



Editorial

Presentació dels temes destacats del present número.

HSJD, a prop teu

• Tratado de urgencias en pediatría

Recentment s'ha publicat la segona edició del "Tratado de urgencias en pediatría" que co-dirigeixen el Dr. Jordi Pou i el Dr. Carles Luaces, juntament amb altres professionals de tot l'estat.

Coneixement professional

• La vacuna de la gripa en los niños con patología alérgica

En aquest article analitzem les consideracions que cal tenir present quan pensem en administrar la vacuna de la gripa a nens que estan en tractament amb una immunoteràpia específica o bé pateixen al·lèrgia a l'ou.

• Actualització guia reanimació cardiopulmonar segons recomanacions 2010 de la ERC

El European Resuscitation Council va publicar l'any 2010 una actualització de les seves guies de reanimació cardiopulmonar. La Dra. Fernández, del servei d'urgències de l'HSJD, ens resumeix en aquest article quins són els elements més destacats de la pediàtrica, especialment quant a la comparació amb la de l'any 2005.

• Actualització sobre immunoteràpia

Professionals de la secció d'immunologia de l'HSJD aborden aquí el tema de la immunoteràpia, les seves indicacions, els objectius que persegueix i la manera adequada d'aplicar-la.

Actualitat

• Grip A i mitjans de comunicació

L'any 2009 va estar marcat pel seguiment mediàtic que va rebre l'amenaça de pandèmia pel virus de la Grip A, seguiment que va semblar desproporcionat quan es relaciona amb les conseqüències generals que va tenir la malaltia. El nostre director de comunicació i periodista, l'Albert Moltó, ha volgut reflexionar al respecte.

Què hi ha de nou en Vincles?

• Un exemple de col·laboració entre nivells assistencials: maneig de la Plagiocefàlia

El Dr. Bosch ens actualitza els nostre coneixement de la plagiocefàlia, sobre tot en quan a la seva prevenció, el seu tractament ambulatori i els criteris de derivació des de primària a l'hospital.

Formació continuada

• Cursos Àula de Pediatria HSJD

Ciència i humanitat

• Per què els pares han d'escollir entre conductisme i estima?

El Dr. Vicente Morales ens parla sobre la falsa disjuntiva entre la teoria conductista i la teoria de l'estima, que ens serveixen com a base per aconsellar als pares com afrontar diversos problemes que poden presentar els seus fills.

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

En aquesta segona part us presentem recursos que cal que professionals i institucions utilitzem per evitar o almenys disminuir el patiment patològic que es pot generar durant la cura dels nens amb malalties greus.

El racó d'en Santi

• 5 consells KidsHealth / Recurs de xarxa

• La nueva Pediatría

El Santi reflexiona sobre la utilitat del "pediatre del desenvolupament i el comportament", una modalitat professional pròpia dels EEUU, que permet resoldre la distància entre les competències del pediatre tradicional i els especialistes en neurologia, psicologia o psiquiatria.



En que aquest número 8 de la revista *Nous Vincles* hem inclòs una sèrie d'articles que tracten de donar protagonisme a aquells elements que són les nostres senyes d'identitat, us destaquem:

- Actualitzacions en reanimació cardiopulmonar i immunoal·lèrgia, àrees que, en una cas per la seva gravetat i en l'altre per la seva prevalença, preocupen al pediatre d'atenció primària.
- Revisió del maneig de la plagiocèfalia, patologia que com tantes altres, per obtenir resultats satisfactoris requereix del protagonisme de l'atenció primària i de la bona coordinació amb l'hospital.
- Hem analitzat també temes de caire més humanista, reflexionant al voltant de la teoria conductista i la de l'estima, quant a l'educació dels nens. I hem preparat la segona part de l'article que analitza l'empatia i el patiment dels professionals que manegen nens amb patologies greus.

- Hem convertit en notícia l'absència de notícies, comentant el fet que en un hivern en que hem patit de forma més perllongada que l'anterior l'efecte de les patologies respiratòries, aquestes no han generat el interès mediàtic que va provocar la pandèmia de la grip A.
- I en el "Racó del Santi" hem pensat i hem après, sent en aquest cas objecte d'anàlisi la figura del pediatre del desenvolupament i el comportament que existeix als EEUU.

La nostra voluntat és seguir amb la mateixa estructura i plantejament editorial (intentant millorar la nostra difusió), sempre que aquestes donin resposta adequada a les necessitats de la Pediatria d'Atenció Primària i faciliti el coneixement mutu i la coordinació amb el nivell hospitalari. Per això, us agrairíem que ens féssiu arribar les vostres opinions i, especialment, els vostres suggeriments de millora al correu: jvega@hsjdbcn.org.

Josep Lluís Vega

Adjunt a la Direcció Assistencial de l'hospital Sant Joan de Déu



L'Hospital Sant Joan de Déu, a prop teu

Un tractat coordinat per dos metges de l'Hospital fa un repàs de totes les malalties que es poden haver d'atendre d'urgència

Dos pediatres de l'Hospital Sant Joan de Déu-Barcelona han coordinat, juntament amb altres dos de Bilbao, un tractat que repassa detalladament tots les situacions i malalties que es poden haver d'atendre en un servei d'urgències, així com els tractaments més idonis que s'han d'aplicar en cada cas.

Aquest tractat pot resultar d'interès per als professionals de la primària perquè, segons apunta el Dr. Jordi Pou, cap del servei de Pediatria de l'Hospital i un dels coordinadors de l'obra, "s'hi parla de patologies molt greus però també de patologies agudes, teòricament banals, però que són de gran importància per la seva freqüència i la seva repercussió social i sanitària, i que impliquen tant els pediatres d'urgències com els d'atenció primària". "Els professionals dels centres d'atenció primària atenen cada dia visites espontànies, d'urgència, i el tractat els pot resultar de molta utilitat en aquesta tasca", afegeix Carles Luaces, cap del servei d'urgències de l'Hospital Sant Joan de Déu i un altre dels coordinadors del llibre.



El tractat, que està avalat per la **Societat Espanyola d'Urgències de Pediatria**, repassa detalladament els símptomes i tractament de les malalties i símptomes respiratoris, les malalties digestives, neurològiques, cardiològiques, nefrourològiques, endocrinometa-bòliques, osteoarticulars, hemato-oncològiques, els accidents infantils, la síndrome febril... A més, explica com s'organitza un servei d'urgències pediàtric: com es fa el triatge dels malalts i quines escales es fan servir, la consulta telefònica a urgències, els aspectes mèdics legals que cal tenir en compte, l'equipament necessari, etc.

En l'elaboració del tractat hi han participat 150 professionals que treballen en serveis d'urgències de tot l'Estat. Ha estat editat per l'editorial Ergon amb el títol "Tratado de Urgencias en Pediatría" i ja és a la venda a les llibreries.

Servei de Comunicació
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona



Coneixement professional

La vacuna de la gripa en los niños con patología alérgica

La gripe es una enfermedad que afecta de manera importante a la población mundial. Los pacientes afectados de asma constituyen uno de los grupos de riesgo de que su enfermedad se agrave al padecer una gripe. Por ello en

estos pacientes se recomienda la vacunación anual frente a la gripe. Esta recomendación es más intensa conforme el asma padecida por estos pacientes es más grave, dado que el beneficio esperable es mayor en ellos.

A la hora de administrar la vacuna de la gripa existen dos situaciones que pueden crear confusión:

- **El paciente en tratamiento con inmunoterapia específica:** es frecuente que los niños con asma extrínseca realicen tratamiento con inmunoterapia específica. No se han descrito interacciones con las vacunas del calendario y de la gripa, por lo que no hay inconveniente para administrarlas simultáneamente. Ante la posibilidad de que se produzca algún tipo de reacción adversa con la inmunización antialérgica, parece prudente recomendar que no coincidan y se espere unos días entre ambas vacunas, para así poder establecer mejor la relación causa efecto e identificar la vacuna responsable.
- **El paciente afecto de alergia al huevo:** En los últimos años hemos asistido a un aumento continuado de las enfermedades atópicas, entre las que se incluyen el asma alérgico y la alergia alimentaria. Por otra parte las indicaciones de la vacuna de la gripa se han incrementado en los últimos años. De esta forma cada vez es más frecuente encontrarse con niños alérgicos al huevo en los que estaría indicada la vacuna antigripal. Ante estas situaciones las recomendaciones actuales serían:
 - La vacuna de la gripa está contraindicada en pacientes que hayan presentado una reacción anafiláctica

grave tras la ingesta de huevo.

- Los pacientes afectados de alergia al huevo, que no hayan tenido reacciones anafilácticas graves, sí se pueden vacunar con vacunas que contengan menos de 1.2 mcg/ml. A estos niños se les debe administrar la vacuna de forma fraccionada: 1ª dosis de 1/10 de la vacuna y los 9/10 restante a los 30 minutos, si es que se ha tolerado la primera dosis. Tras la segunda dosis se mantendrá al paciente en observación durante una hora. En caso de precisar una 2ª dosis al mes, en caso de que no haya presentado reacción que la contraindique, se podrá administrar en dosis única. En estos pacientes se podrá realizar la vacunación en el centro de salud.



Olga Domínguez/Jaime Lozano
Secció Immunoal·lèrgia Hospital Sant Joan de Déu



Actualització guia reanimació cardiopulmonar segons recomanacions de l'ERC



Els principals canvis en aquestes noves guies respecte a les guies de 2005 per al suport vital pediàtric inclouen:

1. El reconeixement de l'aturada cardíaca: el personal sanitari no pot determinar amb fiabilitat la presència o absència de pols en menys de deu segons en lactants o nens. El personal sanitari hauria de buscar signes de vida i, si són competents en la tècnica, poden afegir la palpació del pols per diagnosticar l'aturada cardíaca i decidir si haurien de començar les compressions toràciques o no. La decisió de començar la RCP s'ha de prendre en menys de deu segons. En relació a l'edat del nen, es pot utilitzar la comprovació del pols carotídi (nens), braquial (lactants) o femoral (nens i lactants).

2. La seqüència de RCP bàsica pediàtrica continua sent la mateixa (és a dir, posicionament via aèria - ventilacions de rescat – compressions toràciques i 15/2). La població general amb coneixement de RCP bàsica d'adults i que NO tinguin coneixement específic de RCP pediàtrica poden utilitzar la seqüència d'adults. És a dir, amb compressions en lloc de ventilacions de rescat (C-A-B en comptes de A-B-C). Cal a dir que es recomana ensenyar RCP amb totes les especificacions pediàtriques al personal sanitari que tenen responsabilitat amb nens (professor, socorristes, monitors d'esplai,...).

3. La relació compressió/ventilació (C/V) utilitzada per als nens s'hauria de basar en si hi ha un o més reanimadors. Caldria ensenyar als ciutadans, que generalment només aprenen tècniques aplicables per una única persona, a utilitzar una relació de 30 compressions per cada 2 ventilacions, que és la mateixa que figura en les recomanacions per a adults i que permet que qualsevol persona formada en SVB ressusciti nens amb una formació addicional mínima. Els primers intervinents haurien d'aprendre a utilitzar una relació de 15:2 C/V. No obstant això, poden utilitzar una relació de 30:2 si estan sols, sobretot si no aconsegueixen un nombre adequat de compressions. La ventilació continua essent un component molt important de la RCP en les aturades per asfíxia. Els reanimadors que no puguin o que no vulguin proporcionar una ventilació boca a boca se'ls hauria de recomanar que fessin, com a mínim, una RCP amb no més compressions.



4. Es posa èmfasi en assolir compressions de qualitat i amb una profunditat adequada amb mínimes interrupcions per tal de minimitzar el temps sense circulació. Comprimit el tòrax 1/3 del diàmetre toràcic anterior-posterior en tots els nens (és a dir, aproximadament, 4 cm en lactants i 5 en nens). Es destaca la importància de la reexpansió completa subsegüent. Tant per als lactants com per als nens, el ritme de compressió hauria de ser de, com a mínim, 100 compressions per minut, però no superior a 120. La tècnica de compressió per a lactants inclou la compressió amb dos dits per als reanimadors sols, i la tècnica amb dos polzes d'encerclament del tòrax per a dos o més reanimadors. Per a altres nens, es pot utilitzar la tècnica d'una o dues mans, segons les preferències del reanimador.

5. Els desfibril·ladors externs automàtics (DEA) són segurs i eficaços quan s'utilitzen en nens majors d'un any. Per a nens d'entre 1 i 8 anys es recomana utilitzar elèctrodes pediàtrics específics o dispositius atenuadors d'energia que mitiguin la potència de la màquina a 50- 75 J. Si no és possible administrar una descàrrega amb energia atenuada o no és disposa d'un desfibril·lador manual, **es pot utilitzar un DEA per a adults amb els nens de més d'1 any**. Hi ha casos descrits de l'ús amb èxit del DEA en nens menors d'un any. Tot i que és poc habitual, en el cas de que un nen menor d'1 any presenti un ritme desfibril·lable, és raonable utilitzar un DEA (preferiblement amb un atenuador de dosis).

6. Per reduir el temps sense circulació quan s'utilitza un desfibril·lador manual, s'han de continuar les compressions mentre s'apliquen i es carreguen les pales o els pegats autoadhesius (si la mida del pit del nen ho permet). Les compressions toràciques s'aturen breument, un cop el desfibril·lador està carregat, per a la descàrrega. Per motius de simplicitat i coherència amb les pautes de SVB i SVA en adults, es recomana una estratègia de descàrregues úniques utilitzant una dosi contínua de 4 J/kg (preferiblement, es recomana bifàsic, però també és acceptable monofàsic per a la desfibril·lació de nens).

7. Els **tubs traqueals amb pneumotaponament** es poden utilitzar sense cap perill en **lactants i nens petits**. La mida s'hauria d'escollir aplicant una fórmula validada.

8. La seguretat i el valor d'utilitzar la pressió cricoidea durant la intubació traqueal no està clara. Per tant, l'aplicació de pressió cricoidea s'hauria de modificar o interrompre si impedeix la ventilació, la velocitat o la facilitat d'intubació.

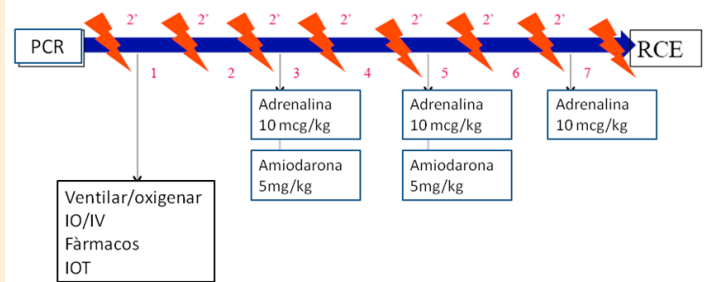
9. Controlar el diòxid de carboni (CO₂) exhalat, idealment mitjançant una capnografia, resulta útil per confirmar la posició

correcta del tub traqueal i es recomana durant la RCP per ajudar a valorar i optimitzar-ne la qualitat.

10. Limitació de la hiperòxemia: durant la RCP l'administració d'oxigen ha de ser a la major concentració possible (100%). Un cop es restaura la circulació espontània, caldria ajustar l'oxigen inspirat per limitar el risc d'hiperoxèmia (buscar sat Hb > 94%).

11. Vies: si en 90 segons no s'ha aconseguit via, s'ha de buscar la via intraòssia. **Ja no es recomana l'administració intratraqueal d'adrenalina.**

12. Es simplifica bastant la seqüència d'actuació en ritmes desfibril·lables (FV 7TVSP). *Veure esquema:*



1. Desfibril·lació INMEDIATA (4J/kg)
2. Compressions toràciques INMEDIATES durant 2 minuts. Les compressions han de ser ININTERRUMPIDES
3. Als 2 minuts de compressions, reavaluar ritme breument, si continua sent desfibril·lable es realitza una segona descàrrega i es reinicien compressions immediatament.
4. Als 2 minuts es reavalua i si persisteix, 3ª descàrrega.
5. Després de la 3ª descàrrega, durant les compressions, s'administra ADRENALINA i, seguidament AMIODARONA.
6. A partir d'aquest moment, les "carregues pars" no es segueixen de medicació (només compressions).
7. La 5ª carga es segueix d'adrenalina i amiodarona com la tercera (i compressions).
8. A partir de llavors, les "carregues senars" es segueixen només d'adrenalina (i compressions).
9. La tercera dosis d'amiodarona es reserva per la recidiva de ritme desfibril·lable i es continua amb de BIC d'amiodarona.

13. La implementació d'un sistema de resposta ràpida en un pacient pediàtric hospitalitzat, pot reduir les taxes d'aturades cardíques i respiratòries i la mortalitat intrahospitalària.

http://www.scpediatrics.cat/rcp/wp-content/uploads/Tra-duc_Guies_ERC_2010.pdf

http://www.scpediatrics.cat/rcp/wp-content/uploads/Guies_2010_Resum_prals_canvis-vs2.2.pdf

Guies de 2010 de l'European Resuscitation Council
Versió catalana autoritzada
Societat Catalana de Pediatria. Comitè de RCP



Actualización en inmunoterapia

El asma, la rinitis y la rinoconjuntivitis alérgica son enfermedades que pueden controlarse siguiendo una serie de medidas terapéuticas. Para conseguir el control óptimo de estas patologías, se necesita una estrecha colaboración entre el colectivo de sanitarios que trata a estos niños. Desde la atención especializada, la pediatría primaria, y la asistencia por parte de enfermería, deben aplicarse eficazmente los recursos terapéuticos disponibles en la actualidad incluyendo una buena prevención y educación sanitaria.

Los objetivos de la inmunoterapia (IT) son disminuir la respuesta a los alérgenos, la respuesta inflamatoria y el desarrollo de una enfermedad crónica. Además de las medidas de control ambiental, la IT es el único tratamiento capaz de modificar la respuesta inmune anormal que se produce en la enfermedad alérgica. En estudios controlados se ha demostrado su capacidad para prevenir nuevas sensibilizaciones y para alterar el curso natural de la enfermedad o su progresión de rinitis a asma.

Las indicaciones de la IT (**fig. 1**) incluyen la anafilaxia por veneno de himenópteros y la rinoconjuntivitis y el asma IgE mediado en los que el tratamiento farmacológico y las medidas de control ambiental no controlen los síntomas. Ha de demostrarse la relevancia del alérgeno respecto a la aparición de los síntomas y que dicho alérgeno no sea evitable. Los pacientes deben estar estabilizados antes de iniciar una IT.

Fig. 1 - Indicaciones de la inmunoterapia

- Alergia a veneno de himenópteros
- Síntomas de rinitis alérgica, conjuntivitis alérgica, asma alérgica o cualquier combinación tras la exposición natural a aeroalérgenos.
- Demostración de la importancia clínica de la IgE específica.
- Uno de los siguientes:
 - » Pobre respuesta al tratamiento y/o evitación
 - » Efectos adversos a la medicación no tolerables
 - » Deseo de reducir/evitar tratamiento a largo plazo
 - » Coexistencia de rinitis y asma
 - » Posible prevención de asma en pacientes con rinitis.

Las contraindicaciones (**fig. 2**) son el asma grave o mal controlado, pacientes afectos de inmunodeficiencias graves e inmuno patologías, las malignidades, el tratamiento con beta-bloqueantes y las enfermedades cardiovasculares en las que esté contraindicado el uso de adrenalina, las alteraciones psicológicas y la imposibilidad de mantener el tratamiento durante, al menos, 3 años.

Fig. 2 - Contraindicaciones de la inmunoterapia

- Asma grave o mal controlado.
- Inmunodeficiencias graves o inmuno patologías.
- Enfermedades malignas.
- Tratamiento con beta-bloqueantes.
- Trastornos psicológicos graves.
- Enfermedades cardiovasculares en las que está contraindicada la adrenalina.
- Imposibilidad de mantener tratamiento regularmente al menos 3 años.
- Reacciones sistémicas previas.
- Rechazo de la IT por los padres o el niño.
- Ausencia de extractos estandarizados.
- Mala adherencia al tratamiento.

En la actualidad existen antígenos de calidad y bien estandarizados de ácaros, hongos, pólenes, epitelios de animales y veneno de himenópteros. Los extractos pueden ser acuosos, depot con adyuvantes de liberación gradual y alergoides, los cuales poseen una excelente capacidad inmunogénica con mínima capacidad alergogénica, induciendo una excelente respuesta inmunológica y minimizando el riesgo de efectos secundarios. El futuro inmediato se basa en la síntesis de productos cuya base sea los antígenos recombinantes.

Las vías de administración son la subcutánea y la sublingual, ambas de demostrada eficacia. Respecto a la vía subcutánea existe la pauta convencional con una fase de inducción y otra de mantenimiento. En la actualidad, se utilizan pautas más rápidas (cluster y rush) en las que se llega al mantenimiento en pocos días o incluso horas. La duración del tratamiento es de 3 a 5 años y la frecuencia de administración es mensual. Suelen iniciarse las pautas en los Centros Especializados para seguirlas desde la Atención Primaria, por lo que los profesionales de este ámbito deben estar familiarizados con ellas y deben saber cómo actuar ante posibles efectos secundarios locales o generales.

La vía sublingual, en forma de gotas, es de administración habitualmente diaria, aunque existen distintas pautas según los productos prescritos. Últimamente se ha comercializado una presentación sublingual en forma de comprimidos para el tratamiento de rinitis y/o asma por gramíneas.

Fig.3-Pauta de actuación en caso de interrupción del tratamiento

POR INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO		
FASE DE TRATAMIENTO	INTERVALO	ACTITUD
INICIACIÓN	<2 semanas	Continuar la pauta
	2-3 semanas	Repetir la dosis anterior
	3-4 semanas	Reducir a la mitad
	>4 semanas	1a dosis del frasco anterior
MANTENIMIENTO	<6 semanas	Repetir la dosis
	6-8 semanas	Reducir la dosis un 25%
	8-10 semanas	Reducir la dosis a la mitad
	10-12 semanas	Administrar solo un cuarto
	>12 semanas	No administrar y derivar al alergólogo

Fig.4-Conducta a seguir en caso de reacciones adversas

PARA REACCIONES ADVERSAS					
TIPO DE REACCION		INTENSIDAD (CLAVE)	<12 AÑOS CM 0	ADULTO CM 0	ACTITUD
LOCAL	Inmediata <60 min	Pequeña (LI-1)	<3 cm	<5cm	Continuar
		Mediana (LI-2)	3-5 cm	5-10 cm	Retroceder 1 dosis
		Extensa (LI-3)	>5 cm	>10 cm	Retroceder 2 dosis
	Tardia >60 min	Pequeña (LI-1)	<5 cm	<5 cm	Continuar la pauta
		Mediana (LI-2)	5-8 cm	5-10 cm	Continuar la pauta
		Extensa (LI-3)	>8cm	>10 cm	Retroceder una dosis
En reacciones molestas que no obliguen a reducir la dosis, esta se puede fraccionar entre los dos brazos					
		INTENSIDAD (CLAVE)	CLÍNICA	ACTITUD	
SISTÉMICA	Inmediata o tardia	Leve (S-2)	Rinitis, o asma lleve con buena respuesta al tratamiento	Retroceder 3 dosis, y aumentar hasta la dosis tolerada	
		Moderada (S-3)	Urticaria, angioedema, o crisis de asma grave	Interrumpir el tratamiento y derivar al alergólogo	
		Grave (S-4)	Requiere tratamiento intensivo		

Antes de administrar cada dosis, el personal sanitario debe interrogar sobre la existencia de enfermedades agudas que contraindicarían su administración, como serían cuadros febriles o crisis de asma. Debe explorarse al paciente. También se debe interrogar sobre anteriores efectos secundarios tanto locales como generales. Debe comprobarse el vial y la dosis a administrar; agitar suavemente el vial sin hacer espuma. La inyección debe ser subcutánea, en la zona posterior del brazo, unos 4 dedos por encima del codo, y alternando ambos brazos en cada aplicación. Al retirar la aguja, comprimir y no frotar en la zona. Mantener al paciente, en reposo,

30 minutos en el centro sanitario en observación. Anotar fecha y brazo donde se ha administrado la IT.

El centro donde se administren las dosis de mantenimiento de la IT debe estar dotado con el material adecuado para tratar reacciones adversas de tipo inmediato.

En la **fig. 3** se establecen las pautas de actuación en el caso de haber suspendido el tratamiento y en la **fig. 4** la conducta a seguir en caso de reacciones adversas.

Montserrat Alvaro/Marcia Dias
Secció d'Immunitat i lèrgia de l'HSJD



Actualitat

La Grip A i els mitjans de comunicació



Estiu 2009: control de la grip A a l'arribada a un aeroport internacional

Fa tot just dos anys, l'abril del 2009, van aparèixer les primeres informacions sobre un brot de grip porcina a Mèxic, que en un primer moment va causar la mort a 18 persones. Poc després, l'OMS ja parlava de centenars de casos d'aquest virus al país centreamericà i als Estats Units. Començava així, el que acabaria sent la primera pandèmia de l'era internet (tot i que hi havia precedents, com la grip aviària o el mal de les vaques boges, però en un moment de menys influència de la xarxa).

Els missatges alarmistes que arribaven de l'hemisferi sud, a partir de fonts autoritzades com l'OMS, van fer que de seguida els mitjans de comunicació del nostre país omplissin el seu temps i el seu espai de notícies sobre la grip A. D'entrada, l'enfocament de les informacions periodístiques podia ser divers: alarmista, estrictament informatiu o tranquil·litzador. Hi va haver de tot, però majoritàriament els mitjans van abordar la qüestió d'una manera crua (de vegades, també humana) que va contribuir sens dubte a fer més dramàtica la situació.

De seguida van arribar informacions de primers afectats a Espanya i poc després, de les primeres víctimes. Alguns fets, com que la nova grip afectés especialment gent jove, van fer que els mitjans tinguessin prou material com per omplir cada dia portades i pàgines interiors. No cal dir que internet treia fum amb les informacions dels diaris online i les opinions dels bloggers.

El punt àlgid va arribar amb la declaració, per part de l'OMS, del nivell màxim d'alerta per grip A i la declaració de pandèmia.

La polèmica per la vacunació o no de la població i la cursa de les autoritats sanitàries per aconseguir el major nombre possible de dosis van donar ales als mitjans de comunica-

ció, que van fer-se ressò també de l'incessant allau de declaracions de tot tipus per part de la classe política.

Després de la fase de la vacunació, va venir la fase de reducció de contagis i amb ella, la caiguda d'interès dels mitjans de comunicació, que van girar el focus cap a altres temes que no tenien relació amb aquest, com el cas Gurtel, per exemple.

Finalment, van morir al món 16.000 persones per la grip A, un 0,00023% de la població mundial.

Hivern 2010-2011

La grip A no ha existit pràcticament pels mitjans de comunicació durant l'hivern 2010-2011, malgrat la població ha patit enguany amb especial virulència altres afeccions, com les pneumònies o les bronquiolitis. Però la grip A ja no ha interessat després de veure que a l'hemisferi sud no ha tingut gaire transcendència i que el virus s'ha comportat com el de qualsevol grip estacional.

¿Van ser els mitjans de comunicació responsables de l'alarmisme de la població? ¿Per què es van decantar per crear encara més alarma, en comptes d'informar estrictament o de tranquil·litzar als ciutadans?

La resposta és clara: els mitjans de comunicació són empreses i, com a tals, el seu principal objectiu és vendre el seu producte, en aquest cas exemplars de diaris o aconseguir la màxima audiència, en el cas de ràdios i TVs per tal de tenir més anunciants i, per tant, guanyar diners. La seva funció com a servei a la societat queda emmascarada per aquesta realitat, que ha crescut encara més en els darrers temps, amb la irrupció en el mercat dels diaris gratuïts, els mitjans online o les xarxes socials, i amb una crisi econòmica que buida de personal les seves redaccions i de publicitat les seves pàgines i el seu temps d'emissió.

Comportaments com aquest acabaran amb la credibilitat dels mitjans de comunicació?

No sembla que sigui així. De fet els ciutadans segueixen llegint els diaris, escolant la ràdio i mirant la televisió igual que abans de l'aparició de la grip A i si una nova pandèmia amenaça el món properament, no sembla gaire probable que canviï res.

Albert Moltó
Cap de Comunicació
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona



Prevenció i seguiment de la plagiocefàlia posicional, una tasca de Primària que requereix una adequada coordinació amb l'hospital

Des que el 1992 un estudi multinacional va alertar sobre el risc augmentat que els lactants tinguessin una mort sobtada pel fet de dormir en decúbit prono els casos de plagiocefàlia, pel manteniment del cap constantment en la mateixa posició, van augmentar d'una manera realment preocupant. De la implantació de mesures preventives posicionals aplicades sistemàticament des de Primària derivarien una disminució de les visites hospitalàries, uns millors resultats terapèutics i una menor indicació de les ortesi cranials.

La configuració cranial de les plagiocefàlies posicionals s'instaura en base a uns patrons deformadors, variables en intensitat, però constants que permeten la seva identificació. La pressió gravitatòria persistent sobre la regió occipito-temporal d'un mateix costat provoca l'aplanament de calota cranial de la zona afectada i la rotació de la base del crani desplaçant cap endavant tot el costat afectat, arrossegant el penyal del temporal i l'orella, i cap enrere tota la part contralateral, causant el bombament compensatori de la regió occipito-temporal contralateral. El resultat és una deformació en paral·lelogram que, depenent de la gravetat, també pot afectar la morfologia facial ipsilateral, causant una major obertura de la fissura palpebral i una major prominència del vorell orbitari així com del pòmul. (Fig. 1)

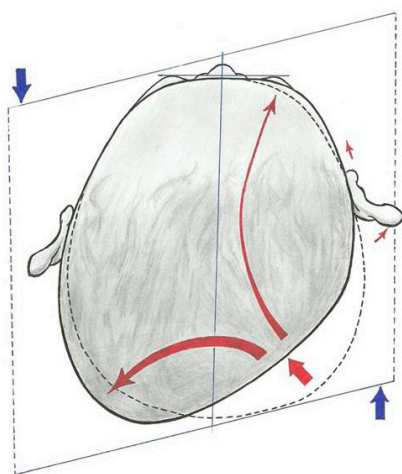


Figura 1.

Fisiopatologia de la plagiocefàlia posicional.

Quan l'afectació és bilateral per la pressió continuada sobre l'occipuci sense preferència de costat el crani adopta una forma braquicefàlica, més o menys asimètrica, també anomenada paquicefàlia, en la que el creixement encefàlic pressiona les zones parietals, provocant un augment del diàmetre biparietal

Encara que són diversos els factors que poden actuar alterant la correcta configuració del crani fetal prepart i intrapart (macrosomia, macrocefàlia, embaràs múltiple, miomes uterins, úter bicorn, instrumentació del part, etc.), generalment es resolen abans de les sis setmanes de vida i no dificultaran el diagnòstic de la plagiocefàlia posicional.

El diagnòstic diferencial cal fer-lo amb la plagiocefàlia craneostenòtica lambdoïdea. La forma que adopta el crani afecta de sinòstosi lambdoïdea es diferencia de la forma romboïdal característica de la plagiocefàlia posicional per adquirir un aspecte trapezoïdal. El tancament massa aviat de la sutura lambdoïdea impossibilita el creixement cranial en la seva zona d'influència, obligant a la massa encefàlica a compensar la manca d'espai, bombant la regió parieto-occipital contralateral i la regió occípito-mastoïdea ipsilateral, just per sota de la sutura patològica, que es pot palpar engruixida. (Fig. 2). Com a conseqüència l'orella queda endarrerida. A diferència de la deformació posicional, el frontal també es bomba, però contralateralment al costat afectat.

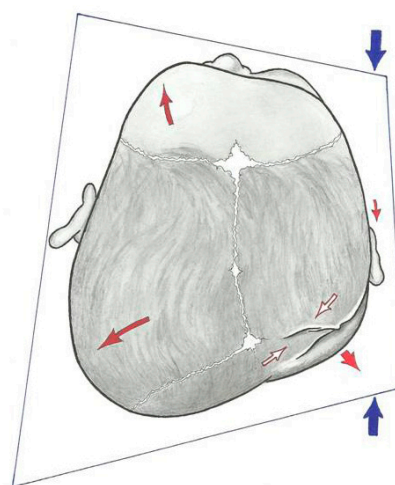
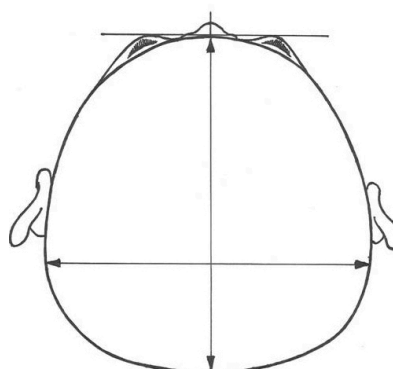


Figura 2.

Fisiopatologia de la plagiocefàlia craneostenòtica lambdoïdea.

Per a quantificar la severitat de les deformacions i constatar objectivament la seva evolució caldrà mesurar l'Índex Cefalomètric (Fig.3) i l'Índex de Plagiocefàlia o d'assimetria (Fig.4)



ÍNDEX CEFALOMÈTRIC

Distància biparietal	X 100
Distància antero-posterior	
Dolicocefàlia severa	< 60
Dolicocefàlia moderada	60-69
Dolicocefàlia lleu	70-75
Normal	76-84
Braquicefàlia lleu	85-90
Braquicefàlia moderada	91-100
Braquicefàlia severa	> 100

Figura 3.

Càlcul de l'índex cefalomètric.

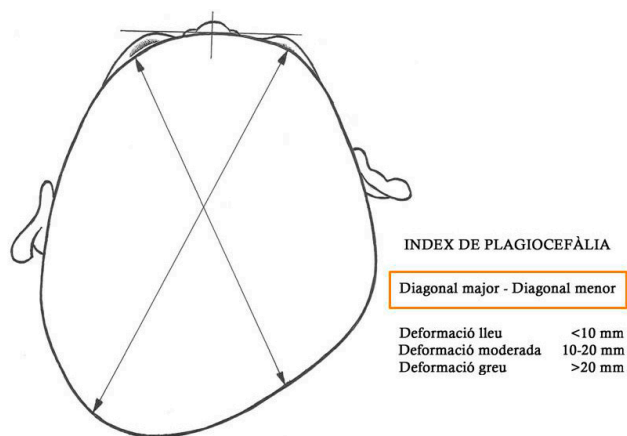


Figura 4.
Càlcul de l'Índex de plagiocefàlia.

Prevenió de la plagiocefàlia posicional

1. Donat al grau de concomitància d'una torticoli amb la plagiocefàlia posicional, cal realitzar com a rutina habitual exercicis d'estirament com a prova diagnòstica de mobilitat del coll.
2. Des del primer dia de vida el posicionament per a dormir haurà de ser en decúbit supí, el decúbit lateral fins fa ben poc considerat com segur, actualment es considera menys aconsellable.
3. S'haurà d'establir una rutina que eviti el posicionament fix del cap be sigui decantat cap el mateix costat o mirant al sostre. Es per això que caldrà rotar el cap, alternativament, cap a un costat i cap a l'altre cada vegada que se'l posi a dormir durant el dia. També es canviarà, cada dia, l'orientació del nen al llit. D'aquesta manera, a mesura que el nen vagi percebent sons i moviments en el seu entorn no girarà el cap sempre cap el mateix costat.
4. Quan estigui despert i controlat caldrà posar-lo de panxeta al terra i aplicar recursos per a evitar el decúbit supí i descarregar el cap de pressions externes..

Tractament de la plagiocefàlia posicional

És opinió acceptada majoritàriament que el tractament de la plagiocefàlia posicional ha de ser esglaonat: si amb la fisioteràpia no s'obté la correcció, es valorarà l'aplicació de les tècniques d'ortessi cranial i si aquestes tampoc resulten efectives, es podrà recorre a la cirurgia com a últim recurs.

1. Mesures fisioterapèutiques.

1.1 - El posicionament del cap haurà ser actiu:

- Per dormir s'haurà de col·locar sobre el costat bombat.
- Col·locar-lo orientat al bressol de manera que per mirar als pares s'hagi de girar sobre el costat bombat.
- Les joguines, pel mateix criteri, se li hauran d'oferir sempre des del costat bombat.

- Durant els canvis del bolquer, durant el bany o quant se li doni de menjar s'haurà de perseverar en situar-se sempre del costat que afavoreixi la rotació desitjada.

1.2 - En el cas de torticoli, els pares hauran de realitzar les maniobres d'estirament muscular sota control periòdic estricta del pediatre. Es repetiran de 3 a 5 cops al dia, de 3 a 5 vegades cada un, fins a aconseguir la completa rehabilitació del moviment del coll. (Fig. 5 i 6).



Figura 5.

Exercici barbeta-espatlla: ideat per a restablir el gir normal del cap a dreta i esquerra. Es realitza amb el lactant en decúbit supí. Mentre que amb una mà situada sobre el pit del nen evita que les espatlles es separin del pla de recolzament, amb l'altre, col·locada a la part lateral de la cara, es provoca el gir del cap amb d'intenció de que la barbeta toqui a l'espatlla. Quan el gir arriba al punt de resistència es manté la posició, amb delicadesa però amb fermesa, durant uns 10 segons.



Figura 5.

Exercici barbeta-espatlla: ideat per a restablir el gir ideat per a restablir la lateralització del cap. Amb el nen amb decúbit supí es col·loca una mà sobre l'espatlla contrària al costat cap el que pretenem inclinar el cap amb la finalitat d'evitar el desplaçament. Amb l'altre mà, col·locada sobre la part superior del cap, es provoca la inclinació amb la intenció de que l'orella toqui a l'espatlla. Arribat el punt de resistència es manté la posició deu segons.

1.3 - De la mateixa manera que s'aconsellava com a mesura preventiva s'hauran de dedicar espai de temps per als jocs amb el nen recolzat sobre la seva panxeta.

2. Les ortessi cranials

Es escassa la informació sobre la efectivitat de les ortesi que no incorri en conflicte d'interessos. Hi ha bastant consens, no obstant, en establir com a edat a partir de la que podria estar indicat el tractament amb ortessi cranial els 5 mesos de vida del nen. Decisió que correspondrà als especialistes en neurocirurgia pediàtrica.

3. La cirurgia.

La cirurgia sempre serà l'últim recurs i pel que fa a les plagiocefàlies, llevat de casos extraordinaris, es limitarà a les craniostenòtiques.

Pautes de seguiment i derivació des de primària

- Tota sospita de craniostenosi haurà de ser derivada a neurocirurgia sense demora indicant els fonaments de la sospita per a facilitar la resposta hospitalària.
- Establert el diagnòstic de plagiocefàlia posicional s'alliçonarà a la família en l'aplicació de les maniobres posturals i d'estirament muscular en cas de torticoli.
- A la setmana o quinze dies de la visita en la que s'ha fet el diagnòstic, es citarà a la família per a comprovar l'aplicació de les mesures rehabilitadores i reforçar la confiança dels pares i cuidadors en la seva habilitat per a realitzar-les.

- Assegurats del correcte compliment, es realitzarà un control mensual en el que es mesuraran l'Index Cefalomètric i el de Plagiocefàlia com a constatació de l'evolució de la deformació.
- S'establirà com a límit dels controls mensuals i moment per a la presa de decisió de la derivació a neurocirurgia els 5 mesos de l'edat del nen. A partir d'aquesta edat les mesures rehabilitadores comencen a perdre efectivitat llustrades per l'augment de l'autonomia de moviments del cap del lactant i endarrerir-ho més podria repercutir negativament en l'obtenció de la correcció total, en cas de precisar correcció ortopèdica.
- La decisió de derivar a neurocirurgia dependrà de:
 1. La valoració de la gravetat de la deformació: les formes severes (IP > 20 mm) hauran de derivar-se sense pèrdua de temps. En les formes moderades (IP entre 10 i 20 mm) s'haurà de decidir avaluant el grau d'afectació, el nivell de compliment de les mesures posicionals i dels exercicis de rehabilitació. Les formes lleus (IP < 10 mm) sense afectació craneofacial no es consideren, en general, com a subsidiàries de tractament ortopèdic, havent d'insistir en les mesures posicionals.
 2. La afectació facial ofereix major dificultat a la correcció i haurà de valorar-se molt especialment sense supeditar-la estrictament als valors antropomètrics, si bé habitualment anirà associada a les formes severes.

Joan Bosch i Hugas

Pediatre CAP "Rambla" Sant Feliu de Llobregat



Formació continuada

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:

- XXXI Curs de perfeccionament en neonatologia .
04 d'abril de 2011
- XLVI Curs d'avenços en immunologia i al·lèrgia pediàtrica (Programa de doctorat).
07 d'abril de 2011
- III Curs d'auxiliars en infermeria materno-infantil .
13 d'abril de 2011
- Curs d'actualització en diagnòstic i tractament en endocrinologia pediàtrica.
14 d'abril de 2011
- L'ABC de la radiologia pediàtrica (3 jornades).
18 de maig de 2011
- VIII Curs d'infermeria de ventilació no invasiva pediàtrica i neonatal.
25 de maig de 2011
- XII Curs de ventilació no invasiva pediàtrica i neonatal en el pacient agut.
26 de maig de 2011



Si voleu més informació:

Ana Sáez

Direcció Docència / Àula de Pediatria

Hospital Sant Joan de Déu

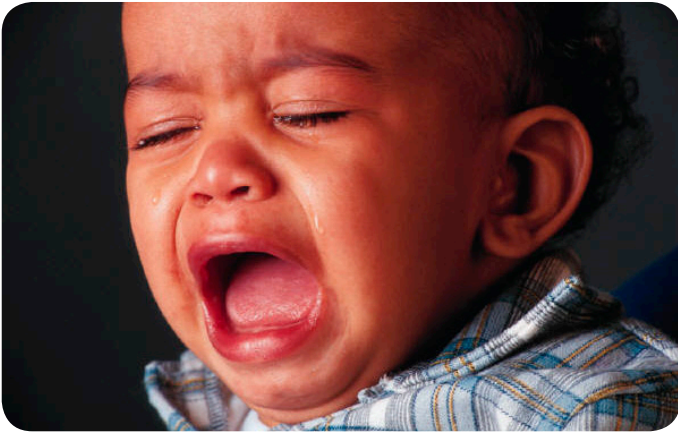
Telèfon 932532130

FAX 932804179

direcciodocencia@hsjdbcn.org



Per què els pares han de decidir entre conductisme o estima?



Actualment estem en una època de gran facilitat per accedir a la informació en relació a qualsevol tema que ens interessi, però hi ha una clara dificultat per filtrar adequadament la multitud d'articles, comentaris, llibres i informació per internet que ens bombardeja.

D'això tampoc es lliuren els futurs pares i cada vegada ens trobem amb més famílies que demanen el nostre assessorament com a professionals en relació a les fonts d'informació per com orientar l'educació del seu fill, en l'adquisició i modificació d'hàbits fonamentals com dormir i menjar.

A nosaltres, com a professionals de la salut, ens han format en multitud d'aspectes tècnics pel que fa a la salut física, però ens falta formació en relació als aspectes educatius i emocionals del nen, aspectes que sovint els pares ens demanen assessorament.

Actualment si observem les recomanacions en relació a l'adquisició d'hàbits per part dels nens i com orientar els pares hi ha dues grans tendències que semblen oposades i hi ha molts pares que no s'identifiquen clarament amb una o altra opció. Els mitjans de comunicació, els llibres, internet, TV i ràdio ens mostren els representants d'aquests dos pols, el Dr. Estivill i el Dr. C. González.

El Dr. Estivill és el representant dels mètodes conductistes. El 1985 el pediatre Richard Ferber, als Estats Units va presentar un mètode per ensenyar als nens a dormir que va ser sinònim de “**deixar plorar**” encara que ell mai ho va dir així, i l'any 2000 el Dr. Eduard Estivill ho va publicar a Espanya, adaptant la tècnica a la nostra cultura. Descriure tan superficialment i reduir els grans avenços dins la psicologia del desenvolupament per part del conductisme “a deixar plorar” seria una simplificació imperdonable i una injustícia per a les teories conductistes dins l'estudi del comportament humà.

El Dr. C. Gonzalez és el representant dels mètodes amb inclinació o mètodes no conductius, però **d'on ve la teoria de l'estima?**

John Bowlby (1907-1990), va ser un psicoanalista anglès, que va aprofundir en el desenvolupament infantil i va elaborar la teoria de l'estima. Mentre treballava per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) el 1951, Bowlby publica “**Cura Maternal i Salut Mental**” on va exposar la seva teoria de la “**Necessitat Maternal**”. Bowlby descriu el procés pel qual

el nen desenvolupa una ferma estima o unió a la seva mare dins dels primers sis mesos de vida, procés que si es trenques causaria serioses conseqüències. “*Un nen que sap que la seva figura d'estima és accessible i sensible a les seves demandes el dona un fort i penetrant sentiment de seguretat i alimenta continuar la relació*” (John Bowlby).

Aquesta teoria va despertar gran interès, però a l'hora va crear un fort debat entre els professionals de la psicologia, tant que l'OMS el va obligar a publicar un aclariment titulat “**Necessitat de la cura materna**”. Diferents coetanis de John Bowlby van matisar i especificar que no tots els nens patirien greus conseqüències.

Posteriorment William Sears, un altre pediatre nord-americà, desenvolupà la. “**Criança amb estima**”, efectuant múltiples publicacions i sent actualment el representant més conegut d'aquest tipus de teories. A Espanya, Rosa Jové i Carlos González segueixen aquest tipus d'enfocament.

Aquest és el moment de respondre a la meua pregunta inicial: **perquè els pares han de decidir entre conductisme o estima?**

Definits els fonaments i els extrems en les idees sobre l'educació, observem com, multitud de vegades, els extrems no són acceptats per la majoria, de manera que semblaria raonable que les idees s'han d'adaptar a les persones i no a l'inrevés, ja que la variabilitat humana és part de la seva riquesa. La infermera anglesa Tracy Hogg en les seves publicacions, com “**El secret de tenir nadons tranquils i feliços**”, ha sabut recollir uns coneixements molt eficaços, fugint dels extremismes, la culpabilització i el paternalisme. En el seu llibre facilita respectar el nen com a persona, entendre el seu temperament singular, interpretar la comunicació i el comportament i, a l'hora, una sèrie de solucions pràctiques i aplicables per a solucionar problemes típics dels nadons com el plor, l'alimentació i el son.

Per tant crec que l'alternativa al conductisme i l'afecció està en elles mateixes, en saber interpretar i utilitzar en cada moment, depenent del tipus de nen, el millor d'ambdues teories i no exclouent recomanacions que en cap cas poden ser universals.

Pels comentaris i preguntes dels pares aquest és un tema que els preocupa i els professionals sanitaris no sempre li donem la rellevància que té.



Vicente Morales Hidalgo
Pediatre Equip Pediatria Alt Penedès



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

Factores Protectores: autocuidado y cuidado de los equipos



Había comentado en la primera parte de este artículo que los profesionales, los seres humanos que ejercemos la función de “cuidar” somos, antes que nada, personas y, como tales, también somos vulnerables y podemos requerir ser cuidados. Y es por este motivo que cuidar de los profesionales, de los “cuidadores”, es fundamental para que cada cual pueda ejercer su labor de un modo óptimo y continuado. Esta no es, únicamente, una labor personal, sino que debe ser ampliada a los equipos y a las instituciones responsables de los cuidados, con la finalidad de proteger del estrés y del agotamiento al personal sanitario. La forma adecuada de hacerlo es, posibilitando el desarrollo de estrategias de abordaje y de protección bajo dos premisas fundamentales: la necesidad de “cuidarse para poder cuidar a otros” y el reconocimiento de la propia vulnerabilidad, o lo que es lo mismo, reconocerse como personas y equipos en riesgo.

A modo de guía haré mención a los factores de protección que se deberían dar tanto a nivel individual como colectivo e institucional:

1. Desarrollo de Factores Protectores a Nivel Individual

Bajo el principio de que “ser adulto implica hacerse cargo de uno mismo”, hay una serie de tareas que como profesionales debemos realizar:

- Registro oportuno y toma de conciencia de nuestros malestares físicos y psicológicos, es decir, toma de conciencia de nuestro propio sufrimiento.
- Vaciamiento y descompresión del sufrimiento: compartir en el sentido más estricto del término, es decir, en el de poder comunicar a otras personas ideas o...

sentimientos particulares en un espacio común, como es el espacio laboral, y al mismo tiempo tener la receptividad adecuada para escuchar y comprender (empatía) aquello que se nos comunica.

c. Mantenimiento de áreas personales libres de contaminación: existe un gran riesgo, que tiene que ver con el apartado anterior, que es que, ante la imposibilidad de poder compartir, de descomprimir el sufrimiento en los espacios adecuados (el ámbito laboral), las alternativas que quedan son, bien silenciarlos y generar más sufrimiento, o comunicarlos en espacios inadecuados (familia, pareja, amigos...)

que provocan, por la imposibilidad de respuesta, una contaminación de ese espacio y un depósito del sufrimiento en esas personas.

- Evitar la contaminación de los espacios de distracción.
- Evitar la saturación de las redes personales de apoyo, ya que proyectar continuamente nuestro sufrimiento de modo continuado en la misma, o las mismas personas, acarrea un deterioro progresivo de las relaciones.
- Formación profesional, en la medida que el conocimiento y la capacitación nos da instrumentos para manejar situaciones
- Ubicación de la responsabilidad donde corresponde, por lo que es necesario la delimitación de la responsabilidad de cada miembro del equipo.

2. Desarrollo de Factores Protectores a Nivel de los Equipos a Nivel Institucional

Para finalizar enumeraré aquellos factores que, a mi juicio, son de necesaria implementación en el ámbito laboral por los responsables de la institución:

- Condiciones mínimas de resguardo.
- Facilitar espacios de vaciamiento y descompresión cotidianos.
- Compartir la responsabilidad de las decisiones: deliberación.



Establecimiento de relaciones de confianza en el equipo...

- d. Compartir la responsabilidad de las acciones.
- e. Establecimiento de relaciones de confianza en el equipo.
- f. Estilos de liderazgo democráticos.
- g. Estilos de supervisión fortalecedores de los propios recursos.
- h. Resolución de conflictos y diferencias sin confrontación.
- i. Visualización de los traumatismos y conflictos de los equipos.
- j. Generación de un clima laboral protector.
- k. Apoyo de la institución para la formación continuada.
- l. Marco teórico compartido.
- m. Consultorías o supervisiones profesionales.
- n. Rituales de incorporación y despedida.

Bibliografía

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

Sabel Gabaldón¹

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

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

³ Dentro de la "Teoría de las Inteligencias Múltiples" de Howard Gardner (1983).

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





Consells KidsHealth.

Consells per a PARES

Problemas menstruales

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/crecimiento/menstrual_problems_esp.html#cat20258

Ansiedad de separación

http://kidshealth.org/parent/en_espanol/emociones/separation_anxiety_esp.html#cat20257

Consells per a JOVES

Cómo ganar más peso

http://kidshealth.org/teen/en_espanol/mente/gain_weight_esp.html#cat20438

Porqué sudo tanto

http://kidshealth.org/teen/en_espanol/cuerpo/sweat_esp.html#cat20276

Elige el deporte adecuado para ti

http://kidshealth.org/teen/en_espanol/cuerpo/find_sports_esp.html#cat20276

Webs d'interès

<http://www.healthychildren.org/Spanish/Pages/default.aspx>



Educational Partner

WWW



**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:



La nueva pediatria



Los cambios en la sociedad y la estructura familiar han hecho que algunos pediatras se planteen cómo debe ser nuestra especialidad en el futuro y, muy especialmente, en atención primaria. En los países desarrollados muchas de las enfermedades agudas van desapareciendo o van perdiendo "gravedad". Las posibilidades diagnósticas y terapéuticas han hecho un avance gigantesco, aún a costa de crear otros problemas como las resistencias a los antibióticos. La formación del pediatra debe cambiar con un especial enfoque a los problemas del desarrollo y de comportamiento o, como ocurre en EEUU, crear la figura de un especialista en estas "lides" mezcla de psiquiatra, neurólogo y psicólogo: el pediatra del desarrollo.

Un pediatra del desarrollo es experto en el aprendizaje, comportamiento y conducta, tiene formación para evaluar, tratar los aspectos médicos, de desarrollo, de comportamiento y psicosociales de los niños y adolescentes. Estos especialistas realizan: cuatro años de la escuela de medicina, tres años de residencia en pediatría, certificación en pediatría y formación adicional subespecialidad de pediatría en desarrollo y conducta. Ellos dominan todas estas áreas:

- Trastornos del aprendizaje, como la dislexia, la escritura dificultades, los trastornos de las matemáticas, y otros problemas de aprendizaje relacionados con la escuela.
- Atención y trastornos de conducta, incluyendo trastorno de déficit de atención y las condiciones correspondientes, incluido el comportamiento oposicionista-desafiante, problemas de conducta, depresión y trastornos de ansiedad.
- Los tics, síndrome de Tourette y otros trastornos del hábito.
- Patologías que incluyen los trastornos del sueño, problemas de alimentación, dificultades de la disciplina, problemas complicados de esfínteres, la enuresis (orinarse en la cama), y encopresis (suciedad).
- Desarrollo y sus discapacidades como parálisis cerebral, espina bífida, retraso mental, trastornos del espectro autista y discapacidades visuales y auditivas.

.../...



- Retraso en el desarrollo del habla, lenguaje, habilidades motoras y la capacidad de pensar .
- Comportamiento y problemas de desarrollo, que complica toda la gama de enfermedades pediátricas crónicas y condiciones de discapacidad (por ejemplo, trastornos genéticos, la epilepsia, la prematuridad, diabetes, asma, cáncer)

A menudo, un pediatra del desarrollo-conductual trabaja en colaboración con un equipo de profesionales. Este equipo puede incluir a un psicólogo, logopeda, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, pediatra de discapacidades del desarrollo neurológico, psiquiatra infantil, neurólogo infantil, enfermera, residente, o trabajador social.

Mucha gente y profesionales de la medicina creen que el pediatra "tradicional", por una desafortunada generalización, es un médico que sólo trata "moquitos, caquitas y pone vacunas". Los pediatras siempre han trabajado en estrecha colaboración con los padres, las familias y las escuelas, pero lo cierto es que la formación recibida en los

problemas del desarrollo y de la conducta es deficiente porque no está incluida ni siquiera durante el periodo de especialización. Muchos pediatras actuales competentes han tenido que hacer un esfuerzo extraordinario para comprender el desarrollo del niño y su relación con el entorno. La pediatría social es la única que ha intentado aproximarse a la subespecialidad "developmental-behavioral pediatrics". Nos falta mucho camino por recorrer.

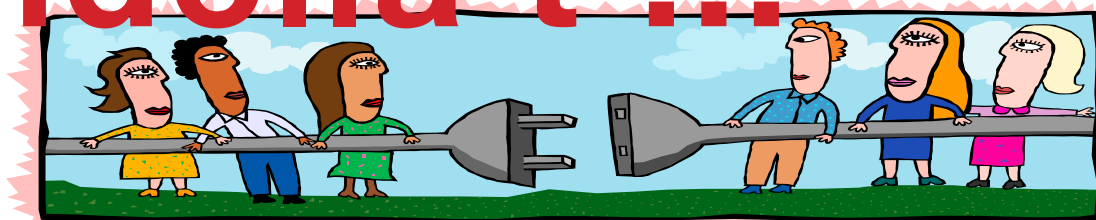
Alguno se preguntará, si hay pediatra del desarrollo y del comportamiento ¿Qué hace un neurólogo, un psiquiatra o un psicólogo? La respuesta es sencilla: tratar los trastornos graves de su especialidad o, en otras palabras, lo que no puede resolver el especialista en desarrollo y comportamiento. En nuestro entorno no hay un eslabón intermedio entre el pediatra y el neurólogo, psicólogo o psiquiatra.

Santiago García-Tornel Florensa

Profesor Asociado de la UB
Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu



Endolla't !!!



Endolla't a Nous Vincles !!!



Telèfon/MAIL de consulta entre professionals

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

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

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



Telèfon de consulta professional?
605 695 348

Correu electrònic:
aps@hsjdbcn.org



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

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

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



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

nousvincles@hsjdbcn.org

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

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

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



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

<http://www.hsjdbcn.org>

Germans de  Sant Joan de Déu



Comitè de redacció

Francisco José Cambra. Metge pediatre. UCI Pediàtrica de l'HSJD. Responsable projecte Cuida'm. **Araceli Cuerva.** Infermera. Cap de l'àrea d'Hospital de Dia de l'HSJD. **Manel Enrúbia.** Metge pediatre. Referent de Pediatria de Barcelona Esquerra de l'ICS. **Jordi Joan Fàbrega.** 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 cirurgia. Adjunt a la Direcció Mèdica de l'HSJD. **Col·laborador:** **Santi García-Tornel.** Metge pediatre. Cap Clínic de Pediatria 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.