormal Ninguna	Espontánea Localiza el dolor Defensa al dolor Flexión anormal Extensión anormal Ninguna
Respuesta verbal 5 4 3 2 1	Se orienta – conversa Conversa confusa Palabras inadecuada Sonidos raros Ninguna	Balbucea Llora – consolable Llora persistente Gruñe o se queja Ninguna

G 15: TCE lleu  
 G 12-14: TCE moderat  
 G <12: TCE greu

- Avaluar funció respiratòria, RCP si cal.
- Immobilitzar zona cervical: collet (collarín).
- Immobilitzar columna cervical durant trasllat.
- Detenir hemorràgia.
- Valorar si hi ha xoc hipovolèmic.
- Valorar la possibilitat de fractures a les 4 extremitats.



## 4.- EL NEN CREMAT

Origen: casa (cuina i bany)



Palmer method 1%  
- Patient palm-

Classificació segons:

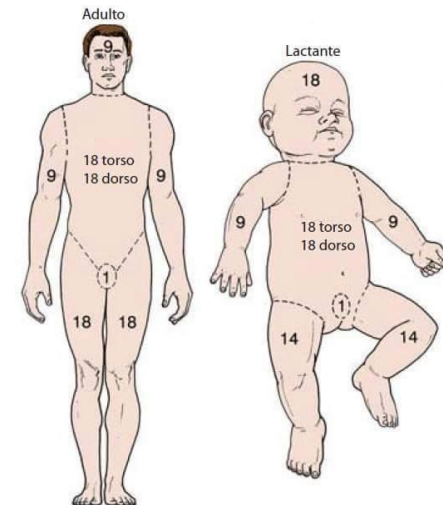
- PROFUNDITAT (1è, 2on o 3er grau)
- EXTENSIÓ:

Ingrés a UCI si:

- Cremada grau 2 al >40% superfície
- Cremada grau 3 si >10% superfície

15% per maltractament

Área superficial quemada: regla de los nueves



- Cures infermeres immediates:
  1. Treure-li la roba.
  2. Valorar la respiració:
    - si inhalació fum = tractament amb O<sub>2</sub>.
    - si edema glotis: intubació per prevenir obstrucció via aèria.
  3. Si cremada elèctrica: punt d'entrada i sortida. Risc de lesió de qualsevol òrgan.
  4. Reposició de volum: líquids i electròlits (prevenir shock hipovolèmic): via+ Sondatge Vesical.
    - 1eres 24h: **4cc/kg/%** superfície cremada (fórmula de Parckland).
    - 1eres 8h: ½ del càlcul total.
    - següents 16h: ½ del càlcul total.

- **Atenció infermera davant cremades greus:**
  - Compromís via aèria (edema, inhalació fum..)?
  - Alteració de la perfusió d'algun membre?
  - Maneig de líquids i electròlits.
  - Si Intervenció quirúrgica: problemes anestèsics per: difícil control líquids, reposició sang i regulació temperatura.
  - Antibiótic: Immunocompromesos.
  - Cures estèrils.
  - Problemes nutricionals: hipercatabolisme.
  - Analgèsics: control del dolor.
  - Problemes psicològics nen i pares.
  - Rehabilitació funcional i estètica.

- **Atenció infermera davant cremades Ileus:**
  - Refredar l'àrea cremada: aigua freda, gases...
  - No trencar ampolles.
  - Cobrir la cremada laxament.
  - Evitar el contacte amb aire: redueix dolor.
  - Valorar signes de possible infecció.
  - Administrar la vacuna antitetànica.
  - Si pacient enllitat: llençols estèrils.

# Cas nen cremat

- Nen de 5 anys, amb 20 kg de pes, que s'ha cremat la mà i l'avantbraç dret (+/- 5% superfície).
- Calcula el volum que li has de passar en les primeres 24h segons la fórmula de Parkland.

$$4\text{cc}/20\text{kg}/5 = \mathbf{400\text{ cc}}$$

- Quant li passaries en les primeres 8h?

**200cc.**

- Com programaries la bomba?

$$200\text{cc} - 8\text{h}$$

$$X\text{cc} - 1\text{h}$$

$$200 = 8x$$

$$\mathbf{X = 25\text{cc}/h}$$

# 5.- EL NEN ONCOLÒGIC



- >1any = 2a causa de mort (1a causa: accidents).
- Hi ha una proporció de càncer nens/adult d'1/100.
- Més freqüent en nens (1,35:1).
- Nenes tenen millor pronòstic.
  
- EN NENS/NENES <5anys:



Leucemia linfoblàstica aguda (+ freq; 70% supervivència)

Neuroblastoma

Tumor de Wilms

Retinoblastoma

Carcinoma hepàtic



- EN NENS >10 anys:  
Factors postnatals? Ambientals?
  - Tumors ossis.
  - Tumors testiculars.
  - Limfomes.



- Diferències entre les neoplàsies infantils i les de l'adult:

INFANCIA	ADULTS
Tumors embrionaris Sarcomes	Carcinomes
<b>Leucèmia (66%)</b>	Leucèmia (5%)
Localització anatòmica profunda	
<b>Diagnòstic accidental, fases avançades.</b>	Diagnòstic precoç
<b>70% curació</b>	

Manquen unitats de cures pal·liatives pediàtriques



• Tractaments habituals:

1.- Quimioteràpia. →

Via habitual: **PORT-A-CATH**  
 Catèter venós central amb reservori subcutani.  
 A subclàvia dreta (- infecció) fins Vena Cava.

2.- Radioteràpia.

3.- Cirurgia.

**Riscos:**  
 Infecció.  
 Trombosis  
 Fallada mecànica  
 Que se li quedi curt.

**Cures:**  
 Luerlock,  
 Pinça tancada x  
 retirar xeringa.  
 Heparinitzar.

- **Efectes secundaris del tractament oncològic:**
  - Alopècia.
  - Nàusees/ Vòmits (antiemètics).
  - Anorèxia.
  - Diarrea.
  - Mal estat general (MEG).
  - Augment del risc d'infeccions (leucopènia).
  - Hematomes i sagnats fàcils (plaquetopènia).
  - Astènia (anèmia).
  - Mucositis (nafres al tracte digestiu): analgèsics, prev. infecció + col·lutoris amb clorhexidina).
  - Infeccions.

## CAUSES DEL DOLOR del nen oncològic:

- TRACTAMENTS: Intervenció Quirúrgica, dermatitis (RTP), gastritis (vòmits), cefalea (Punció Lumbar), alteracions òssies (corticoides), infecció, mucositis.
- PROCEDIMENTS: punció capil·lar, venopunció, punció lumbar, aspiració, biòpsia medul·lar.
- MALALTIA: afectació tumoral de l'os, de teixits tous, de viscères.
- INCIDENTAL: traumatisme o dolors habituals de la infància.

## • Diagnòstics potencials del nen oncològic:

- Alteración de la dinámica familiar asociado al diagnóstico de cáncer. Esto puede manifestarse por llanto, angustia, labilidad emocional, inquietud y/ o agresividad tanto del niño, la madre u otro miembro de la familia.
- Alteración del estado emocional del niño relacionado con la hospitalización y su condición de enfermo, manifestado por negación, ansiedad, labilidad emocional, llanto, angustia y/o agresividad cada vez que algún miembro del equipo ingresa a la sala para controlarlo o examinarlo y más aún sino es su equipo médico habitual. Esto ocurre cuando el niño se hospitaliza en una unidad diferente a la oncológica. - Riesgo potencial de sépsis en relación al episodio de neutropenia o infección que acompaña generalmente al debut de la patología oncológica.
- Riesgo potencial de presentar otras alteraciones que acompañan a la patología oncológica tales como mucositis, tiflitis, hemorragia, dolor, y riesgo de presentar las complicaciones propias de cada una de ellas.
- Riesgo de desarrollar alguna urgencia oncológica como lisis tumoral, shock séptico, hemorragia, obstrucción intestinal, compresión medular, síndrome de vena cava, hipercalcemia.
- Alteración del bienestar del niño relacionado con el dolor que le provocan la patología de base y/o procedimientos diagnósticos. Esto puede ser manifestado por cambios en la facie del niño, quejidos, llanto, irritabilidad, o atonía psicomotriz y posturas viciosas.



- Riesgo de deterioro de la nutrición y la hidratación relacionado con las náuseas, vómitos, anorexia, mucositis y/o gastritis, que le provocan las drogas antineoplásicas.
- Temor del niño y la madre en relación a los efectos adversos del tratamiento y a las punciones venosas.
- Riesgo de efectos adversos hematológicos en relación al uso combinado de agentes antineoplásicos.
- Riesgo potencial de presentar reacciones alérgicas durante la administración de la quimioterapia (fiebre, enrojecimiento, rush cutáneo, dolor local, prurito local o generalizado, disnea, hipotensión).
- Riesgo potencial de alteración de la imagen corporal del niño en relación a la alopecia, oscurecimiento de la piel, fascie de luna (por el uso de corticoides), marcas de la radioterapia, etc
- Temor del niño y la madre en relación al tratamiento con radioterapia, a la cirugía o al trasplante de médula ósea, es decir, temor a lo desconocido.
- Temor de la madre a que el niño pierda el año escolar.
- Riesgo potencial de quedar fuera de alcance médico en relación a la evolución de la enfermedad y respuesta a tratamiento, haciendo necesaria la integración del paciente y su familia a un programa de alivio de dolor y cuidados paliativos.

- **Cures infermeres durant l'ingrés:**
  - Extremer mesures d'higiene.
  - Mascareta FFP3 per passadissos de l'hospital.
  - Evitar contacte de persones en processos infecciosos.
  - No tenir plantes d'interior.
  - Hidratació adequada.
  - Higiene: crema hidratant (sense aloe vera...), no utilitzar esponja, etc.
  - Higiene bucal: raspall tou, col·lutori antisèptic sense alcohol.
  - No emprar tampons, supositoris.

- **Cures infermeres a l'alta:**

Les cures hospitalàries

+

- Restringir número de visites diàries.
- Evitar contacte amb animals.
- Evitar estar present mentre es passi l'aspirador.
- No abusar de la sal si es pren corticoides.
- Protecció dels rajos solars (factor 50+ ulleres, gorra...).
- Exercici moderat: caminar, fer estiraments...
- Evitar les aglomeracions.

- Anar a l'hospital si:



Febre  $>38^{\circ}\text{C}$ .  
 Diarrea i/o vòmits.  
 Hematomes o sagnats.  
 Mal de cap o visió borrosa.  
 Dolors articulars.  
 Dificultat respiratòria.

- Manipulació higiènica d'aliments:
  - Aliments cuinats a  $>65^{\circ}\text{C}$  i ben cuits per dins.
  - Rebutjar fruites malmeses.
  - Rentar la fruita abans de menjar-la.
  - Evitar vegetals i hortalisses crues.



# **BLOC 4: SITUACIONS ESPECIALS EN EL NEN**

Tema 1: Problemes crònics de salut en el nen.

Tema 2: El nen hospitalitzat.

Tema 3: El nen en estat crític.

**Tema 4: El nen en estat terminal.**

**Tema 5: El nen maltractat.**

# 1.- CONCEPTE DEL NEN TERMINAL

- **Nen en estat terminal:**

És aquell que no té expectatives de cura per la malaltia que pateix, però que requereix tant cures i benestar com sigui possible.

- **Cures al final de la vida/ cures pal·liatives:**

Les cures pal·liatives pretenen aconseguir l'atenció integral del malalt terminal i de la seva família, tant en aspectes físics com emocionals, socials i espirituals.

- **Com** volen morir?

- Confortables.
- Dignes de veure.
- Sense dolor.

- **On?** A casa.

- **Quan?** Quan arribi el moment. Ni manteniment ni limitació.

- **Amb qui?** Pares, germans. - Les expressions d'afecte que desperta el contacte físic contribueixen a elaborar millor el procés de dol-.

# TEMA 4: EL NEN EN ESTAT TERMINAL

## -Continguts-

- 1.- Concepte de nen en estat terminal.
- 2.- Particularitats del dol a la infància
- 3.- Tipus de pèrdues.
- 4.- Procés de dol.

## 2.- PARTICULARIETATS DEL DOL A LA INFANCIA

- **Factors determinants del dol a la infància:**
  - Del moment evolutiu.
  - Circumstàncies externes.
  - L'actitud dels adults que envolten els nens.

*Ser consciente de en qué medida un niño agonizante comprende lo que le sucede, así como sus miedos, sentimientos, emociones y cambios físicos que pudieran producirse, puede ayudar a las personas que lo rodean a sobrellevar el diagnóstico y el proceso final.*



La mort d'un nen no és un esdeveniment esperable en el nostre medi.

Reconèixer al pacient com a terminal és decisiu per adequar els objectius terapèutics.

El fet és que els nens malalts i els seus germans són, normalment, conscients de la seva pròpia situació.

Cal evitar els factors d'alienació, deshumanització i despersonalització en el procés de la mort: evitar el dolor, promoure el confort i evitar la solitud.

El dol és un procés en el que la persona va incorporant a la seva vida la realitat de la pèrdua.

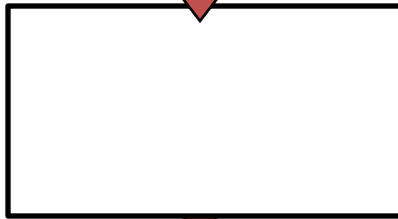
# 3.- EL PROCES DE DOL



**Atención**  
Valeria S.

lo importante no es la pérdida sino el dolor que esta genera sobre la persona.

CANVI



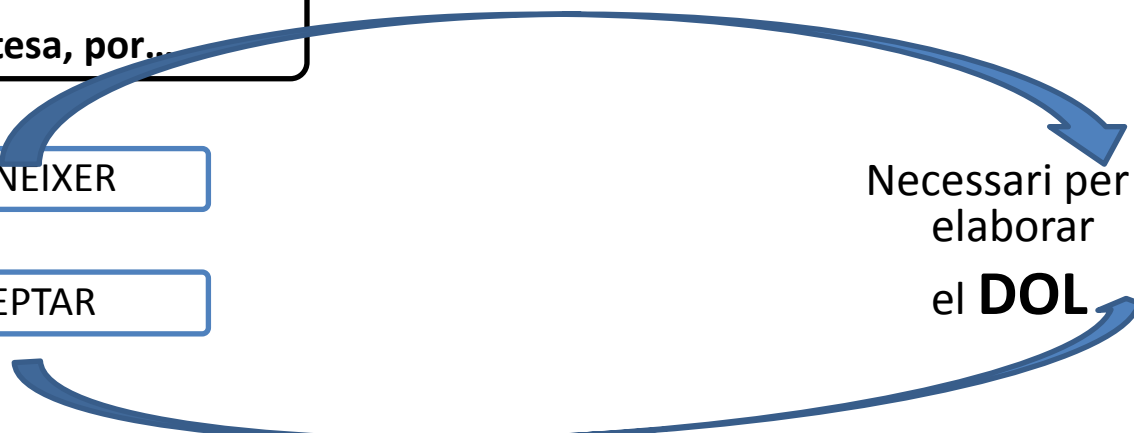
**EMOCIONS**

Enuig, tristesa, por...

RECONEIXER

ACCEPTAR

Necessari per elaborar el **DOL**




# ETAPES EMOCIONALS


- **SHOCK INICIAL**
- **NEGACIÓ**
- **IRA**
- **NEGOCIACIÓ**
- **TRISTESA**
- **ACEPTACIÓ**

*Poden aparèixer  
sentiments diversos...*

*No tothom passa per totes les fases ni en el mateix ordre!*

 FASE	CONDUCTA PADRES	ROL PERSONAL SANITARIO	ROL ESPECIALISTA
SHOCK INICIAL	Manifestaciones impulsivas Gran confusión Sufrimiento visceral	Contención emocional. Mantenimiento de la esperanza. Información dosificada. Preparación sobre la imagen del niño.	Asesoramiento al personal. Intervención precoz directa frente situaciones de alto riesgo.
NEGACIÓN	No quieren saber. Dificultad para comprender la situación. Rechazo.	Disponibilidad informativa. Respeto del mecanismo protector del psiquismo. Estimular sin forzar. Detectar situaciones de riesgo.	Intervención con los padres: según demanda del personal y de la gravedad del niño. Asesoramiento al personal (estrategias comunicacionales).



 ENFADO/IRA	Conflictos con el personal. Conductas agresivas.	Retracción informativa. Momento de alto estrés para el personal asistencial.	Abordaje 3 dimensiones: - Padres: asistencia individual) - Vínculo (mediación padres-personal). - Personal: refuerzo emocional y asesoramiento.
TRISTEZA	Sintomatología depresiva. Sentimiento de culpa. Dolor. Cansancio físico.	Estimular la autoestima y la capacidad materna y paterna.	Facilitar la elaboración del duelo por el “hijo ideal”. Entrevistas individuales. Grupos de padres. Asesoramiento al personal. Fomentar sintonía madre-hijo.
REEQUILIBRO	Vínculo en proceso. Menor oscilación emocional. Preocupación: lactancia, proximidad, rel. familiares	Disponibilidad informativa. Estimulación lactancia. Estimulación vínculo.	Intervención con los padres (según demanda). Grupos de padres. Seguimiento.

## 4.- TIPUS DE PÈRDUES

- Del fill que esperaven (projecció positiva).
- Del futur que s'havien plantejat coma família.
- De la dificultat de realització personal com a pare o mare.
- La reducció dels cercles de relacions socials, l'aïllament (emocional i social).
- Per l'anticipació a la mort del fill.
- Per l'anticipació a la pèrdua de salut del fill.
- Per la pèrdua de salut del fill.
- Per la mort del fill.

# TEMA 5: EL NEN MALTRACTAT

## - contingut -

- 1.- Aspectes preventius del maltractament.
- 2.- Concepte de maltractament.
- 3.- Tipus de maltractament.
- 4.- Atenció d'infermeria davant el nen o nena maltractat.



# 1. ASPECTES PREVENTIUS DEL MALTRACTA

## UNA RESPONSABILITAT COMPARTIDA

**TOTS** som responsables de detectar el RPS i de derivar-lo adequadament.

Tenim una responsabilitat legal:  
LEY1/1996 protecció jurídica del menor

Intervencions  
dràstiques

Detecció precoç

Formació i prevenció



**Código Deontológico de la Enfermería** Española en su Capítulo VII artículo 39 establece que:

“La enfermera denunciará y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento”.

**El artículo 13 de la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor**, anteriormente citada, obliga al personal de enfermería a notificar la situación detectada por estar su profesión directamente ligada a la salud del niño/a;

### **Notificació:**

“Una vez detectado el posible maltrato, para notificarlo no es necesario que el informante posea una certeza absoluta de que esa situación se está produciendo, sino que es suficiente poseer indicios razonables de ello. La responsabilidad de determinar si se está produciendo o no una situación de maltrato infantil corresponde al profesional de los servicios sociales.

Diagnòstic de maltractament =  
valoració global interdisciplinària.

## 2.- CONCEPTE DE MALTRACTAMENT

- CONCEPTE:

Situació en què *un infant és objecte de violència*, física o psíquica, per acció o per omissió o per tracte negligent, per part de les persones de qui generalment depèn per al seu desenvolupament correcte o per part de qualsevol altra persona.

- Inclou maltractament per:
  - ACCIÓ: el que es fa.
  - OMISSIÓ: el que es deixa de fer.
  - NEGLIGÈNCIA: Es realitza de manera inadequada.

INCIDÈNCIA (Cat.  
2000): 18,04‰

...ocasionant al nen/a dany FÍSIC, PSICOLÒGIC-EMOCIONAL I SOCIAL ... Per part de:

- Persones (familiars o no)
- Institucions (= maltractament institucional)

# 3.- TIPUS DE MALTRACTAMENT

- **TIPUS:**

-2 grups: per acció o per **omissió**-

## ***Maltractament físic***

Acció no accidental dels pares o cuidadors dels infants que els provoqui dany físic o malalties.

## ***Maltractament per negligència i abandonament***

Necessitats bàsiques de l'infant (físiques, socials i psicològiques) desateses de manera temporal o permanent.



## ***Maltractament psicològic o emocional***

Situació crònica en la qual els adults responsables de l'infant, amb actuacions o privacions, li provoquen sentiments negatius envers la pròpia autoestima i li limiten les iniciatives que té (menyspreu, insult...).

***Abandonament emocional:*** Falta persistent de resposta a les senyals (plor, somriure..), expressions emocionals i conductes procuradores de proximitat i interacció iniciades pel nen o nena



## ***Maltractament sexual***

Situació en la qual un nen o adolescent és utilitzat per satisfer els desitjos sexuals d'un adult.

## ***Maltractament prenatal***

Situació en què una dona en procés de gestació, de forma conscient o inconscient, no té en compte les atencions que demana el seu estat.

## ***Submissió quimicofarmacèutica***

*Síndrome de Münchhausen*

## ***Maltractament institucional***

## ***Explotació laboral***

# 4.- ATENCIONS D'INFERMERIA DAVANT EL NEN MALTRACTAT

INFERMERIA- PROFESSIÓ PRIVILEGIADA PER LA  
DETECCIÓ DE MARCADORS DE RISC.

- Estem a peu de llit 24h.
- Creem clima de confiança.
- Tenim contacte directe amb la família.
- Realitzem la higiene personal.
- L'àmbit sanitari és un dels àmbits bàsics de detecció del maltractament (urgències, hospitalització, consultes externes i atenció primària)
- Respectem la intimitat; lloc tranquil.
- Fem un registre el més objectiu possible, amb frases literals "" i sense donar opinions.
- Comunicar-ho a la DGAIA!

DGAIA: Delegació General Atenció a la  
Infància i a l'Adolescència.