



Editorial

HSJD, a prop teu

• Unitat de Tractament Integral de la Patologia Neuromuscular

La Unitat de Tractament Integral de Patologia Neuromuscular, aporta un enfocament multidisciplinari, molt especialitzat i actualitzat, a l'abast de la població de l'àmbit de referència de l'HSJD.

Coneixement professional

• Standardització de les cures al nadó sa al moment del part i a les primeres hores de vida

Article de revisió sobre el grau d'evidència de les intervencions a realitzar al nou-nat en el moment del part i en les primeres hores de vida.

• Cas clínic: síncope en l'adolescència

El síncope és un quadre clínic de presentació espectacular però gairebé sempre banal. Cal estar atents als signes d'alarma, habitualment derivats de la simple història clínica, que ens poden orientar cap a un procés patològic subjacent.

• Una nueva era en la vacunación contra la enfermedad neumocócica

Posta al dia de la prevenció de la malaltia pneumocòccica. Que aporten les noves vacunes? Quina és la nova pauta vacunal recomanada? Com fer la transició en nens que ja es troben en procés de vacunació amb les vacunes "velles"?

El contrapunt

• Contrapunt en relació a l'obstrucció congènita del lacrimal

Aquest contrapunt posa en evidència que cal promoure per cada territori, un consens entre tots els nivells assistencials, sobre el processos d'atenció. Això redundarà en benefici de la salut dels pacients, la tranquil·litat de les seves famílies i en la seva confiança amb els professionals que els atenen.

Actualitat

• Nou Protocol per la detecció precoç de la hipoacúsia neonatal infantil.

Què hi ha de nou en Vincles?

• Curs 2010 de protocols consensuats APS-HSJD

Es presenta el programa del curs de protocol·lització 2010 entre APS i HSJD. Els nous temes proposats estan triats entre totes les entitats del territori per tal d'estimular el debat i consens sobre la capacitat resolutiva de cada nivell assistencial.

Formació continuada

- Curs 2010 actualització en pediatria AP-BE
- Programa SAP-CP
- Curs Ortopèdia Bàsica Infantil
- Cursos Àula de Pediatria HSJD

HSJD, a prop teu

• Gestión de los errores sanitarios

La nova filosofia de l'error defuig de la culpabilització i el càstig, percebent-lo com una oportunitat de millora. Hem de posar en marxa un registre exhaustiu i confidencial que ens apropi a aquest objectiu.

El racó d'en Santi

- 5 consells KidsHealth / Recurs de xarxa
- Política i alcohol

Els interessos de la salut i els econòmics de la nostra societat sovint segueixen un camí divergent. No et preocupis Santi, que sempre trobaràs un butlletí disposat a fer pública la teva sempre encertada opinió!

El lector opina

• Es busca puericultor/a

No és un contrapunt sinó un punt i seguit a les reflexions del Santi al NV#4 sobre la pèrdua de la pràctica puericultora... del col·lectiu d'infermeria.

Complim un any i mig fent VINCLES i pot ser un bon moment per fer-ne una mica de balanç. Nosaltres, els interlocutors d'aquest projecte per part tant de l'Atenció Primària com per part de l'Hospital Sant Joan de Déu ens sentim "raonablement satisfets" dels resultats. Coincidim en que els projectes que s'han posat en marxa han obert un camí de relació estable i de confiança i en que les institucions i els seus professionals estan i es senten més propers que abans.

El telèfon de consulta entre professionals, aquest butlletí **NOUS VINCLES**, les activitats de formació continuada i els àmbits assistencials compartits entre nosaltres han estat els projectes més reeixits, que han permès donar cos a aquesta relació. Hi ha hagut altres projectes que s'han quedat pel camí, fonamentalment perquè el moment no estava madur per assolir-los com la recerca conjunta, telemedicina i la programació remota.

Cal consolidar els èxits, i arriba també el moment de repensar de nou el projecte i veure quins altres punts d'encontre es poden activar. Tothom és convidat a aportar la seva reflexió. Cal pensar en projectes de col·laboració viables, que signifiquin un avenç i que estiguin a l'abast de l'Atenció Primària i del propi Hospital Sant Joan de Déu. Les aportacions poden adreçar-se a la direcció nousvincles@hsjdbcn.org. Us convidem a fer-ho.

En aquest NV#5 hi trobareu articles de coneixement i actualització des d'una visió integradora de nivells, un contrapunt assenyat, una reflexió des d'una vessant humanista dels errors mèdics i el sempre refrescant i punyent racó del Santi. Hem obert un darrer capítol per un lector "espontani" que ha fet un contrapunt, molt interessant, a les reflexions del Santi en el NV#4.

Ens retrobem al NV#6 !.

Josep Serrat

(En representació del Consell de Redacció)



L'Hospital Sant Joan de Déu, a prop teu

Unitat de Tractament Integral de la Patologia Neuromuscular

Us presentem la UTIPN, una unitat clínica interdisciplinària de l'HSJD, amb molta solera i reconeixement, sota la coordinació del Dr. Jaume Colomer, neuropediatre.

Les malalties neuromusculars (MNM) constitueixen un grup molt extens d'entitats, moltes d'elles considerades malalties rares. Malgrat aquesta diversitat, els pacients comparteixen una mateixa clínica de pèrdua progressiva de la força muscular. En general, mantenen un nivell cognitiu i una capacitat intel·lectual conservats i, finalment, comparteixen un ventall de complicacions similars (respiratòries, múscul - esquelètiques, cardíques, nutricionals, etc) que sovint són la causa de la mala evolució dels pacients.

Constantment el mont científic està generant nou coneixement sobre aquest àmbit. Així van apareixent nous gens implicats que permeten afinar més en el diagnòstic i també nous tractaments específics. Tot plegat fa entreveure un futur esperançador a mig termini, però a l'hora exigeix un alt nivell d'expertesa en el procés diagnòstic i terapèutic.

Durant anys, aquests pacients han quedat al marge de programes assistencials integrals, per considerar les MNM com irreversibles i en molts casos amb una esperança de vida curta. En les darreres dècades el concepte de qualitat de vida s'ha anat introduint en el món professional de la sanitat i a la societat en general, reclamant aquesta, més programes d'atenció global. De fet s'ha constatat ja en els darrers anys un augment de la qualitat de vida i en molts casos el perllongament de la mateixa, gràcies a les actituds terapèutiques que es recullen a la següent taula:

Actituds terapèutiques decisives en tractaments de MNM

- Tractaments mèdics específics per alguns trastorns.
- Control estricte del trastorn respiratori, amb la introducció de mesures de preventives i fisioteràpia respiratòria en fases precoces, prevenció i/o tractament de complicacions respiratòries intercurrents i detecció precoç de trastorns respiratoris durant la son, hipoventilació i/o insuficiència respiratòria crònica.
- Tractament amb ventilació mecànica no invasiva i invasiva en el domicili en aquells pacients que ho precisen. Prevenció, detecció i/o tractament de les complicacions inherents a aquesta tècnica.
- Prevenció i control de les deformitats articulars amb el tractament rehabilitador de les retraccions musculars.
- Programa d'exercicis per a mantenir o endarrerir la pèrdua de força.
- Cirurgia de l'escoliosi
- Importants avenços tecnològics amb la introducció de cadires de rodes amb motor elèctric, ajuts tècnics per a les activitats de la vida diària i en un camp més sofisticat la domòtica i la robòtica que han proporcionat un alt grau d'independència i autonomia personal.
- Diagnòstic i seguiment precoç de les complicacions cardíques.



tractament integral de la patologia neuromuscular

La UTIPN de l'Hospital Sant Joan de Déu està formada per professionals del món de la neuropediatria, rehabilitació i

pneumologia, i compta amb la col·laboració estreta de cardòlegs, nutricionistes, psicòlegs, anatomo-patòlegs i treballadors socials. Aquesta interdisciplinarietat permet oferir un tractament integral de màxim nivell.

La UTIPN gaudeix d'un reconeixement Nacional i Internacional i atén a nens i nenes de tot l'Estat Espanyol. En el moment actual desenvolupa un ambiciós programa de recerca traslacional i manté vincles col·laboratius amb entitats de prestigi d'arreu d'Europa, aportant el seu gra de sorra en la cerca de nou coneixement.

Si teniu algun pacient amb sospita de patir una MNM, podeu contactar amb la UTIPN a través del mail jcolomer@hsjdbcn.org o bé fent una derivació al Servei de Neurologia, Unitat de Tractament de Patologia NM.



Jaume Colomer i Orferil
Neuropediatre / Coordinador de la UTIPN

Coneixement professional

Standardització de les cures al nadó sa al moment del part i a les primeres hores de vida

Recentment en *Anales de Pediatría*, 2009;71(4):349-361, s'ha publicat una interessant revisió bibliogràfica sota el títol "*Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento*" de M.Sánchez Luna et al i recolzat per la Comissió d'Estàndards de la Societat Espanyola de Neonatologia.

La idea subjacent és que cal evitar un excés d'intervencions en un part normal, ja que pot ser perjudicial pel nadó i dificulta l'establiment del vincle familiar. Les recomanacions, basades en la millor evidència científica coneguda es resumeixen en el decàleg següent,

1. Enfocar les cures posant per endavant el benestar del RN i vetllar pels seus drets
2. Respectar les preferències dels pares
3. Vetllar per la mínima interferència en la adaptació a la vida extrauterina
4. Facilitar i promoure la aparició del vincle mare-fill
5. No separar el RN de la seva mare
6. Promoure, fomentar i donar suport a la lactància materna
7. Aconsellar als pares sobre les cures del RN i la vigilància dels signes d'alarma
8. Fer la profilaxi de la malaltia hemorràgica del RN
9. Fer la profilaxi oftàlmica neonatal
10. Realitzar el cribratge endocrí-metabòlic i el cribratge de la hipoacúsia.



... cures del nadó sa ...

Es revisa el que entenem per nadó sa i de baix risc al néixer, lloc de naixement, període neonatal immediat, l'entorn, relació precoç de la mare amb el nadó i contacte pell amb pell. Es presenta la millor evidència dels procediments que s'han de realitzar immediatament en el moment del naixement (prevenció de la hipotèrmia, la lligadura del cordó umbilical i les posteriors cures i controls) i dels procediments a realitzar després del naixement i estabilització del recent nascut (profilaxi de la malaltia hemorràgica amb Vit K, profilaxi de l'oftalmia neonatal, identificació del nadó i alta hospitalària).

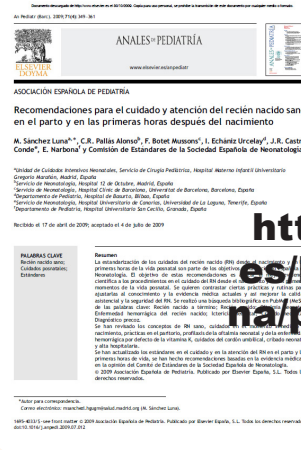
Les conclusions finals, recolzades amb el nivell d'evidència disponible segons l'escala de la *Canadian Task Force on Preventive Health Care*, són,

L'historial complet ha d'estar disponible en el moment del naixement. S'ha de fer una exploració inicial bàsica sense necessitat de manipulació (B). Es recomana la determinació de gasos sanguinis en sang arterial del cordó umbilical (B). L'ambient en sala de parts ha de preservar la intimitat i la confidencialitat i facilitar el control tèrmic del RN. Després del

part, el RN sa es pot col·locar sobre la mare, mitjançant el contacte pell amb pell durant almenys 50 min. El pinçament tardà del cordó umbilical, després de 2 o 3 min. o quan cessa el batec, augmenta els nivells de ferro en els RN sans (A). Tallat en condicions d'asèpsia i pinçat amb seguretat (A), la cura posterior d'aquest no necessita altres mesures que el tractament amb asèpsia (B). S'ha d'oferir a tots els pares informació sobre la necessitat d'administrar la vitamina K (B). La forma de prevenció més eficaç i segura de la malaltia hemorràgica és la vitamina K IM (1mg) (A). L'administració oral requereix administrar dosis múltiples i no representa cap avantatge addicional (A). L'administració de pomades o col·liris antibiòtics és eficaç en prevenir l'oftàlmia neonatal per gonococ i en gran mesura per C. Trachomatis, és senzilla i amb un cost molt baix (A). Es recomana l'administració el més precoç possible (B) en format d'unidosi (B). Tot RN ha de ser correctament identificat mitjançant un sistema d'identificació que inclogui dades del RN i de la seva mare (B). L'alta hospitalària no hauria de realitzar-se abans de les 48h de vida, si el naixement ha estat per part vaginal, i a les 72-96 hores si és després de naixement per cesària (B). Abans de l'alta s'ha d'explorar sota la supervisió i responsabilitat d'un especialista en Pediatria (B), i és recomanable una reavaluació a les 72 hores del naixement (B) i inclou el risc de desenvolupar hiperbilirrubinèmia.

Crec que és un interessant article d'actualització dels procediments que s'han d'utilitzar a les primeres hores de vida del nadó a l'hospital. Els pediatres i infermeres de pediatria a l'assistència primària ho heu de conèixer per a mantenir i donar continuïtat a les recomanacions efectuades, estant el més informats possible dels antecedents del nadó i de les circumstàncies viscudes per les famílies.

L'article està disponible en obert a l'adreça següent:



http://www.aeped.es/lactanciamaterna/pdf/anales_octubre09.pdf

Vicenç Morales
Pediatre de l'Equip de pediatria Alt Penedès
CAP Alt Penedès



Caso clínico: síncope en la adolescencia

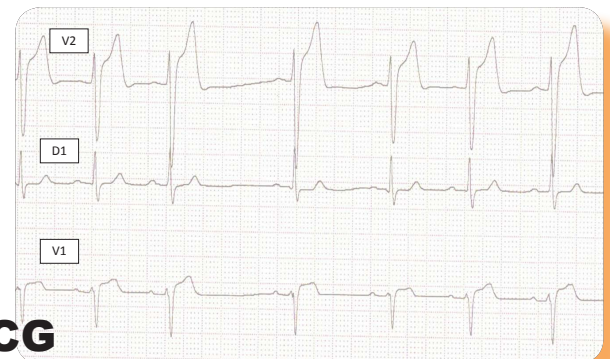
Paciente de 16 años que acude a urgencias por haber presentado una **pérdida de conciencia** de aproximadamente 1 minuto de duración, con recuperación completa posterior.

A su llegada, el paciente está estable (aspecto, circulación y respiratorio normal). La pérdida de conciencia ha sido brusca, mientras estaba sentado en el colegio, precedida de visión borrosa y sudoración fría. No realiza ningún movimiento clónico con las extremidades, así como tampoco hay relajación de esfínteres. Se recupera en menos de 1 minuto. Es la primera vez que le ocurre:

- **Antecedentes patológicos** sin interés. Ecocardiografía realizada hace 1 año por soplo cardíaco que fue normal.
- **Antecedentes familiares:** Padre fallecido a los 40 años de infarto agudo de miocardio. No antecedentes de epilepsia en la familia
- **Exploración física** completa normal (a excepción del soplo cardíaco ya conocido). FC 62x'. TA 120/65 mmHg. Glucemia 95 mg/dl.

Ante la clínica explicada se solicita un ECG que es el siguiente

ECG

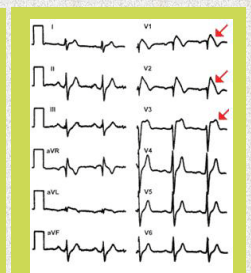


Evolución del caso

Ante este ECG en el que se evidencia un ST supradesnivelado en V1 y V2 con morfología de probable bloqueo de rama derecha, dados los antecedentes del episodio (síncope ocurrido en reposo), y de la familia (padre fallecido de causa cardíaca en edad temprana), se deriva a Cardiología que confirma el diagnóstico de Síndrome de Brugada.

SÍNDROME DE BRUGADA

Enfermedad genética
Incidencia : 1:30 000
Diagnóstico : "BBD" i supradesnivel ST V1-V3
Clínica :
 -Síncope o muerte súbita
 -Taquicardia ventricular polimórfica
 -Fibrilación ventricular
Tratamiento : no existe
Prevención : Desfibrilador implantable



Síncope en pediatria

El síncope es una entidad clínica relativamente frecuente en niños y adolescentes. Generalmente tiene un curso benigno y autolimitado, pero en ocasiones puede ser una manifestación de una entidad grave, que debería sospecharse en base a unos signos específicos.

El síncope se define como la pérdida brusca y transitoria de la conciencia, asociada a pérdida del tono postural, seguida de una rápida y completa recuperación. Puede ir precedido de síntomas presíncopales como mareo, palidez, sudoración o náuseas. Aproximadamente un 3% de la población general padece un síncope por lo menos una vez en la vida.

Formas de presentación clínica

- **Síncope neurocardiogénico o vasovagal.** Es la forma más común en cualquier edad, también en pediatria. Suele darse en adolescentes, generalmente del sexo femenino que, estando en bipedestación y tras un factor precipitante (miedo, ansiedad, dolor, visión de sangre, etc.), presentan síntomas presíncopales, seguidos de la pérdida de conciencia y del tono postural, con recuperación completa en pocos segundos.
- **Síncope cardiogénico.** De baja prevalencia pero asociado a una elevada morbimortalidad. Generalmente se presenta sin pródromos, de forma brusca, salvo posibles palpitaciones o molestias precordiales. En muchas ocasiones se relaciona con el ejercicio, pero puede no existir ningún factor desencadenante. Puede producirse por cardiopatías estructurales, disfunción miocárdica o secundario a arritmias, entre las que destaca por su frecuencia el Síndrome de QT largo, taquiarritmias supraventriculares y bloqueos aurículo-ventriculares.
- **Otros tipos de síncope.** Aunque infrecuente, el síncope en ocasiones puede estar relacionado con situaciones concretas (micción, tos, deglución, dolor, arreglo de pelo, etc.) son los denominados **síncopes situacionales**. También pueden asociarse al llanto como en el Espasmo del sollozo, por hipotensión ortostática, fármacos, psicógeno, metabólico... La lista es larga y los mecanismos en todos ellos no están del todo aclarados.

SIGNOS DE ALARMA EN SÍNCOPE

- ✓ **Síncope relacionado con un ruido fuerte, estrés emocional o sobresalto**
- ✓ **Síncope durante el ejercicio físico, incluida la natación**
- ✓ **Síncope en posición supina**
- ✓ **Historia familiar de muerte súbita en menores de 30 años**
- ✓ **Síncope con historia atípica**

Diagnóstico

- **Historia clínica.** La anamnesis detallada del paciente y su familia es clave. Deben buscarse situaciones desencadenantes o favorecedoras, fenómenos premonitorios, postura, relación con el ejercicio, descripción del período de inconsciencia, cantidad y frecuencia de los episodios y antecedentes familiares de cardiopatía, arritmia o muerte súbita precoz.
- **Exploración física.** También es necesaria una correcta exploración física dando especial relevancia a la exploración neurológica detallada y exploración cardiovascular en busca de soplos, ruidos anormales, latidos reforzados en reposo, frémitos,... Nos apoyaremos en la medición de la tensión arterial en supino y tras 5-10 minutos de bipedestación y de la medición de la frecuencia cardíaca.
- **Exploraciones complementarias.** El electrocardiograma (ECG) es la prueba primordial e imprescindible en cualquier caso. Ante la sospecha de **síncope cardiogénico**, nos apoyaremos en otras pruebas como un Holter, una ecocardiografía, una prueba de esfuerzo o un estudio electrofisiológico. En el **síncope neurocardiogénico** frecuente o en los casos dudosos puede realizarse una Prueba de Mesa Basculante o Tilt-test que nos servirá para confirmar la etiología vasovagal si es positiva, pero que no la descarta cuando es negativa. Tampoco sirve para predecir las recidivas.

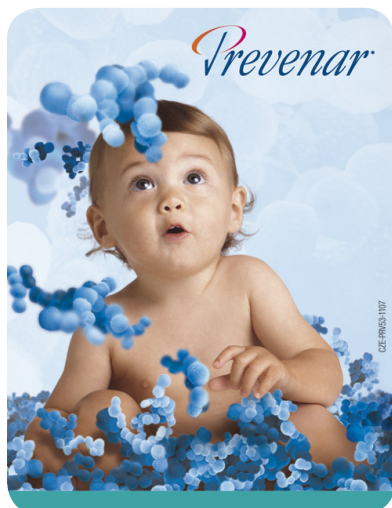
Tratamiento

En el s. neurocardiogénico suele ser suficiente tranquilizar y educar a la familia. Se puede recomendar hiperhidratación por las mañanas y desayunos salados. Si por su frecuencia, por repercutir en la calidad de vida o por realizar actividades de riesgo, es necesario administrar un tratamiento farmacológico, en pediatria se considera de elección la fluorocortisona. En el resto de síncopes se hará un tratamiento adecuado a la causa subyacente que lo provoca.

ELEMENTOS QUE SUGIEREN ORIGEN CARDIOGÉNICO DEL SÍNCOPE

- ✓ Historia del evento
- ✓ Evento ocurrido durante ejercicio o estrés
- ✓ Palpitaciones, dolor torácico previo al síncope
- ✓ No síntomas prodrómicos
- ✓ Actividad convulsiva, incontinencia
- ✓ Evento que requiere resucitación cardiopulmonar
- ✓ Evento que ocasiona secuelas neurológicas
- ✓ Historia previa
- ✓ Intolerancia al ejercicio, fatiga
- ✓ Arritmia o enfermedad cardíaca estructural conocida
- ✓ Historia familiar
- ✓ Síncope
- ✓ Muerte súbita prematura o inexplicable
- ✓ Accidentes inexplicables que ocasionan muerte
- ✓ Arritmia conocida, síndrome de QT prolongado, marcapasos
- ✓ Infarto de miocardio en personas jóvenes
- ✓ Epilepsia

Una nueva era en la vacunación contra la enfermedad neumocócica



La enfermedad invasiva neumocócica es un importante problema de salud pública. Cada año mueren en el mundo más de un millón de niños menores de 5 años por esta enfermedad, y en nuestra área geográfica es una causa significativa de consulta en atención primaria y de ingreso hospitalario.

En el año 2001 Wyeth Farma se comercializó en nuestro país la vacuna

Prevenar 7®. Tras 10 años desde su comercialización, esta vacuna ha mostrado ser segura, inmunogénica y eficaz en la prevención de la enfermedad neumocócica producida por los 7 serotipos incluidos en la vacuna (serotipos 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F). Además, se ha observado una reducción de la enfermedad por serotipos vacunales en adultos, por un efecto de inmunidad de grupo, al reducir la transmisión de los 7 serotipos en la comunidad. Lamentablemente existen más de 90 serotipos de neumococo con diferente capacidad de producir enfermedad invasiva y en nuestra área geográfica, serotipos no incluidos en la vacuna 7-valente (como el serotipo 1) eran y son una importante causa de enfermedad invasiva.

Desde finales de los años 80, el Hospital Sant Joan de Déu realiza una vigilancia prospectiva de los serotipos y clones de *S.pneumoniae* que causan enfermedad neumocócica en los niños atendidos en nuestro centro. Este hecho nos ha permitido ver la evolución de la enfermedad invasiva y los principales serotipos implicados en la producción de enfermedad. En los últimos años, hemos observado una emergencia de la enfermedad invasiva neumocócica causada por serotipos no cubiertos por la anterior vacuna 7-valente como el serotipos 1, 7F o 19A. Un estudio coordinado por nuestro hospital con participantes de 30 hospitales de Catalunya muestra que mas del 90% de los serotipos productores de enfermedad invasiva neumocócica en niños durante el año 2009 no estaban incluidos en la vacuna 7-valente. Este hecho justifica la necesidad de una nueva generación de vacunas que protejan contra la enfermedad invasiva producida por serotipos emergentes no cubiertos por la vacuna 7-valente.

El pasado año 2009 se inició una nueva era en las vacunas conjugadas. El 30 de marzo, la Comisión Europea autorizó la comercializa-

ción en Europa de la vacuna antineumocócica conjugada diez valente *Synflorix*® de laboratorios GSK. Esta vacuna, amplía la cobertura de la 7-valente con los serotipos 1, 5 y 7F además de añadir protección contra *haemophilus influenzae* no tipable que es causa prevalente de otitis. El 12 de diciembre la misma comisión autorizó la comercialización de la vacuna trece valente, *Prevenar 13*® de laboratorios Pfizer que añade los serotipos 3, 6A y 19A. Este último serotipo, el 19A, es actualmente el principal serotipo emergente no incluido en las vacunas 7-10-valente i en que un porcentaje no despreciable presenta sensibilidad disminuida a penicilina.

La ampliación de la cobertura de las nuevas vacunas es muy significativa, en especial con la 13-valente. Según los datos del estudio Catalán referido, el 63% de la Enfermedad invasiva en niños está producido por los 10 serotipos incluidos en *Synflorix*® y mas del 80% por los serotipos incluidos en *Prevenar 13*®.

Las pautas de vacunación con las nuevas vacunas dependerán de la edad del niño y en nuestro país están pendientes las recomendaciones oficiales. El documento de la EMEA especifica las siguientes pautas:

Vacuna 10-valente, *Synflorix*®

- **Lactantes de seis semanas a seis meses de edad:** tres dosis, separadas por un intervalo de al menos un mes. Se recomienda administrar una cuarta dosis de «recuerdo» al menos seis meses después de la tercera dosis, preferiblemente entre los 12 y los 15 meses de edad.
- **Niños de 7 a 11 meses:** dos dosis con un intervalo de al menos un mes entre ellas. Se recomienda administrar una tercera dosis de «recuerdo» al menos dos meses después de la segunda dosis, preferiblemente durante el segundo año de vida.
- **Niños de 12 a 23 meses:** dos dosis con un intervalo de al menos dos meses entre ellas.

Vacuna 13-valente, *Prevenar 13*®

- **Lactantes de entre seis semanas y seis meses de edad:** cuatro dosis (las tres primeras con un intervalo de un mes entre cada una). La primera dosis suele administrarse a los dos meses de edad, pero puede hacerse a partir de las seis semanas. La cuarta dosis de refuerzo, se administra entre los once y los quince meses de edad.
- **Niños entre siete y once meses:** dos dosis con un intervalo de al menos un mes entre ambas, seguidas por una tercera dosis en el segundo año de vida.
- **Niños entre 12 y 23 meses:** dos dosis, separadas por un periodo de al menos dos meses.
- **Niños de entre dos y cinco años:** una única dosis
- **Pauta de vacunación universal:** Si la vacunación formara parte de un programa de inmunización infantil sistemático que vacunara a todos los niños de una zona



se pueden administrar dos dosis, una a los dos meses y otra a los cuatro, seguidas de un refuerzo entre los once y los quince meses de edad. (Esta pauta es debido a la protección indirecta que producen las vacunas conjugadas al disminuir la transmisión de los serotipos incluidos en la vacuna entre la población sana).

Transición en pacientes que han comenzado la vacunación con otras vacunas neumocócicas.

Es de destacar que los lactantes y niños que hayan comenzado la vacunación con *Prevenar 7*[®] pueden cambiar a *Prevenar 13*[®] en cualquier momento del esquema vacunal ya que los serotipos de la vacuna 7-valente están incluidos en la 13-valente y se conjugan con la misma proteína transportadora (CRM197).

No hay datos referentes sobre niños que inicien vacunación con la 10 valente y quieran hacer transición a la 13 valente

Con referencia a los niños vacunados previamente con la vacuna polisacárida 23-valente, hay estudios que refieren una menor eficacia de la 13-valente si la vacuna conjugada

se administra con un intervalo menor de un año. Es por tanto conveniente separar la administración de la vacuna conjugada al menos dos años después de recibir la polisacárida. No hay datos sobre la interacción de la 23-valente y la 10-valente.

La vacuna 23-valente puede recibirse sin problemas en niños que han recibido previamente vacunas conjugadas.

En resumen, la comercialización de las nuevas vacunas conjugadas es una buena noticia en la prevención de la enfermedad invasiva neumocócica. Se espera por tanto un impacto positivo en especial de la nueva vacuna 13-valente con mayor efecto de protección. De todas formas, será necesario continuar con la vigilancia epidemiológica de la enfermedad invasiva para monitorizar la evolución de la enfermedad causada por los serotipos no incluidos en esta nueva vacuna.

Carmen Muñoz Almagro

Departament de Microbiologia Molecular
Àrea de Gestió del Laboratori de l'HSJD



El contrapunt

Contrapunt en relació a l'obstrucció congènita del lacrimal



Sol·licitud de derivació no acceptada
pel Servei d'Oftalmologia
(àmbit hospitalari)

En el cas concret de probable **OBSTRUCCIÓ CONGÈNITA DE LA VIA LLAGRIMAL BAIXA**, per tal de evitar visites innecessàries, convé definir quin és el moment més adient per diferir els nens. Donat els **elevats percentatges de curació espontània** fins a l'any d'edat (91%), els nens haurien de ser derivats en les següents circumstàncies per sondatge, intubació o dilatació amb catèter:

- ☐ **Dacriocistitis aguda (flemó) o mucocèle palpable a qualsevol edat**
- ☐ **Conjuntivitis de repetició severa o dermatitis per sobre dels 6 mesos d'edat**
- ☐ **Persistència de llagrimaig als 10 mesos**

Fins a les esmentades edats el tractament hauria de consistir, segons les necessitats, en:

- neteja de les llaganyes amb sèrum fisiològic
- irrigacions de les fosses nasals també amb sèrum fisiològic
- col·liris antibiòtics si hi ha llaganyes abundants, d'aspecte diferent al habitual o ull envermellit, per exemple, Tobrex en col·liri 2-3 cops al dia durant 5 dies.

El mateix pediatra o **l'oftalmòleg del ambulatori** corresponent han de ser els responsables en aquesta etapa del tractament.

El **Servei d'Oftalmologia de Sant Joan de Déu** es de referència en l'especialitat en menors de 18 anys. Però aquest fet no vol dir que tots els nens amb qualsevol malaltia ocular siguin susceptibles de ser visitats en el servei, si així fos, l'espera per primera visita seria inacabable.

Volem donar resposta als problemes de salut oftalmològica infantil però per ser **veritablement útils** no podem assumir també els nens que tenen problemes més propis de la oftalmologia general o del propi pediatra. És més important poder atendre amb una rapidesa acceptable als pacients afectes de patologies més greus que aquests triguin mesos en ser atesos degut a un excés de visites per problemes banals. Per tal d'afrontar la excessiva càrrega en el nombre de primeres visites, ens veiem obligats a haver de **seleccionar les sol·licituds de derivació**.

Esplugues,

Dr. Joan Prat
Cap de Servei d'Oftalmologia

www.hsjdcbn.org

Per consultar sobre qualsevol pacient als oftalmo-pediatres per telèfon (932532126) o per correu electrònic (info@hsjdcbn.org). També oferim un programa de **formació continuada per als oftalmòlegs i pediatres** que puguin estar interessats consistent en l'assistència a consultes externes i, opcionalment, a quírofàn en un règim d'horary i duració a negociar. Sol·licituds a: jprat@hsjdcbn.org

A l'Atenció Primària ens trobem cada dia amb lactants amb patologia del conducte lacrimal. Per nosaltres és un motiu més de lluita amb la família, sovint angoixada per la situació, tot i la seva banalitat, que no espera rebre la nostra habitual resposta en el sentit que «**cal esperar!**».

Com a totes les coses, hi ha excepcions. Així, amb els casos lleus, quan tant sols hi ha una epífora poc important, no tenim problema, ja que el massatge a nivell del sac lacrimal, ho resol bé en poc temps. El panorama canvia quan l'epífora és important i s'acompanya de secrecions purulentes contínues i conjuntivitis de repetició, tot i el bon compliment del massatge digital, les neteges amb sèrum fisiològic i l'aplicació tòpica intermitent d'antibiòtics. **Pels pares es fa desesperant!**

Els pediatres d'APS rebem informacions divergents. El PAPPS¹ recomana derivar cap a l'atenció especialitzada els nens amb epífora a partir dels 4 mesos d'edat. El nostre Hospital Comarcal recomana referir-los als 6 mesos per realitzar el sondatge, i el nostre hospital de referència, l'Hospital Sant Joan de Déu (HSJD), només els accepta a partir dels 10 mesos (als 6 mesos només en cas de conjuntivitis de repetició severa o de dermatitis). A la pràctica, per les llargues llistes d'espera, la visita es realitza mesos més tard, amb les implicacions que això pot tenir en el tractament: un sondatge precoç pot fer-se a la consulta sense anestèsia; un sondatge a partir dels 9-12 mesos pot representar una anestèsia general que en alguns hospitals comarcals no es pot fer per sota dels 2 anys d'edat (per problemes tècnics en els aparells d'anestèsia), podent acabar, en darrer terme, en una derivació des de l'hospital comarcal a l'HSJD.

¹Protocol d'activitats Preventives i de Promoció de la Salut a l'edat pediàtrica. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona 2009.

Alguns pares volen que enviem el seu fill directament al servei d'Oftalmologia de l'HSJD. Si ens neguem i després l'hospital comarcal els deriva a l'HSJD, la nostra relació posterior amb els pares queda *tocada*. També és incòmoda la nostra situació quan rebem l'avís de rebuig de la derivació per part del servei d'Oftalmologia de l'HSJD, quan aquesta s'ha fet d'acord amb les pautes del PAPPS. Nosaltres confiem plenament amb l'expertesa i coneixement dels professionals dels nostres hospitals, però ningú no ens treu la sensació d'incertesa constant sobre el què cal fer.

Sabem que l'índex de curació espontània en menors de 6 mesos és del 91'8%, dels 7 als 12 mesos és del 60%, i que a partir d'aquesta edat la curació espontània disminueix tant,

que fa obligatòria la realització de sondatge. Però a la pràctica diària, la insistència de la família i la possibilitat de complicacions, fa molt difícil defensar aquests percentatges.

Agrairíem moltíssim un consens entre l'atenció primària, hospital comarcal i HSJD sobre l'actuació a prendre davant aquesta patologia.

Gemma Morera Ranzanz.

Emili Fos Escrivà

Pediatres Equip Pediatria Alt Penedès



Actualitat

Nou Protocol per la detecció precoç de la HIPOACÚSIA NEONATAL INFANTIL

El Departament de Salut ha presentat el passat 15 de febrer el PROTOCOL per a la DETECCIÓ PRECOÇ, el diagnòstic, el tractament i el seguiment de la HIPOACÚSIA NEONATAL, que estableix la incorporació d'un nou cribratge dintre de l'àmbit de la salut pública infantil, amb l'objectiu de detectar la sordesa en els nadons acabats de néixer. Es tracta d'un formulari que, a més de la prova de cribratge i de diagnòstic de la hipoacúsia, preveu tot el tractament i el seguiment educatiu que han de seguir els infants afectats d'aquesta deficiència.

Un de cada 1.000 infants té una hipoacúsia greu i profunda, i si hi afegim la moderada pot arribar a afectar 3 de cada 1.000 infants. La detecció precoç de la hipoacúsia, la seva posterior intervenció i el seu seguiment suposa obtenir un pronòstic més favorable d'aquesta malaltia.



Aquest cribratge, basat en els potencials auditius evocats, és una prova molt sensible i específica, i es durà a terme en les maternitats de la xarxa pública on neixen els nadons, a tot Catalunya. L'Hospital Sant Joan de Déu ha estat designat com la Unitat de Referència Hospitalària de la Hipoacúsia per a tot Catalunya (URH), on caldrà derivar aquells nadons per a la confirmació de la sospita de sordesa i tractar, si s'escau. Posteriorment, el seguiment d'aquests infants es farà amb la intervenció d'algun dels 10 Centres de Recursos Educatius per a Deficients Auditius (CREDAS), que estan ubicats en tot el territori.

Es pot consultar aquest protocol en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2059/hipoacu-neonat.pdf>

www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2059/hipoacu-neonat.pdf

Vicenç Morales

Pediatre de l'Equip de pediatria CAP Alt Penedès



Què hi ha de nou en Vincles?

Curs 2010 de protocols consensuats APS-HSJD

Us fem a mans el nou programa del curs de protocols 2010, de 20 hores de durada, acreditat pel Consell Català de Formació Mèdica Continuada i adreçat a professionals de l'àmbit de la pediatria. Per assistir-hi cal complimentar la inscripció, que és gratuïta.

El format de cada jornada està pensat per estimular el debat, contraposant la visió de l'atenció primària i la de l'atenció especialitzada, en la cerca d'un consens en els mínims que cal fer en cada nivell que, posteriorment, es publica a la Web de l'HSJD.

La millora del *continuum* assistencial i la cerca de la disminució de la variabilitat de la pràctica assistencial exigeix el nostre compromís cap a trobades d'aquesta mena en benefici, abans que ningú, del pacient i les seves famílies.

Us hi esperem !

CURSO FORMACIÓN CONTINUADA 2010
Sesiones de Protocolos Patología Pediátrica Prevalente en Atención Primaria

Dirección
 Prof. R. Jiménez

Fecha
 17 de marzo de 2010
 21 de abril de 2010
 19 de mayo de 2010
 16 de junio de 2010
 22 de septiembre de 2010

Lugar
 Auditorio Dr. J. Plaza
 Hospital Universitario
 Sant Joan de Déu



2on curs d'actualització en pediatria d'Atenció Primària 2010

- **18/03 GASTROENTEROLOGIA**
Dr. Vicente Varea
Secció Gastroenterologia i Nutrició
CAP Magòria
- **15/04 ENDOCRINOLOGIA: Obesitat**
Dra. Susana Gutierrez
Atenció Primària de Salut ICS
CAP Adrià
- **06/05 DIETÈTICA/NUTRICIÓ**
Sra. Alejandra Gutierrez
Dietista HSJD
CAP La Marina
- **20/05 IMMUNOAL·LÈRGIA**
Dra. Maite Giner
Servei Immunologia i al·lèrgia HSJD
CAP Montnegre
- **03/06 DERMATOLOGIA**
Dra. Assumpció Vicente
Secció de Dermatologia HSJD
CAP Manso (7 planta)
- **17/06 ODONTOPEDIATRIA**
Dr. Abel Cahuana
Servei Odontologia i Ortodòncia
CAP Numància (3^a planta)
- **01/07 RADIOLOGIA**
Dr. Muntaner/Dra. Oxeer
ICS
CAP Numància (soterrani)
- **30/09 PSICOLOGIA: ADOLESCENT**
Dr. Andrés Valero
Servei de Psiquiatria i Psicologia HSJD
CAP Montnegre (nou)



Programa SAP-Costa de Ponent

- Sessió pràctica de Dermatologia en Pediatria per Pediatres i Infermeres, SAP Alt Penedès - Garraf. Dra. Maria Antònia González (Cap de la secció de Dermatologia de l'HSJD), es celebrarà el 6 de maig, de 13:00 a 15:00h a la 4^a planta del CAP Alt Penedès, Vilafranca del Penedès.
- Curs d'Actualització en Pediatria d'Atenció Primària, per Pediatres i Infermeres per l'àmbit de Costa de Ponent es celebrarà a l'ICO (Hospital Duran i Reynals) el 17/6/2010. Pendent de concretar ponents i sala.



Curs d'ortopèdia bàsica infantil per a pediatres

- Us presentem el programa preliminar del curs d'ortopèdia infantil que es celebrarà el proper mes de novembre, amb un temari pensat per a donar eines de resolució al pediatre d'Atenció Primària, pels problemes de salut més prevalents de l'especialitat, a l'edat pediàtrica. Us convidem a fer-li una ullada. Properament, a la web de l'HSJD es publicarà les condicions de subscripció.

[Descarrègat el programa preliminar]



Cursos de l'Àula de Pediatria

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

- II Curs actualització patologia del son infantil.
15 d'abril de 2010
- XLV Curs avenços immunologia i al·lèrgia pediàtrica.
15 d'abril de 2010
- II Curs d'epilèpsia.
16 d'abril de 2010
- XXX Curs de perfeccionament en neonatologia.
21 d'abril de 2010
- V Curs d'oftalmologia pediàtrica per a pediatres. Conjuntivitis i uveïtis. .
14 de maig de 2010
- III Curs de patologia neuromuscular a la infància.
20 de maig de 2010



Si voleu més informació:

Ana Sáez

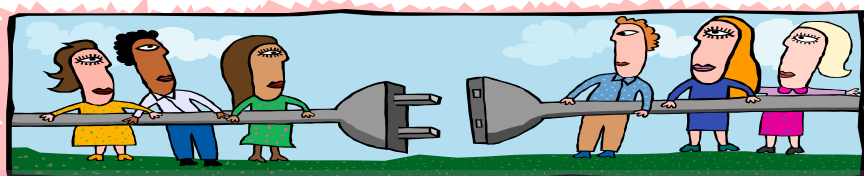
Direcció Docència / Àula de Pediatria

Hospital Sant Joan de Déu

Telèfon 932532130

FAX 932804179

direcciodocencia@hsjdbcn.org



Endolla't a Nous Vincles !!!



Gestión de los Errores Sanitarios

El ejercicio de la medicina era no hace mucho tiempo relativamente simple, poco efectivo y bastante seguro. En las últimas décadas ha aumentado enormemente su complejidad así como su efectividad pero también implica mayores riesgos para el enfermo.

La seguridad del paciente se ha erigido durante la última década en una cuestión fundamental y debe ocupar un lugar preeminente en las políticas encaminadas a elevar la calidad asistencial. Evitar el daño a los pacientes ha supuesto una constante de los profesionales sanitarios desde



los albores de la medicina, el *primum non nocere* ha sido y es el norte en cualquier actuación médica. El interés por el estudio de los efectos adversos en el ámbito sanitario es creciente desde los años 50, y ha alcanzado más de un millón de artículos publicados y recogidos en MEDLINE. La publicación del informe "To err is human. Building a safer health system" por el Instituto de Medicina Norteamericano (1999), exponía que los errores médicos suponían la séptima causa de muerte en los EEUU. Este estudio transmitía a la sociedad el riesgo que conlleva la asistencia sanitaria, poniendo de manifiesto que los daños que podía recibir un paciente bajo cuidados médicos suponía un importantísimo problema sanitario tributario de respuestas inmediatas encaminadas a su minimización.

En los países desarrollados, la seguridad del paciente, que puede definirse como "la ausencia, prevención o minimización de los daños producidos durante el proceso de atención sanitaria" constituye una prioridad en sus sistemas sanitarios. Resulta una obviedad afirmar que a pesar de todas las medidas encaminadas a incrementar la calidad y seguridad de nuestros pacientes, la práctica clínica es y será una actividad ligada de manera inexorable a la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre y a la asunción de determinados riesgos.

Las estrategias de seguridad deben conseguir la prevención, detección y minimización de los afectos adversos cada vez que se presenten, y permitir analizar sus causas, el aprendizaje de los errores y a difundir los conocimientos adquiridos. Es imprescindible conseguir sistemas de notificación de errores y sucesos adversos que sean rigurosos y eficaces. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creada por la Organización Mundial de la Salud ha recomendado "elaborar sistemas de notificación y aprendizaje

para facilitar el análisis de las causas que originan los errores y prevenirlos". **Lo realmente importante delante de un error es saber como y donde sucedió y razonar por qué sucedió, no quien lo cometió.**

Es necesaria la puesta en marcha de sistemas de registro de los sucesos adversos evitando dos concepciones erróneas, por un lado suponer que los fallos son dependientes de deficiencias del individuo que podrían subsanarse mediante el esfuerzo del profesional y de los servicios sanitarios, y por otro creer que el castigo mediante la aplicación de medidas sancionadoras, administrativas o penales, podría obtener la minimización de los errores. Todo ello contribuiría, junto a una ausencia de marco legal que acoja estos sistemas de registro, a generar desconfianza en los profesionales conduciendo de manera inexorable a la ocultación e infradeclaración de los sucesos haciendo por tanto inútiles este tipo de registros.

Es indispensable la creación de un clima de confianza que ampare la declaración de estos sucesos, y para ello resulta primordial la existencia de unas bases jurídicas de los sistemas de registro. Los sistemas de identificación de situaciones de riesgo deberían nutrirse de la información voluntaria y anónima por escrito de situaciones que han lesionado o podrían haber lesionado a un paciente y la filosofía de actuación no debería basarse en ¿Quién es el responsable? si no en el análisis cuidadoso de ¿Qué ha pasado? ¿Por qué ha pasado? y ¿Qué puede hacerse hacer para evitarlo?.

Los estudios epidemiológicos profundos permitirán conocer los factores de riesgo de los pacientes expuestos a sufrir efectos adversos, facilitará la puesta en marcha de métodos predictivos y preventivos y, qué métodos no punitivos pueden permitir conocer, recoger y comunicar los errores para hacer más segura la atención sanitaria. Es fundamental conseguir que los profesionales y las organizaciones analicen de forma abierta los errores cometidos, de esta manera se argumentarán estrategias frente a los fallos detectados impidiendo su reiteración.

Bibliografía

- Aranaz J M^a, Aibar C, Gea M^a T y M^a T León. Efectos adversos de la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clin (Barc) 2004; 123(1): 21-5
- Camí J, Aubia J., de Lorenzo R. La gestión de los errores médicos. Cuadernos de la 2002. Fundació Víctor Grífols i Lucas. nº 7.
- Larios D. Error sanitario y seguridad de pacientes. Editorial Comares. Granada 2009.
- Martín M.C. y Ruiz J. Acontecimientos adversos en medicina intensiva. Gestionando el riesgo. Med Intensiva. 2006;30(6): 284-92.

Francisco José Cambra

Metge adjunt de la UCI Pediàtrica
Coordinador del Projecte Cuida'm
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona





Consells KidsHealth.

KidsHealth®

Educational Partner

PER PARES

Desarrollar la autoestima de su hijo

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20257&article_set=74903&ps=104

Sobre la dislèxia

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20255&article_set=72755&ps=104

Terres nocturnos

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20257&article_set=63210&ps=104

PER NENS

Desarrollo tardío del habla o del lenguaje

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20257&article_set=43405&ps=104

PER ADOLESCENTS

Síndrome del colon irritable

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20259&article_set=55349&ps=104



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:



Recursos de xarxa

www.univadis.com Una completíssima i sorprenent web amb uns recursos audiovisuals espectaculars. Gratuïta però cal registrar-se.

<http://www.univadis.com>



Política i alcohol

Un dels problemes més angoixants per al pediatre general és l'examen d'un nen adoptat. Hi ha protocols perfectes per l'avaluació a la seva arribada a Espanya, fàcils de seguir per a determinar si tenen alguna malaltia infectocontagiosa, anomalies genètiques visibles a l'exploració i/o trastorns del creixement o del desenvolupament.

El desenvolupament és un continu que pot fer-se de forma escalonada o progressiva. Avaluar el desenvolupament d'un nen petit és relativament fàcil, no obstant això, la majoria es detecten més en la guarderia que en la consulta del pediatre. Sovint són els pares qui avisen que el nen és "diferent" i el pediatre, amb bon criteri, sol·licita una consulta a un especialista en neuro - desenvolupament.

Amb els nens adoptats d'alguns països en els quals la ingesta d'alcohol és habitual, com p.e. en la Federació Russa, hi ha la complexitat afegida de la detecció dels nens que han resultat afectats, pel seu efecte devastador sobre el Sistema Nerviós Central durant l'embaràs.

La Síndrome Alcohòlica Fetal (SAF) ara reconvertida en la Síndrome de l'Espectre Alcohòlic Fetal (SEAF), abasta des de lesions mínimes fins a un deteriorament mental important. En països com EEUU i França és obligatori que a l'etiquetatge d'ampolles de vi i licors es manifesti el risc d'ingerir alcohol durant l'embaràs. En el nostre país cap ampolla està etiquetada amb aquest criteri i, a més, desconecem la incidència real del SAF i la seva possible connexió amb entitats com el TDAH, per exemple.

.../...



decidir no fer publicitat en els mitjans de comunicació. Més recentment i com proposta de debat per al pròxim

Donada la potencial magnitud d'aquest desconegut problema vaig escriure un informe amb una periodista del rotatiu de més llençada de Catalunya. Aquest article no va ser acceptat, fonamentalment per les repercussions que pogués tenir al comerç del cava i vi, i també per la por que les empreses vitivinícoles puguin

Congrés de Medicina de l'Adolescència (al que esteu convidats... previ pagament de la inscripció, <http://lantartida.net/clients/SEMA/portada.html>) vaig proposar una taula rodona científica baix el lema: "*Assaboreix el vi, no beguis alcohol*". Després d'un intensíssim debat intern els va semblar als tertulians del comitè científic que promoviéssim el consum de les begudes alcohòliques. Per a mi és un greu error però cal acatar la decisió de la majoria; la taula rodona ha estat rebutjada.

- <http://www.niaaa.nih.gov/AboutNIAAA/Interagency/AboutFAS.htm>
- http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPqEwTL9H3hXAOOjTOXR_dRe
- Rivas C, González de Dios J. La importancia de conocer y reconocer el espectro del síndrome alcohólico fetal Evid Pediatr 2008; 4: 70
- <http://www.coraenlared.org>
- <http://www.fisterra.com/guias2/adopcion.asp>



Es busca puericultor/a

Estava repassant el nou Protocol d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut a l'edat pediàtrica, quan em va arribar per correu electrònic el número 4 de la revista "Nous Vincles". Vaig decidir fer una pausa i donar-li una ullada ràpida per posar-me al dia de les novetats que ens envien els companys de l'Hospital Sant Joan de Déu. Vaig arribar a "El racó d'en Santi" i em va cridar especialment l'atenció l'article: "Quo vadis puericultura?".

Vaig aparcar el protocol i vaig llegir l'article esmentat, i crec que estava carregat de raó.

És cert que els pediatres estan tan ocupats atenent les patologies, que deixen de banda la puericultura, però això no és una novetat. Ja fa temps que els infermers s'encarreguen d'aquesta vessant de la cura del nen.

Als centres d'atenció primària, el rol d'infermeria ha canviat i ha esdevingut fonamental per a la promoció de la salut i la prevenció primària. Aquest col·lectiu està preparat per fer-ho i, actualment, els pares ja els identifiquen com els professionals que s'encarreguen de la nutrició, les cures del nadó, els consells sobre hàbits, les vacunes...No obstant això, els pares saben que en cas de qualsevol dubte consultem amb el pediatre, en definitiva és un treball en equip.

En Santi reflexiona sobre la pèrdua de la pràctica puericultora dels pediatres per culpa de l'augment de la demanda de patologies agudes.



El lector opina



Hem d'anar una mica més enllà, Santi. Aquesta epidèmia de l' "aquí i ara" s'està encomanant també als professionals d'infermeria, que han de deixar la seva tasca de puericultors, i per tant de promoció de la salut i prevenció primària, per poder atendre patologia aguda, passant a fer prevenció secundària i en molts casos, duplicant l'atenció perquè els pares també volen visita amb el pediatre. La infermeria col·labora resolent les demandes dels pares, però caldrà que no perdem de vista el nord.

Reflexions?

La taxa de mortalitat infantil a Catalunya (2,7 ‰) ha disminuït considerablement, sent més baixa que a Espanya (3,5 ‰) i que la mitja de la Unió Europea (4,5 ‰), en part gràcies a l'educació per la salut, els consells i les vacunacions.

Caldrà prioritzar i revaloritzar aquesta tasca de prevenció primària ?

Tanmateix, si arriba a faltar la puericultura als centres d'AP, on la trobaran els pares? Potser a Internet?

Jordi Fernández Blanco
Infermer Equip Pediatria Alt Penedès





Telèfon/MAIL de consulta entre professionals

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

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

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



Telèfon de consulta professional?
605 695 348

Correu electrònic:
aps@hsjdbcn.org



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

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

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



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

nousvincles@hsjdbcn.org

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

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

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



HOSPITAL 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.** Webmaster / Tècnic comunicació de l'HSJD. **Yolanda Fernández.** Metgessa pediatra. Servei pediatria i urgències HSJD. **Albert Moltó.** Periodista. Cap de comunicació de l'HSJD. **Francisco Vicente Morales.** Metge pediatre. Direcció Equip de Pediatria Alt Penedès. **Jaume Pérez Payarols.** Metge Pediatre. Director d'Innovació, recerca i docència de l'HSJD. **Cèlia Pujol.** Infermera. Direcció Equip de Pediatria Alt Penedès. **Marisa Serra.** Metgessa. Adjunta a la Direcció de Qualitat i Planificació Àrea d'Atenció al Client de l'HSJD. **Josep Serrat.** Metge MFIC. Adjunt a la Direcció Mèdica de l'HSJD. **Col·laborador: Santi García-Tornel.** Metge Pediatre. Cap Clínic de Pediatría 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.