Nous Vincles
Sant Joan de Déu
Atenció Primària

maig 2012

10



Editorial

Una eina més per a la coordinació atenció primària-hospitalària

HSJD, a prop teu

- Estudi sobre ingestió de productes càustics

  Una de cada dues famílies actua inadequadament quan l'infant ingereix un producte càustic

- Neurologia para pediatras: enfoque y manejo práctico (llibre)
- Llibre blanc de la higiene diària familiar(llibre)
- Recomanacions per pacients i famílies a l'alta hospitalària

  Recomanacions per l'administració de medicació inhalada, per la cura de la postectomia i per la cura del fixador extern d'extremitat

Coneixement professional

- El valor de la clínica: exploració del testicle en ascensor amb vídeo

  Per diferenciar el testicle en ascensor de la criptorquídia hem de fer una correcta exploració física, com il•lustra el vídeo realitzat pel Dr. Luis García

- Maneig dels trastorns respiratoris de la son

  Document de consens de les societats científiques quan al maneig dels trastorns respiratoris de la son

- Caso clínico: complicación de una infección en área ORL

Actualitat

- El fre lingual i els problemes per la lactància materna
- Referència article Pediatrics sobre estudi cardiològic previ al tractament TDAH
- Darrer informe FAROS: Com educar les emocions?

Què hi ha de nou en Vincles?

- Monografia de la plagiocefalia

Formació continuada

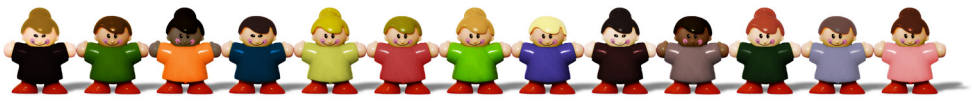
- Cursos Àula de Pediatria HSJD
- Crònica de la 1a Jornada d'infermeria de pediatria d'Atenció Primària

Ciència i humanitat

- ¿Me puede decir si mi hijo toma drogas? El principio de autonomía del menor maduro
- Assessorament a adolescents i famílies sobre el consum de drogues: balanç d'una experiència

El racó d'en Santi

- 5 consells KidsHealth / Recurs de xarxa
- Reader´s Digest (resumen del lector)



Editorial: Una eina més per a la coordinació atenció primària-hospitalària

Les diferents generacions que compartim actualment la condició de "adults" tenim com a mínim una cosa en comú: hem viscut unes quantes crisis. Algunes han estat més intenses que d'altres, però la consciència de que la societat viu "temps difícils" ha estat molt freqüent. Es podrà dir allò de "abans també passava, però no ens assabentàvem", però és cert que la comunicació de l'existència de situacions que inclouen elements subjectius (la por, especialment) contribueix en si mateixa a que aquestes situacions es difonguin i, per tant, es facin més paleses.

Així doncs, és clar que vivim una altra crisi i aquesta sembla que és profunda i es podria perllongar. És una època en que patim "retallades" de pressupost que ens obliguen a "ajustar-nos" si volem ser "sostenibles". En aquest context és fàcil que la preocupació pels propis interessos de persones o institucions aflori més que mai i condueixi a comportaments massa competitius. El projecte VINCLES té precisament l'esperit contrari. El grup de professionals que impulsem les diferents iniciatives busquem en tot moment que donin resposta a les necessitats dels altres, especialment les dels pediatres d'Atenció Primària per la repercussió que té la seva activitat sobre l'estat de salut dels nostres nens.

Des d'aquesta visió, recentment hem posat en marxa una nova iniciativa que ha estat el incorporar com a membres del Comitè Assistencial de l'Hospital Sant Joan de Déu a dos representants de l'atenció primària del nostre territori, el Dr. Vicente Morales (Metropolitana Sud) i la Dra. Susana Gutiérrez (Barcelona Esquerra). L'objecte d'aquesta mesura és contribuir al coneixement de la realitat de l'hospital i de l'atenció primària pels responsables d'ambdós nivells assistencials. I que aquest coneixement permeti prendre decisions conjuntes que es beneficiïn a tots.

Pensem, doncs, que en temps de crisi, contràriament al impuls primitiu de competir cegament al que fèiem referència abans, és quan és més important buscar els punts de confluència d'interessos que ens portin a iniciatives de col·laboració.

Josep Lluís Vega
Comitè de Redacció de Nous Vincles

L'Hospital Sant Joan de Déu, a prop teu

Una de cada dues famílies actua inadequadament quan l'infant ingereix un producte càustic.



Un de cada 300 infants que són atesos al servei d'urgències de l'hospital ho són per sospita que el nen hagi ingerit un producte tòxic. La segona causa d'intoxicació és la ingesta de productes domèstics, principalment productes càustics com rentavaixelles, lleixiu o productes desembussadors.

En aquest context, un equip de professionals de l'Hospital ha analitzat tots els casos de nens que van ser ingressats per ingesta d'un producte càustic durant el període comprès entre el gener de 2005 i l'abril de 2010 i que van ser un total de 78 infants.

Els resultats posen de manifest que un percentatge significatiu dels infants que han ingerit una substància càustica són nens menors de cinc anys i la majoria tenen al voltant de dos anys, moment en què ja caminen però encara no són capaços de reconèixer les situacions de risc.

Els responsables de l'estudi consideren que, a la vista dels resultats, cal millorar l'educació sanitària de les famílies per què adoptin mesures que evitin aquests accidents ja que, per exemple, en un 15% dels casos d'intoxicació el producte ingerit havia estat extret del seu envàs original i emmagatzemat en un recipient.

El treball elaborat per l'Hospital Sant Joan de Déu analitza, a més, com va actuar la família davant la intoxicació. En gairebé la meitat dels casos, els progenitors van induir l'infant al vòmit o li van administrar aigua o llet. Els autors de l'estudi assenyalen que aquestes pràctiques estan contraindicades perquè poden contribuir a l'aparició de lesions digestives. Per això, consideren que s'ha de potenciar la formació dirigida a les famílies sobre com han d'actuar:



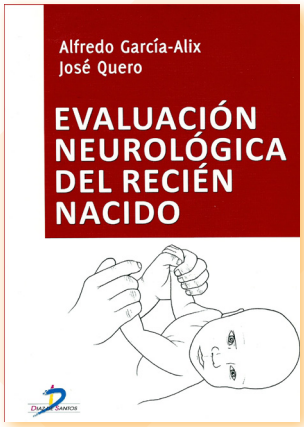
- No donar-li res de menjar ni beure.
- No produir-li el vòmit.
- Trucar al telèfon d'informació toxicològica– el 91 562 04 20 -on els informaran si la substància és realment tòxica i els indicaran si han de portar-lo a un servei mèdic.
- Portar al servei d'urgències el producte original de la substància ingerida per l'infant i el producte d'on l'ha ingerit el nen en el cas que l'hagin canviat d'envàs.

Servei de Comunicació
Hospital Sant Joan de Déu
Barcelona

Manual de neurologia per a pediatres.

Dos professionals del Servei de Neurologia de l'Hospital, Jaume Campistol i Pilar Póo, han publicat el llibre "Neurología para pediatras: enfoque y manejo práctico". Es tracta d'una obra de consulta per al pediatra que repassa les diferents malalties neurològiques en la infància, explica els símptomes, quines són les seves indicacions de tractament mèdic i quirúrgic, i complementa aquesta informació amb fotografies, diagrames explicatius, imatges radiològiques i reconstruccions en 3d. En l'elaboració de l'obra hi han col·laborat 29 especialistes de l'Hospital i d'altres de 10 centres de la resta d'Espanya i del món.

Podeu obtenir més informació sobre aquesta obra a la web de l'Editorial Panamericana.



Servei de Comunicació
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

Tres professionals de l'Hospital participen en l'elaboració del Llibre blanc de la higiene diària familiar.

Tres professionals de l'Hospital Sant Joan de Déu –el doctor Carles Luaces, la doctora Sílvia Ferrero i la infermera Librada Rozas- han participat en l'elaboració del Llibre blanc de la higiene diària familiar.

Aquesta obra està dirigida a mares de nens petits i dones embarassades, i té com a objectiu transmetre-les tot un seguit de recomanacions d'higiene personal i de la llar orientades a prevenir les malalties infeccioses.

Les persones interessades a llegir-lo se'l poden descarregar de la web http://www.dettol.es.

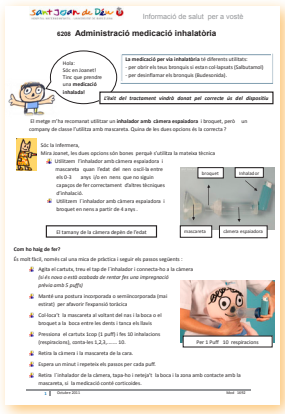


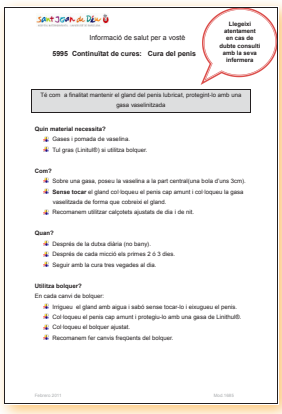
Servei de Comunicació
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

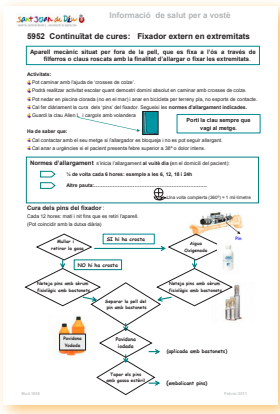
Documents d'informació per a pacients i famílies.

Amb la intenció de facilitar el coneixement entre els diferents proveïdors que ens dediquem a l'atenció de la salut pediàtrica, al temps que satisfem diverses demandes que ens han arribat per diferents canals, ens ha semblat útil fer incloure en aquest apartat de HSJD a prop teu els documents d'informació que facilitem a pacients i famílies, referits a diferents procediments. En aquest número s'inclouen:

- Administració medicació inhalatòria.
- Continuïtat de cures: cura del penis (fimosi).
- Continuïtat de cures: fixador extern en extremitats.







Inmaculada Oliveras i equips d'infermeria de suport i d'hospitalització
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

El valor de la clínica: la exploración física en un caso de criptorquidia



En los casos en que existe sospecha de criptorquidia, es mediante una exploración física adecuada que alcanzaremos el diagnóstico.

La exploración del canal inguinal y de los testículos se ha de realizar de forma cuidadosa y en un ambiente amable para el niño.

Se inicia con la inspección de las bolsas escrotales, con el fin de visualizar si el teste está en ellas o no. Si el teste no está en la bolsa escrotal, se inspeccionará el canal inguinal, que es el trayecto natural por donde los testes descienden de su origen abdominal hasta el escroto.

- Si el teste se visualiza en el canal inguinal, se hará una palpación del mismo e intentaremos de forma suave descenderlo al escroto.
  - Si esto no es posible, catalogaremos al teste como criptorquídico.
  - Si con la manipulación el teste lo podemos descender a la bolsa escrotal y tras soltarlo persiste en ella hablaremos de un **teste en ascensor**. Si por el contrario el teste vuelve a ascender hablaremos de **teste en resorte**.
- Si el teste no se visualiza ni se palpa en el canal inguinal, hablaremos de **teste no palpable**.

El siguiente video será útil para entender los conceptos comentados.

Enlace al vídeo

Código de acceso: nousvincles10teste

Trastornos respiratorios del sueño: síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHS)

Los trastornos respiratorios durante el sueño constituyen una entidad de gran polimorfismo clínico que engloba desde el roncador habitual hasta el síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHS). Considerados globalmente una patología de elevada prevalencia y alto impacto sanitario, se ha estimado que el 10% de la población pre-escolar y escolar es roncadora habitual y sólo un 2-3% de estos niños cumplirán criterios claros de SAHS, afectando principalmente al sexo masculino (pico máximo de incidencia en torno a los 2-3 años de edad).

Los problemas de comportamiento, las dificultades del aprendizaje y el retraso del crecimiento derivados del síndrome ejercen un gran impacto sobre la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, la aplicación de una serie de medidas terapéuticas adecuadas es capaz de revertir tanto el SAHS como sus complicaciones, resultando de fundamental importancia un diagnóstico precoz.

Fisiopatología

La principal alteración fisiopatológica descrita en pacientes con SAHS radica en la obstrucción recurrente parcial (hipopnea) y/o total (apnea) durante el sueño de la vía aérea superior, con persistencia de la actividad de los músculos respiratorios, desaturación de la hemoglobina e hipercapnia. Estos eventos pueden asociar además arousals o microdespertares responsables de la fragmentación y alteración de la normal arquitectura del sueño en el niño.

En la infancia la causa más frecuente del SAHS es la hipertrofia adenoidea y amigdalar, en relación a su máximo crecimiento en los primeros 5 años de vida. Asimismo se ha establecido una relación entre factores ambientales y genéticos específicos (humo del tabaco, rinitis alérgica y asma infantil) y el incremento de la prevalencia de la hipertrofia adenoamigdalar y del SAHS.

El alarmante incremento de la obesidad infantil ha modificado nuestra visión clásica del SAHS y ha propiciado una clasificación fenotípica del síndrome en 2 tipos. En el SAHS tipo I prevalece una marcada hipertrofia adenoamigdalar mientras que el SAHS tipo II mostrará un predominio de la obesidad.

En la TABLA I del documento adjunto se recogen los principales factores de riesgo para el desarrollo de SAHS.

Clínica

El síntoma más frecuentemente descrito en niños con alteraciones respiratorias durante el sueño es el ronquido, expresión del incremento en la resistencia de la vía aérea superior. Estos pacientes presentan un sueño “intranquilo” con frecuentes movimientos y ocasionalmente posturas peculiares como la hiperextensión cervical, con la finalidad de optimizar su vía aérea. Asimismo existe un incremento del trabajo respiratorio con utilización de la musculatura accesoria y sudoración profusa.

Los microdespertares responsables de la fragmentación del sueño impiden un descanso reparador, por lo que el niño afecto de SAHS puede presentar mayor cansancio, cefaleas matinales, irritabilidad y rendimiento escolar deficiente. La excesiva somnolencia diurna es menos frecuente que en el adulto, siendo referida aproximadamente por el 7% de los padres y aumentando al 13-20% cuando es valorada mediante test de latencias múltiples en el laboratorio de sueño.

En casos de hipertrofia adenoamigdalar leve se objetiva además obstrucción nasal y respiración bucal nocturna; en casos severos es posible la existencia de respiración bucal diurna, voz gangosa e incluso disfagia. Cabe destacar que estos niños presentan una mayor incidencia de parasomnias (sonambulismo, terrores nocturnos, etc.) y de enuresis nocturna. TABLA II del documento adjunto.

../...

Complicaciones del SAHS

Consecuencias cognitivo-conductuales del SAHS en niños

Tanto las alteraciones conductuales como las neurocognitivas han sido bien caracterizadas en el SAHS infantil. Se han descrito desde comportamientos agresivos u oposicionistas hasta trastornos de déficit de atención asociados o no a hiperactividad, pasando por una amplia gama de dificultades en el aprendizaje. Algunos autores han establecido una relación directa entre un mayor índice de masa corporal y la vulnerabilidad cognitiva. Otros han demostrado en pacientes con SAHS, niveles de proteína C reactiva superiores en relación con el bajo rendimiento académico.

Consecuencias cardiovasculares

El papel como factor proinflamatorio y aterogénico ha sido bien establecido en el SAHS. La hipoxia e hipercapnia intermitentes descritas en estos pacientes se han involucrado en el funcionamiento incorrecto de la vascularización arteriovenosa. Por un lado provocan una disfunción del sistema nervioso autónomo con activación del sistema simpático, responsable de alteraciones de la tensión arterial e hipertrofia del ventrículo izquierdo. Por otro lado, estos episodios hipóxicos e hipercápnicos elevan la resistencia vascular pulmonar con la subsiguiente hipertensión arterial pulmonar e hipertrofia del ventrículo derecho.

Alteraciones del crecimiento

Las alteraciones del crecimiento constituyen una consecuencia reconocida del SAHS infantil, por lo que es una patología que debe ser descartada en aquellos niños estudiados por fallo de medro. Estudios del efecto de la amigdalectomía sobre parámetros como la altura, el peso, el factor de crecimiento insulínico (IGF-1) y la proteína transportadora del factor de crecimiento insulínico (IGFBP-3), demuestran sus beneficios sobre ellos. Los factores involucrados en el déficit de crecimiento son múltiples, aunque algunos de ellos desconocidos. El gasto energético durante el sueño se eleva por encima de lo normal en pacientes con SAHS, reduciéndose francamente tras la adenoamigdalectomía. Asimismo han sido implicados en el fallo de medro, la disminución en la producción de la hormona de crecimiento secundaria a los cambios en la arquitectura del sueño y/o el incremento de la resistencia periférica a los factores de crecimiento.

Diagnóstico

El diagnóstico del SAHS se basa en una anamnesis y un examen físico detallados. La polisomnografía (PSG) nocturna constituye la prueba gold estándar para la confirmación diagnóstica, dada su capacidad para registrar variables neurofisiológicas electroencefalográficas (que permiten valorar estadíos y arquitectura del sueño) y cardiorrespiratorias (que evalúan el esfuerzo respiratorio e intercambio gaseoso). En el año 2007 la Academia Americana de Medicina del Sueño publica los criterios diagnósticos actuales para la identificación y clasificación de los eventos respiratorios en la infancia: apneas, hipopneas, limitación del flujo aéreo, hipoventilación nocturna y respiración periódica en niños (Tabla III del documento adjunto).

Tratamiento

En presencia de una hipertrofia adenoamigdalar y un SAHS leve (índice de apnea/hipopnea por hora de sueño (IAH) de 1-4) el tratamiento de elección será el médico. El uso de corticoides tópicos nasales se fundamenta en la disminución de la resistencia de la vía aérea obtenida por la descongestión de las fosas nasales y del cavum. Por otro lado la utilización de antileucotrienos resulta otra terapia adecuada en esta situación gracias a su efecto anti-inflamatorio sobre el tejido linfoide.

El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellos pacientes con hipertrofia adenoamigdalar y SAHS moderado-severo (IAH>4); se aconseja la resección total del tejido adenoideo y parcial amigdalar (adenoamigdalectomía) por su menor índice de hemorragias y dolor post-operatorios, con una recuperación más rápida.

El tratamiento con ventilación no invasiva está indicado en niños con SAHS residual tras cirugía o en casos de contraindicación quirúrgica, siendo la presión aérea positiva continua (CPAP) la técnica de elección. En caso de intolerancia o imposibilidad de acceso a este método, se indicará la ventilación con presión inspiratoria y espiratoria (BiPAP). En caso de existir obesidad concomitante debe incidirse en la importancia de reducir peso.



- **"Documento de consenso del síndrome de apneas-hipopneas del sueño en niños"**
- **Enlace a la charla para padres**

Palabras clave: Apnea-hipopnea del sueño, SAHS infantil, trastorno respiratorio sueño en niños

Oscar Sans Capdevila.
Unitat Trastorns del Son. Neurofisiología Clínica.
Servei Neurología. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

Caso clínico: complicación de una infección en área ORL

Niño de 6 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por fiebre de hasta 38.5ºC de 24 horas de evolución y odinofagia. A la exploración se observan amígdalas hipertróficas e hiperémicas con exudados blanquecinos y adenopatías laterocervicales rodaderas. Se cursa detección de antígeno del *Streptococo pyogenes* en frotis faringoamigdalar con resultado negativo, por lo que, con la orientación diagnóstica de faringoamigdalitis de etiología viral se remite a domicilio con tratamiento sintomático y se dan normas de observación a la familia.

Tras 72 horas el paciente reconsulta por persistencia de la fiebre que se acompaña de rechazo progresivo de la ingesta, babeo y rigidez cervical progresiva. Se encuentra estable y a la exploración se objetivan de nuevo hiperemia e hipertrofia faringoamigdalar francas con exudados, sin claras asimetrías amigdalares ni abombamiento de la pared retrofaríngea. Se objetiva tortícolis con limitación de la rotación cervical izquierda, aunque con flexo-extensión conservada.

Ante la sospecha de complicación supurada del área orofaríngea se solicita una radiografía cervical con proyección lateral (**Figura 1**) y una analítica sanguínea que presenta 29.500 leucocitos/mmcc con desviación izquierda (77% segmentados, 12% linfocitos) y PCR 31 mg/L

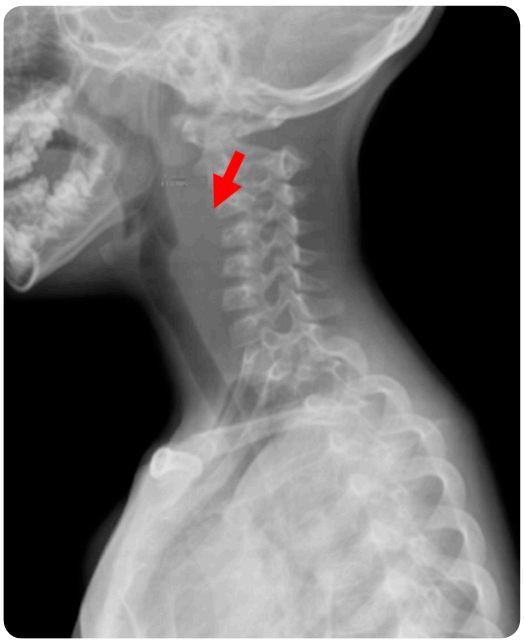


Figura 1. Radiografía lateral cervical.

¿Qué complicación sugieren el cuadro clínico referido y la imagen radiológica?

En la radiografía laterocervical se aprecia aumento de partes blandas en la pared posterior de la orofaringe, lo que lleva a sospechar la presencia de un **absceso retrofaríngeo**. Ante dicho cuadro, se decide ingreso en planta de pediatría para tratamiento endovenoso con amoxicilina clavulánico, sueroterapia y antiinflamatorios. Durante el ingreso se realiza una TAC cervical que confirma la presencia abscesificación cervical (**Figura 2**).

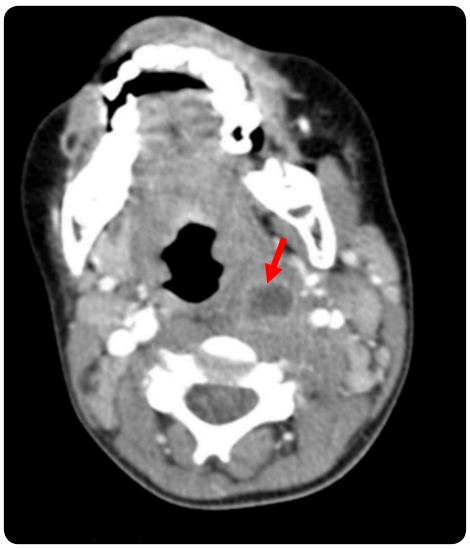


Figura 2. TAC cervical en la que se objetiva una lesión hipodensa de 18 mm de diámetro situada en el espacio retrofaríngeo izquierdo, con realzamiento periférico del contraste.

El paciente es valorado por el servicio de otorrinolaringología que indica actitud conservadora, en espera de ver la evolución con tratamiento médico. La evolución clínica del paciente es favorable, con desaparición de la fiebre a las pocas horas de ingreso, resolución de la limitación del movimiento cervical y remisión progresiva de los signos inflamatorios locales. Tras 6 días de tratamiento parenteral, es dado de alta a domicilio con amoxicilina clavulánico oral durante una semana más.

Comentario del caso clínico

La faringoamigdalitis es la inflamación de la faringe y amígdalas palatinas, causada tanto por virus como por bacterias, entre las cuales la más frecuente es *S. pyogenes*. Las faringoamigdalitis bacterianas se presentan generalmente en niños mayores de 3 años y pueden dar lugar a complicaciones precoces, tanto locales (abscesos, celulitis) como generales (sepsis) o tardías (fiebre reumática).

El test antigénico rápido es el método más eficaz para el diagnóstico de la faringoamigdalitis estreptocócica. En este caso, el tratamiento de primera elección son las penicilinas (pencilina oral, amoxicilina o pencilina benzatina). En alérgicos a las mismas se recomiendan los macrólidos como josamicina o azitromicina.

El absceso retrofaríngeo se produce por una infección de los ganglios linfáticos situados entre la pared posterior de la faringe y la fascia prevertebral con una mayor incidencia entre los 2 y los 4 años de vida. Frecuentemente se debe a una infección polimicrobiana, en la que predominan *S. pyogenes*, *S. aureus* y anaerobios respiratorios. Típicamente se presenta con mal estado general y fiebre elevada. Síntomas frecuentes son la disfagia, odinofagia, voz gangosa, babeo, rechazo del alimento y torticolis con dolor a la movilización del cuello. En la exploración física se puede observar un abombamiento de la pared posterior de la faringe, aunque este signo puede estar ausente, como sucedió en nuestro caso.

../...

Ante un cuadro clínico sugestivo, se recomienda realizar una radiografía cervical lateral. Se considera patológica la presencia de aire en tejidos blandos o un aumento persistente de tejidos blandos prevertebrales (más de la mitad de un cuerpo vertebral por encima de C3 y un cuerpo vertebral por debajo de C3). También se considera sugestiva de absceso retrofaríngeo la pérdida de la lordosis cervical fisiológica secundaria al espasmo muscular o a la inflamación local. Ante la sospecha se recomienda la realización de una TAC cervical para confirmar el proceso y determinar su extensión. Tal y como se procedió en nuestro caso, los pacientes con sospecha de absceso retrofaríngeo deben ser hospitalizados para administrar tratamiento antibiótico endovenoso y manejados conjuntamente con el otorrinolaringólogo, prestando especial atención al cuidado a la vía aérea. El tratamiento antibiótico empírico debe ser iniciado cuanto antes con amoxicilina clavulánico o clindamicina y se debe mantener por vía endovenosa hasta que el paciente presente mejoría clínica y se mantenga afebril, pudiéndose entonces pasar a vía oral hasta completar 14 días. Las indicaciones del drenaje quirúrgico incluyen: compromiso respiratorio por obstrucción de la vía aérea, falta de respuesta al tratamiento médico y algunos autores recomiendan realizarlo cuando se observa una imagen de absceso en la TAC de más de 2 cm de diámetro. La falta de respuesta al tratamiento médico se puede definir por falta de mejoría clínica o empeoramiento tras 24 a 48 horas del inicio de la antibioticoterapia. En nuestro caso la evolución clínica del paciente fue favorable con tratamiento conservador, quedando afebril a las 24 horas de ingreso, con remisión progresiva de los signos inflamatorios, por lo que no precisó drenaje quirúrgico.

Las complicaciones del absceso retrofaríngeo son infrecuentes pero potencialmente fatales. Por ello una detección precoz y la instauración de un tratamiento adecuado son de vital importancia.

DIAGNÓSTICO: ABSCESO RETROFARÍNGEO

Bibliografía

- Allué Martínez X. Faringitis, amigdalitis. En: Tratado de Urgencias de Pediatría. 2ª ed. Ergon, Madrid, 2005. p: 220-3.
- Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management. Pediatrics 2003; 111: 1394-8.
- Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Hospital Infantil La Paz. 5ª ed. Publires, Madrid, 2009. p: 277 y p: 725.
- Martín Campagne E, del Castillo Martín F, Martínez López MM, Borque de Andrés C, de José Gómez MI, García de Miguel MJ, Baquero Artigao F. Abscesos periamigdalino y retrofaríngeo: studio de 13 años. An Pediatr (Barc) 2006; 65: 32-6.
- Page NC, Bauer EM, Lieu JE. Clinical features and treatment of retropharyngeal abscess in children. Otolaryngol Head Neck Surg 2008; 138: 300.

Dra. Elisa González Forster, Dr. Miguel Alsina Casanova, Dra. Gemma Claret Teruel, Hospital Sant Joan de Déu Barcelona).

Actualitat

El fre lingual i els problemes per la lactància materna

El fre lingual (anquiloglosia) consisteix en la presencia de una membrana que subjecta la llengua al terra de la boca i que dificulta la lactància al no pogué exprimir correctament el pit dintre de la boca. Quan la llengua esta fixada impedeix obrir correctament la boca i lesiona el mugró de la mare, provocant al mateix temps un síndrome de posició inadequada al lactar[1], malgrat la visió externa del nen agafat al pit sembla adequada[2].

La presencia de fre lingual és una observació realitzada des de la Grècia antiga. El tall del fre de la llengua era una activitat que fins als anys 60 del segle XX, moltes llevadores feien acabat el part, per tal de facilitar la succió dels nadons. En altres casos, els pediatres o les mateixes infermeres de pediatria feien aquesta intervenció que permetia als nens mamar amb eficàcia i sense dificultats. L'abandonament progressiu de la lactància materna va provocar que aquesta practica quedes oblidada i fora de la puericultura habitual.

La incidència de fre lingual no ha estat mai el objectiu dels estudis. Palmer[3], odontòleg americà valora la incidència que Hazelbaker va trobar en la seva tesis, essent d'un 5,4%. Posteriorment s'han comunicat xifres fins a un 10 per cent de la població[4].

El increment de la lactància materna[5] en els últims anys ha provocat en el sanitaris una necessitat de formació en lactància i una recerca de solucions a les dificultats que les mares presentaven. Possiblement seguint les recomanacions de l'Organització Mundial de La Salut (que en els objectius del seu pla estratègic 2001 ens anima a sensibilitzar sobre els principals problemes que afecten a la alimentació del lactant i del nen petit, identificant les seves solucions proporcionant un marc d'intervencions essencials[6]), el tractament del fre lingual simptomàtic és una de las activitats que cal revisar[7].

Publicacions recents destaquen la millora de la tècnica i desaparició del dolor en el pit, amb increment de la quantitat de llet ingerida després de la frenectomia i possiblement una durada més prolongada de la lactància en els nens amb frenectomia, encara que existeixen discrepàncies sobre el moment del tall del fre i la indicació correcta. No hi han estudis que demostrin amb claredat que la lactància serà mes llarga si es realitza la frenectomia, però sí que sembla clar que la lactància serà menys dolorosa[8,9], i mes eficaç[10].

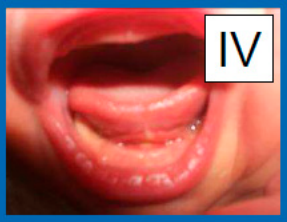
Altres publicacions actuals avaluen la indicació de la frenectomia i el moment idoni per practicar-la. Hazelbaker va

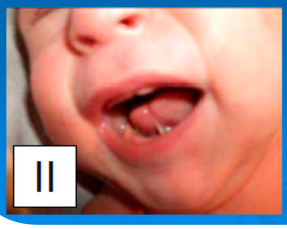
descriure un test per valorar la necessitat de realitzar-la, mitjançant una sèrie de proves objectives. Inclou l'avaluació d'aspectes morfològics (significatiu si el resultat d'aquests és igual o menor de 8); així com la d'altres de funcionals (significatiu si el resultat és de 14 o inferior). Davant d'aquests resultats significatius, es recomana la frenectomia[11]. Per altra banda, Coryllos ha definit quatre tipus de fre lingual[12]. Els tipus i les imatges de la classificació de Coryllos es poden veure en el quadre 1.

Tipus de fre lingual

Quadre 1









No tenim xifres d'incidència de fre lingual, considerant tots aquestos aspectes. Alguns cirurgians pediàtrics parlen de la importància i del oblit d'aquesta patologia[13].

Hi ha una sèrie de símptomes acompanyants a la presencia de fre lingual que possiblement no han estat valorats com associats a aquesta situació: la presencia d'icterícia deguda a una alimentació més escassa; la pèrdua excessiva de pes en el nadó o dificultat en recuperar el pes de naixement; la presència de call, deguda a que el nadó ha de fer més força i no està ben agafat; molèsties al mugró amb o sense clivelles. Amb el temps les molèsties es toleren i possiblement les mares s'habituen al mal o per aquet han deixat de donar el pit. La sensació és que el nen esta tot el dia prenent el pit, no s'atipa mai i la mare té llet de sobra que li regalima quan dona de l'altre pit, de tal forma que poden tenir la sensació que la llet no alimenta prou. Aquesta situació acaba molt ràpidament amb la lactància.

La tècnica cirúrgica utilitzada és simple. En nens grans i en adults la tècnica requereix amb freqüència la sutura després de l'incisió. En els nadons la tècnica descrita és més simple. En els tipus 1 i 2 de Coryllos senzillament el que es fa és un tall simple i degut a la poca vascularització, l'alliberació de la llengua és molt rapida. Quan hi ha un component posterior i submucós (tipus 3 i 4 de Coryllos), la tècnica que ella mateixa recomana és una petita incisió en la mucosa i posteriorment arribar al teixit fibrós submucós i tallar-lo. Amb aquesta tècnica la mucosa s'obra ràpidament i queda un rombe en la base de la llengua. La tècnica requereix anestesia local, ja que encara que sabem que en aquesta mucosa hi ha poques terminacions sensitives, l'aplicació d'anestèsia[14] local amb lidocaïna permet assegurar als pares que no fa mal. Anys enrere havíem fet las intervencions de fimosis en els nadons sense anestèsia . L'incisió ha de ser central, de forma que las estructures vasculars que van per la porció externa del fre no siguin tallades, amb el risc possible de hemorràgia. Acabat de fer la tècnica, en uns minuts el nen es col·loca al pit. En general la obertura de la boca es més gran i el nen s'agafa mes fàcilment[15].

En l'estudi fet al CAP el Castell de Castelldefels a l'any 2009, el 91% de les dones refereixen la desaparició del dolor en el pit després de la frenectomia i un 62% diuen que las preses son mes curtes (mes eficàcia mamant)[16].

Com no hi ha referències sobre la millor edat per fer la frenectomia, no hi ha cap raó perquè una vegada diagnosticat, si genera dificultats per a la lactància, no s'indiqui l'intervenció. Si el nen és més gran, haurà adquirit hàbits de succió, que potser seran més difícils de modificar.

Una vegada el nen mama la possibilitat de que la ferida es tanqui és mínima, però a la boca del nadó les adherències de bores de la ferida oberta són freqüents. Recomanem als pares uns exercicis[17] per mobilitzar la llengua i evitar la cicatrització per primera intenció i, d'aquesta manera, guanyar longitud de la llengua. A part dels exercicis, hem d'informar als pares que sota de la llengua es pot veure en uns dies una lesió de forma romboide de color blanc.

En nens grans i adults el fre lingual provoca símptomes i patologia que és estudiada per odontolegs3, otorinolaringòlegs i logopedes4. Podem fer una aproximació al tema en una presentació que trobem a Internet[18].

Referències

1. González Rodríguez, C.J. Síndrome de posición inadecuada al mamar. Anales españoles de pediatría, 1996 NOVIEMBRE; 45 (5) 527 – 529.
2. Organización Mundial de la Salud. Consejería en lactancia Materna: curso de capacitación. WHO/CDR/93.4/UNICEF/NUT/93.2
3. http://www.brianpalmerdds.com/bfeed_frenulums.htm
4. Irene Queiroz Marchesan. Lingual frenulum: classification and speech interference Orofacial Myology. 2004 Nov ;30:31-8
5. http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Salut_maternoinfantil/documentacio/arxius/indicamaternocomplert2011.pdf
6. OMS. Estrategia Global Alimentación Lactante y niño pequeño 2002.
7. Messner AH, Lalakea ML. Ankyloglossia: controversies in management. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2000 Aug 31;54(2-3):123-31
8. Ballard JL, Auer ChE, Khoury JC Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad. Pediatrics 2002;110; http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/110/5/e63
9. Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems.J Paediatr Child Health. 2005 May-Jun;41(5-6):246-50.
10. http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/122/1/e188
11. Hazelbaker AK. The assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF): use in a lactation consultant private practice [thesis]. Pasadena (CA): Pacific Oaks College; 1993

12. Coryllos EV, Genna CW, Salloum AC. http://www.aap.org/breastfeeding/files/pdf/bbm-8-27%20Newsletter.pdf
13. Briz Manzanares J, Díaz Gómez L. Anquiloglosia: esa pequeña gran desconocida. 50 Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediatrica. Barcelona Junio 2011.
14. Editorial Comment: Tongue-tie. Mc Bride C. J.Paediatr.Child Health(2005) 41,242 .
15. http://www.youtube.com/watch?v=TgE37oowWSg
16. Catala S, Murillo N, Ruiz L, Carrau M, Perellada N, Diaz C. Frenectomias en un Centro de Atención Primaria: Impacto en el bienestar materno.infantil. Presentado como poster en el VI Congreso de Lactancia materna. Avila. 2011. http://www.gavasalutfamiliar.com/congreso.pdf
17. www.gavasalutfamiliar.com/
18. http://www.gavasalutfamiliar.com/gava_11_11_11.pdf.

Luis Ruiz Guzman. Pediatra. MSc Matern-Infantil
Diplomat en Patologia Mamaria
gavasalutfamiliar@gmail.com

El cribatge cardíac previ al tractament estimulant en nens amb TDAH

Donada la preocupació per la problemàtica del risc cardíac vinculat al tractament estimulant dels nens amb TDAH, ens ha semblat interessant referir-vos a aquests dos articles recents de “Pediatrics” sobre el tema:

http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/05/11/peds.2010-3371

http://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/222.full.pdf+html

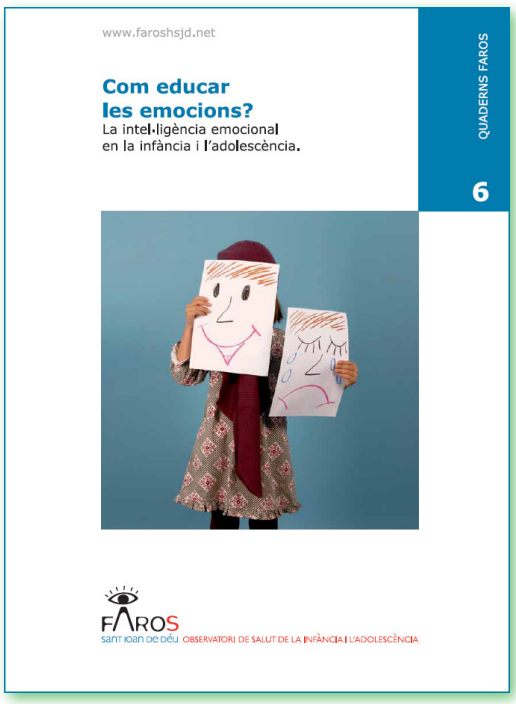
El darrer informe FAROS posa de manifest la importància de l’educació emocional en la salut i benestar dels infants



L’Observatori FAROS de la Salut de la Infància i Adolescència, impulsat per l’Hospital Sant Joan de Déu, ha presentat davant més de 400 persones un informe que posa de manifest la importància de l’educació emocional per a la salut i benestar dels infants. Els nens i adolescents que adquireixen habilitats d’intel·ligència emocional pateixen menys estrès, tenen més recursos per afrontar i superar amb èxit les situacions adverses al llarg de la seva dia, i són més capaços de gestionar els conflictes.

L’estudi porta per títol Com educar les emocions? La intel·ligència emocional en la infància i l’adolescència, ha estat coordinat pel Dr. Rafael Bisquerra, catedràtic d’Orientació Psicopedagògica de la Universitat de Barcelona i ha comptat amb la participació del divulgador científic Eduard Punset i altres experts en intel·ligència emocional com l’escriptor i periodista Gaspar Hernández.

El treball posa de manifest que la programació curricular de la majoria de les escoles no inclou activitats d’educació emocional tot i que una major capacitació emocional pot ajudar a reduir la conflictivitat en les classes i millorar la convivència. Alguns estudis, a més, demostren que instaurar a l’aula l’aprenentatge social i emocional és més eficaç i té més avantatges acadèmics per als nens –treuen millor qualificacions- que reduir el nombre d’alumnes per classe.



L'entorn familiar també té un paper clau en com educar les emocions en els infants i, per això, l'informe inclou tot un seguit d'activitats concretes que es poden posar en pràctica a l'escola i a casa per desenvolupar la intel·ligència emocional en els infants. Podeu descarregar-vos l'informe íntegra al web de Faros, així com visualitzar el vídeo de l'acte de presentació de l'informe del passat 6 de març.

FAROS Sant Joan de Déu és la plataforma de promoció de la salut i el benestar infantil de l'Hospital Sant Joan de Déu. Està dirigit a mares i pares que tenen interès a rebre informació de qualitat sobre la salut dels seus fills, i també a cuidadors i professionals del camp de la salut i l'educació.

Enllaç a l'informe
Format flipbook

Enllaç a l'informe
Format pdf

Servei de Comunicació
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

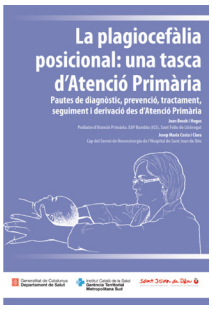
Què hi ha de nou en Vincles?

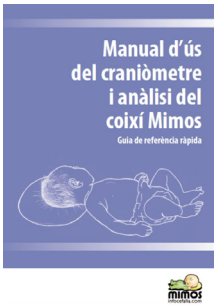
Recomanancions per la prevenció de la plagiocefàlia

En la línea del que hem publicat en números anteriors de la revista Nous Vincles, en aquest us aportem tres documents que poden ser útils pel pediatre d'atenció primària en el seu objectiu de prevenir la plagiocefàlia posicional. Es tracta, per una banda, d'un manual d'ús del craniòmetre i anàlisi del coixí Mimos; per altra, un tríptic amb consells per a la prevenció de la plagiocefàlia, dirigits als pares; i finalment, i més destacable, una monografia titulada "**La Plagiocefalia posicional: una tasca d'Atenció Primària**", de la qual us adjuntem el link al pdf (http://www.infocefalia.com/i/protocolo/monografia/llibre.pdf).

Tots aquests materials han estat preparats pel Dr. Bosch, pediatre d'Atenció Primària, i el Dr. Costa, neurocirurgià de l'Hospital Sant Joan de Déu.

La Plagiocefalia posicional: una tasca d'Atenció Primària







Manual del craniòmetre i anàlisi del coixí Mimos

Es por evitar!, tríptic amb consells per a la prevenció de la plagiocefàlia

Dr. Bosch, pediatre Atenció Primària
Dr. Costa, neurocirurgià Hospital Sant Joan de Déu

Formació continuada

Cursos de l'Àula de Pediatria

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

- Curs de formació en trastorns de l'espectre de l'autisme (TEA) per a professionals (Convocatòria online oberta).
  01 de març de 2012
- IX Curs d'Infermeria de ventilació no invasiva pediàtrica i neonatal.
  13 de juny de 2012
- El nen hospitalitzat: abordatge integral.
  14 de juny de 2012
- Al·letament matern en el nen malalt.
  22 de juny de 2012



1a Jornada d'Infermeria de Pediatria d'Atenció Primària

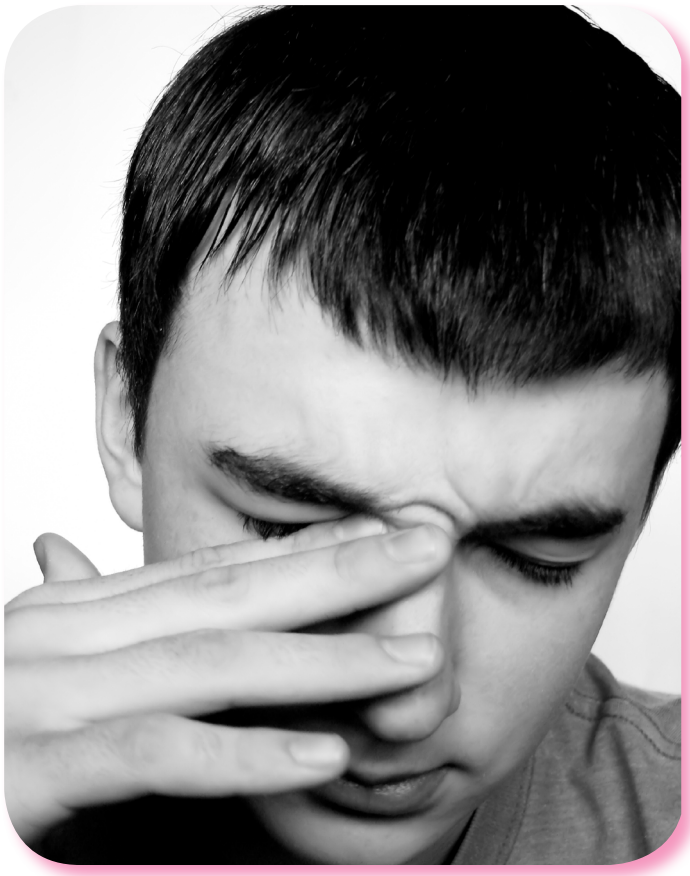
El passat dia 16 de febrer es va presentar a BellPuig la "Primera Jornada d'Infermeria d'Atenció Primària de les Terres de Ponent (I Jornada d'Infermeria dels nen@s a les Terres de Lleida) amb el lema: "El dia a dia de les infermer@s dels nen@s"

Enllaç a la crònica de la Jornada
Format pdf

Si voleu més informació:
Ana Sáez
Direcció Docència / Àula de Pediatria / Hospital Sant Joan de Déu
Telèfon 932532130 / FAX 932804179 / direcciodocencia@hsjdbcn.org

Aspectos éticos ante el consumo de tóxicos en los adolescentes

S. Gabaldón Fraile[1] y JL. Matalí Costa[2]



Es indudable que el consumo de drogas ha aumentado considerablemente en los últimos años, y de manera más evidente en los adolescentes, donde las consecuencias de su consumo pueden afectar a todos los ámbitos: aumento del fracaso escolar, mayor prevalencia de trastornos mentales y peor ajuste psicosocial[3]. En este período también ha cambiado el modelo de consumo de alcohol y de sustancias, que se concentra en los fines de semana.

Estos hechos no se traducen en un aumento de las consultas a los profesionales de la salud, por lo que se podría concluir que no se está detectando adecuadamente el consumo en este colectivo o que el Sistema Sanitario no accede adecuadamente a los adolescentes a pesar de que conoce sus repercusiones. Los jóvenes suelen negar, minimizar o normalizar el uso y abuso de sustancias y pueden priorizar el beneficio inmediato (es mejor no decir nada a que sus padres conozcan esta situación), y los profesionales podemos encontrarnos con situaciones en las que debemos decidir sobre conceptos no claramente definidos, como *madurez*, *competencia*, *riesgo*, *beneficio de la intervención*, *confidencialidad*, entre otros.

La Ley catalana 21/2000 y La Ley básica estatal 41/2002, reguladoras de la autonomía del paciente, en la que se establece una nueva mayoría de edad a los 16 años en relación al ámbito sanitario, ha implicado un cambio en el concepto y en la praxis de los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes.

Cada vez más, hay una tendencia a realizar actuaciones desde el extremo de la autonomía y desde una praxis puramente defensiva. Pero la realidad nos impone toda una serie de circunstancias poco claras o discutibles desde la ética y para las que las formulaciones legales pueden ser ambiguas. Esta situación es la que nos promueve diferentes reflexiones, aunque en este trabajo nos centremos en dos: ¿podemos plantearnos romper la confidencialidad informando a los padres y argumentando esta acción en la excepción del llamado "privilegio terapéutico"? y ¿podríamos realizar una valoración del consumo en contra de la voluntad del adolescente?

Los profesionales de la salud nos encontramos en un escenario que presenta contradicciones entre dos de los principios éticos básicos: el principio de autonomía y el principio de beneficencia y, a su vez, también con el deber ético de confidencialidad respecto a la información del paciente. Cada situación tendrá que valorarse en su contexto. Una posible solución para decantar la balanza sería aplicar la recomendación siguiente: "El respeto al principio de autonomía requiere inevitablemente del principio de responsabilidad. Delante de pacientes vulnerables es donde el principio de autonomía debe interpretarse en el marco de la responsabilidad ética".

El principio de autonomía exige el respeto a la capacidad de decisión de las personas y el derecho a que se respete su voluntad en aquellas cuestiones que se refieren a su persona. Si la competencia del menor se evalúa positivamente, el profesional deberá respetar la negativa del adolescente a la realización de pruebas, así como a que se informe a sus responsables (respeto a la confidencialidad). Tengamos en cuenta que la relación asistencial se articula, fundamentalmente, en la confianza y esta descansa sobre la "confidencialidad". Queremos decir con esto que una actuación improcedente y precipitada de ruptura de la confidencialidad o del secreto profesional, puede llevarnos a establecer una inadecuada relación profesional futura basada en la desconfianza, el recelo e incluso el rechazo.



../...



Por otra parte, el principio de beneficencia se refiere a la búsqueda del bien o beneficio del paciente, a la protección de sus derechos, a la obligación de prestar asistencia y a las decisiones que requieren a veces un análisis de la relación entre coste y beneficio en la toma de decisiones terapéuticas. Entenderíamos una actitud beneficentista como obligatoria cuando puede cumplir con estas condiciones:

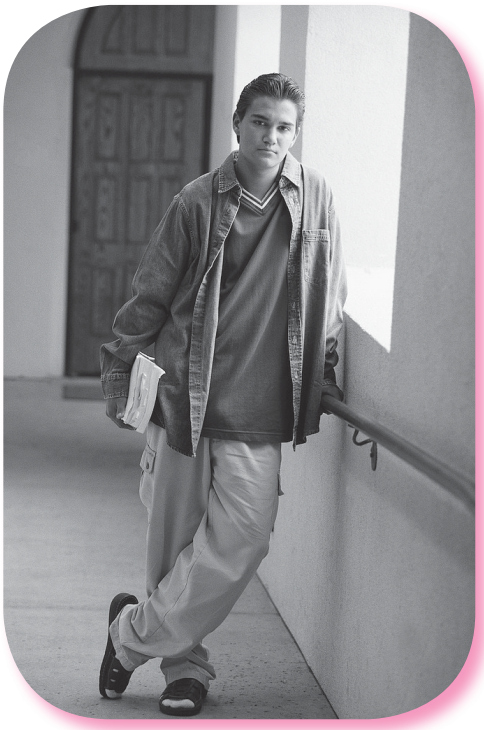
1. Que el beneficiario esté expuesto a un perjuicio (en el caso médico, para su vida o su salud).
2. Que la acción sea necesaria para prevenir el perjuicio.
3. Que la acción tenga una alta probabilidad de prevenir el perjuicio.
4. Que la acción no implique grandes riesgos o costes para el que la realiza,
5. Que el beneficio supere el riesgo contraído.

Hay que tener en cuenta que el adolescente con un problema de consumo de sustancias no suele ser consciente de éste y que tiende a minimizar las consecuencias, pero que puede reaccionar cuando aparecen los problemas relacionados con el mencionado consumo (traumatismos, psicosis tóxicas, expulsiones de la escuela, accidentes, etc.). Por otro lado, se sabe que un inicio precoz en la intervención puede ser preventivo, tanto de la aparición como de la cristalización de nuevos problemas, y que el abordaje de estos trastornos es complejo y largo. Teniendo en cuenta que, en la mayoría de las ocasiones, son los servicios de urgencias la puerta de entrada de estas situaciones (más por las consecuencias: accidentes, intoxicaciones, problemas de comportamiento), puede ser una oportunidad para empezar a hacerlo.

Por tanto, en el contexto de urgencias, el principio de beneficencia se podría entender aplicable a acciones que tienden a la detección precoz del trastorno adictivo y de sus posibles riesgos asociados, así como a todas aquellas acciones (intervención breve, derivación a dispositivo adecuado, tratamiento, etc.) para la prevención de estos riesgos. En este sentido, se valora que, si se parte de la necesaria individualización de cada caso, el beneficio primaría sobre la autonomía del adolescente.

Para finalizar podríamos, a modo de resumen, exponer las siguientes indicaciones:

1. El criterio de autonomía debe de ser respetado a priori.
2. Para establecer la posible beneficencia de la actuación hay que evaluar los factores de riesgo de los adolescentes para el consumo problemático de sustancias. Entre estos factores de riesgo debe valorarse las siguientes dimensiones:
   c. **Personal**: los rasgos de personalidad como la impulsividad, los rasgos disociales, la presencia de enfermedades médicas o psiquiátricas.
   d. **Familiar**, como la presencia de enfermedades psiquiátricas de los padres, presencia de conflictividad intrafamiliar o consumo de los padres.
   e. **Económicas y ambientales**, como dónde viven, con quiénes se relacionan, tipo de amigos, etc.
3. Si se concluye que el adolescente está realizando un consumo problemático de sustancias, debería priorizarse la beneficencia de la actuación por delante de la dudosa autonomía del paciente.
4. Es importante destacar que un inicio precoz en la intervención puede ser preventivo, tanto de la aparición como de la cristalización de problemas relacionados con el consumo de drogas.



Referències

1. Psiquiatra, Master en Bioética
2. Psicólogo, Unidad de Conductas Adictivas,
3. Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona
4. JL. Matalí y otros “Consumo de drogas en adolescentes. Dilema ético en el abordaje diagnóstico-terapéutico”. An Pediatr (Barc). 2009; 70 (4): 386-390.

Consumidors de drogues normalitzats, centres de tractament estigmatitzats. Què podem fer des de l'Atenció Primària?

El consum de drogues ha anat evolucionant en els darrers anys provocant canvis significatius. Les dades registrades ens mostren dues tendències clares: per una banda el consum de cannabis i altres drogues recreatives va en augment arribant a una part de la població important; i per l'altra, els inicis de tractament per consum problemàtic no pateix un augment destacable.

Així doncs, podem hipotetitzar que les drogues han arribat a un segment més gran de la població, que algunes drogues com el cànnabis s'han socialitzat molt en l'àmbit del lleure, sobretot en el nocturn, i que la població que les consumeix té un perfil molt més normalitzat que no pas en dècades anteriors.

També cal constatar que els CASD, Centres d'Assistència i Seguiment a les Drogodependències, van néixer en una època on s'intentava donar resposta al problema de l'heroïna on el perfil de consumidor és molt diferent a l'actual i que molts d'aquests centres encara arrosseguen l'estigmatització que van agafar en els anys 80 i 90.

Per tant, quina és la situació actual ? Consumidors normalitzats i centres estigmatitzats. Això pot suposar un problema clar d'accessibilitat quan aquests consumidors comencen a patir els primers problemes del seu consum i a causa d'aquesta estigmatització no acudeixen al servei en un moment que podríem definir de poc risc.

És fàcil trobar-se amb serveis tant de salut, com de recursos socials i altres, que mostren dificultats de derivació a l'hora d'enviar un usuari cap als CASD i que fins que no existeix una situació realment preocupant, aquest no accepta la derivació.

El CAP és l'espai de referència quan es té un problema de salut i per tant hem d'aprofitar aquest espai psicològicament tan accessible (sobretot pels adults encara que no tant pels joves) per apropar-nos a un perfil de difícil acostament.

Per aquesta raó a finals del 2009 des del Pla de Drogues de St. Sadurní d'Anoia es crea el SAFAD (Servei d'Assessorament Fami liar sobre Alcohol i Drogues) ubicat en un espai idoni com és el CAP, per part de professionals del mateix CASD, per tal de millorar aquesta accessibilitat sobretot a població amb consums de risc d'alcohol de mitjana edat i per a joves consumidors de drogues en oci nocturn i/o a les seves famílies.

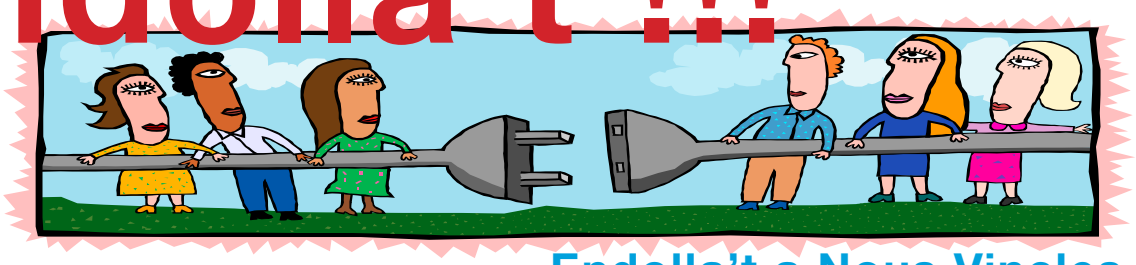
Aquest servei ens permet avançar-nos al consum problemàtic o en el cas de ja existir, ens permet arribar-hi en una fase menys avançada del deteriorament de la vida social, familiar o addictiva del consumidor.

L'èxit de la iniciativa al CAP de Sant Sadurní, ha permès crear aquest servei a Vilanova i la Geltrú l'any 2010 i al CAP de l'Alt Penedès a maig de 2011.

Per més informació : prevencio@mancomunitat.cat



Endolla't !!!



Endolla't a Nous Vincles !!!

Consells KidsHealth.

KidsHealth Educational Partner

Consells per a pares i joves

Ayudar al hijo en un divorcio

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/emociones/help_child_divorce_esp.html#cat145

Conocer la dislexia

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/general/dyslexia_esp.html#cat142

Retraso del habla

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/emociones/not_talk_esp.html#cat160

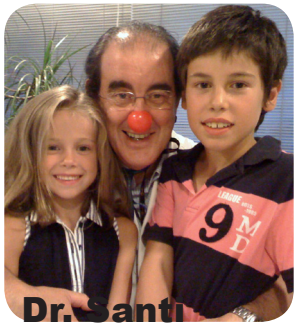
Consells per a adolescents

Tengo el pene pequeño

http://kidshealth.org/teen/en_espanol/sexual/penis_esp.html#cat20016

Problemas menstruales frecuentes

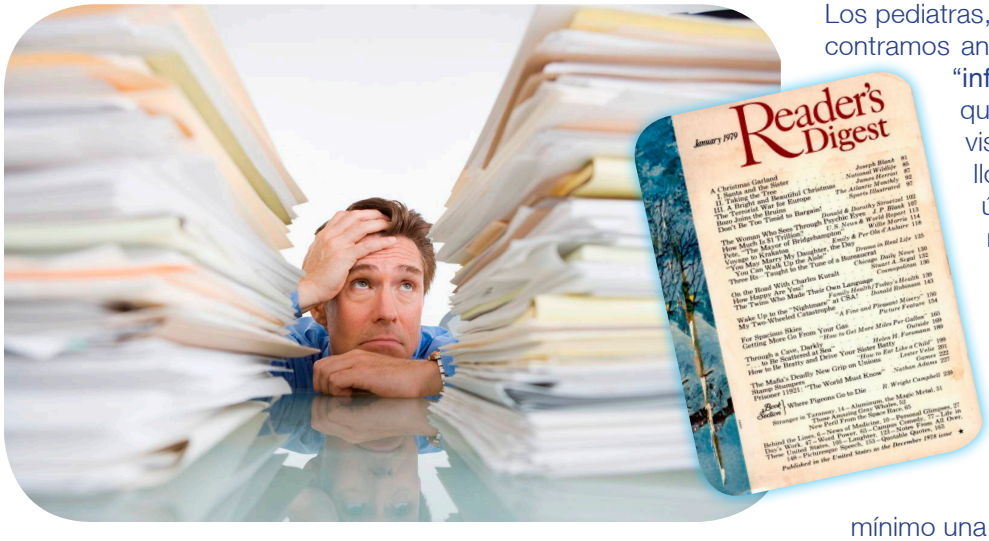
http://teenshealth.org/teen/en_espanol/sexual/menstrual_problems_esp.html#cat20015



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:

Reader´s Digest (resumen del lector)



En 1922 el matrimonio Wallace, De Witt y Lila, comenzó la historia de una revista que yo, de pequeño, me tragaba en cuanto caía en mis manos, Reader´s Digest (resumen del lector). Estaba presentada en formato de bolsillo, con 30 artículos de interés general (uno por cada día del mes), seleccionados de otras revistas, pero «condensados», es decir, abreviados sin perder el sentido de los mismos. En diciembre de 1940 apareció la primera edición en español llamada Selecciones. Con la aparición de los nuevos medios de comunicación ha perdido parte del "fuelle" que tenía e incluso tuvo problemas económicos. Sin duda, fueron unos adelantados a su época en la que las comunicaciones eran muy lentas y deficientes.

Los pediatras, y los médicos en general, nos encontramos ante una encrucijada. Además de la "infoxicación" por Internet tenemos que seleccionar, entre las 25.000 revistas biomédicas existentes, aquellos artículos más destacados y más útiles para nuestro conocimiento y nuestro trabajo diario. Por fortuna, van apareciendo instituciones y grupos de trabajo que bajo un criterio más o menos estricto seleccionan los artículos y las novedades más relevantes de la pediatría. Hasta hace pocos años, en nuestro hospital, teníamos que ir a la biblioteca como mínimo una vez al mes para leer los índices de las revistas a los que estaba suscrita. Al trasladarla fuera del recinto la consulta se hizo más difícil pero, por medio de Internet, ya se pueden consultar en línea. La aparición de estas webs con "resumen del lector" con espacios exclusivamente pediátricos (incluyendo a las propias revistas) nos ha facilitado la labor enormemente.

La historia del matrimonio Wallace se repite pero actualizada.

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 !

Nous Vincles
Sant Joan de Déu
Atenció Primària

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

Sant Joan de Déu
HOSPITAL MATERNOINFANTIL - UNIVERSITAT DE BARCELONA

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. Webmàster / Tècnic comunicació de l'HSJD. Yolanda Fernández. Metgessa pediatra. Servei pediatria i urgències de l'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 Lluís Vega. Metge cirurgià. 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.