

PAIDHOS

Publicación semestral
de divulgación
científica y social
del Hospital Sant Joan
de Déu de Barcelona

Número **2**
Noviembre de 2008

Próximos
Accesibles
Investigadores
Docentes
Hospitalarios
Organización abierta
Solidarios

Los cateterismos
y las ablaciones
revolucionan el
mundo de las
cardiopatías

UFAM: buscando
una respuesta
al maltrato infantil

Entrevista
a Xavier Krauel,
jefe de Neonatología
del Hospital



La innovación y la investigación dan respuestas a los pacientes

La innovación entra en el Hospital

Los hospitales son un marco idóneo para crear ideas y los profesionales que trabajan en ellos pueden detectar, durante su actividad diaria, las necesidades cambiantes de los pacientes. La innovación, por lo tanto, tiene una razón de ser en los centros sanitarios.

En nuestro caso, forma parte del Plan estratégico y ya es una realidad con la creación de una Dirección de Innovación y también con la generación de cuatro patentes que quieren dar respuesta a problemas de los pacientes.

*Pero la innovación va más allá y se materializa en el trabajo cotidiano de los profesionales y en los proyectos que desarrollan, como el nuevo modelo de asistencia al embarazo y el parto, las nuevas técnicas para abordar las patologías cardíacas, los nuevos tratamientos infusores de insulina, la labor de las enfermeras en las escuelas con niños pluridiscapacitados, la de los voluntarios en el Hospital, etc. De todo ello hablamos en este segundo número de la revista **Paidhos** y esperamos que sea del interés de nuestros lectores.*

PAIDHOS

Sumario

Núm. 2 Noviembre de 2008



Coordinación

Servicio de Comunicación

Realización

Hores extraordinàries, SL

Diseño gráfico

Víctor Oliva. Disseny gràfic, SL

Fotografías

Servicio de Medios Audiovisuales

Impresión

Signo Impressió Gràfica, SA

Dipòsit legal: B-XX.XXX-2008

- 4 La innovación al servicio de los pacientes y la sociedad
- 8 Los cateterismos y las ablaciones revolucionan el mundo de las cardiopatías
- 12 La mitad de las anomalías congénitas que se diagnostican prenatalmente son urológicas
- 14 El abordaje de los angiomas ya se efectúa en equipos multidisciplinares
- 16 Nuevas tendencias en la asistencia al embarazo y el parto
- 18 Enfermeras en las aulas
- 20 Insulina sin pinchazos
- 22 UFAM: buscando una respuesta al maltrato infantil
- 24 Un hospital que traspasa fronteras
- 26 De las técnicas de ortopedia clásicas a la cirugía de alta complejidad
- 28 Un día con los voluntarios
- 30 Entrevista a Xavier Krauel, jefe de Neonatología del Hospital
- 34 Apostamos por la formación



La innovación al servicio de los pacientes y la sociedad

Los profesionales del Hospital Sant Joan de Déu ya han patentado cuatro ideas. Una de ellas es un aparato que mejora sustancialmente el diagnóstico y el tratamiento del estrabismo.

De izquierda a derecha: Jaume Pérez Payarols, Santiago García-Tornel, Carmen de la Gala, Guillem Puche, Joan Prat y Joan Roussos.

Los profesionales asistenciales están en primera línea y pueden detectar nuevas necesidades con mayor facilidad. Pero no innovan con frecuencia. Básicamente porque a menudo no hablan el lenguaje de la tecnología o el de la gestión, sino que están acostumbrados a los lenguajes clínico y científico.

Este es un diagnóstico corroborado por el número de patentes e innovaciones, muy reducido comparado con la calidad de los trabajos de los científicos españoles.

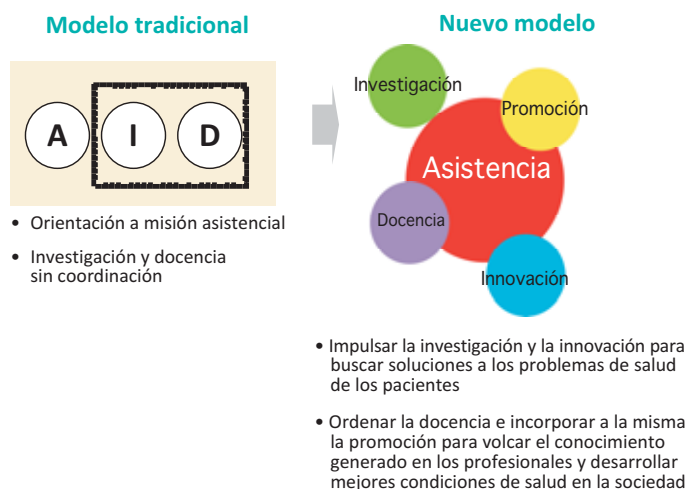
Consciente de esta situación, y manteniendo su firme compromiso con la innovación, el Hospital Sant Joan de Déu se ha convertido en uno de los primeros hospitales del Estado español que plantea y crea un proceso de apoyo interno destinado a hacer aflorar ideas entre sus profesionales.

Partiendo de la base que los hospitales son el marco idóneo para generar ideas, el Hospital ha emprendido un proyecto para promover la innovación entre sus profesionales y darles apoyo de manera que puedan desarrollar sus ideas, patentarlas y realizar el prototipo.

Se trata de crear oportunidades a partir de las cuales se generen ideas y que, al final, el principal beneficiado del proceso sea el paciente.

Una actuación estratégica

Este proyecto sigue una de las líneas principales de actuación previstas en el Plan estratégico del Hospital, denominado Paidhos



2008. Como consecuencia de ello, el Hospital realiza diferentes actividades de innovación orientadas a cuatro ámbitos: servicios, gestión, tecnologías (aparatos y TIC) y biomedicina. Para esto cuenta con la colaboración directa del Colegio de Médicos de Barcelona, con quien mantiene un convenio de colaboración para el desarrollo de iniciativas emprendedoras del colectivo de médicos, así como la de la consultora Idom con la que está desarrollando varios proyectos tecnológicos innovadores. En este sentido, hay que destacar la reciente creación de la Dirección de Innovación, Investigación y Gestión del Conocimiento dentro del equipo de gestión del Hospital Sant Joan de Déu, liderada por el Dr. Jaume Pérez Payarols y que es la primera de estas características en nuestro país.

Sus dos principales objetivos son:

- Fomentar y apoyar el desarrollo de ideas innovadoras de los propios profesionales.
- Detectar y analizar oportunidades y buscar ideas que puedan dar cobertura a estas necesidades.

Según Jaume Pérez, “se trata de sistematizar y formalizar los procesos de innovación, dotándolos de un modelo de gestión que les dé apoyo, desde la detección de una oportunidad hasta la obtención de un resultado explo-
table”.

La nueva área de innovación forma parte de los cuatro grandes ámbitos de actuación del Hospital, que rodean la principal actividad del centro, la asistencia a los pacientes. Los otros tres ámbitos complementarios, además de la innovación, son la investigación, la docencia y la divulgación. Según el Dr. Pérez Payarols, “con la investigación y la innovación damos respuesta a las cuestiones que nos plantean nuestros pacientes y que los profesionales debemos solucionar”. Y añade, “la docencia y la divulgación representan el retorno del conocimiento adquirido hacia la sociedad”.

¿Por qué innovar?

Los responsables de innovación del Hospital Sant Joan de Déu consideran que hay que innovar porque el entorno es cambiante y han aparecido nuevos competidores



En las fotografías superiores, dos sistemas utilizados tradicionalmente para medir el estrabismo.

que ponen en peligro el liderazgo de los centros que tradicionalmente han sido referentes en el sector. Además, los pacientes son cada vez más exigentes y están más formados, por lo que cada vez es más necesario orientarse hacia necesidades concretas.

Hay que añadir que, para los profesionales, la innovación es un nuevo incentivo y que la valoración de sus habilidades en este campo puede incrementar su compromiso con la organización.

Para la institución, la innovación crea un valor diferencial, con ventajas competitivas y mayor eficiencia. También genera nuevos conocimientos y capacidades, al tiempo que sirve para retener talento y fidelizar a los profesionales más capacitados. El proceso puede ayudar a visualizar tendencias y necesidades futuras para la organización.

Ya hay cuatro ideas patentadas

Desde el pasado mes de enero han aflorado ya 13 proyectos en

el Hospital Sant Joan de Déu, lo que representa una cifra realmente alta, según los responsables del proyecto. Estas iniciativas deben estar orientadas a lograr la mejora interna o al desarrollo de productos y servicios para el mercado. Pero, en todos los casos, tienen que revertir en la mejora de la atención al paciente.

Hacer aflorar este importante número de proyectos ha requerido un proceso de detección proactivo y participativo con reuniones y talleres de trabajo periódicos con profesionales del Hospital. Este proceso, muy sistematizado, ha ayudado también a crear una cultura innovadora en el centro.

La primera idea patentada es el denominado proyecto DIGMO, un aparato que mejorará sustancialmente el diagnóstico y tratamiento del estrabismo, una patología ocular que afecta al 3% de la población.

Su inventor, el Dr. Joan Prat, jefe del Servicio de Oftalmolo-

gía de nuestro hospital, comenta que “los actuales sistemas tienen más de cincuenta años y son poco fiables y muy subjetivos. Como consecuencia, en uno de cada tres pacientes no se obtiene el resultado deseado y, por lo tanto, tiene que volver a ser intervenido”.

El aparato consiste en un casco con dos cámaras de vídeo (una en cada ojo) y un dispositivo que proyecta una luz en la pared, en un eje de coordenadas muy concreto. “La innovación consiste en que el proyector se encuentra en la cabeza del paciente, por lo que proporciona unas medidas muy precisas. Además, este aparato permite incluso imprimir una documentación en la que figuran los datos de desviación en todo el campo de motilidad ocular que nos aporta datos muy fiables. Y si medimos y diagnosticamos mejor, también mejoraremos el tratamiento del estrabismo.”

El proyecto se inició hace cuatro años, cuando el Dr. Prat



Prototipo del nuevo aparato para medir el estrabismo.

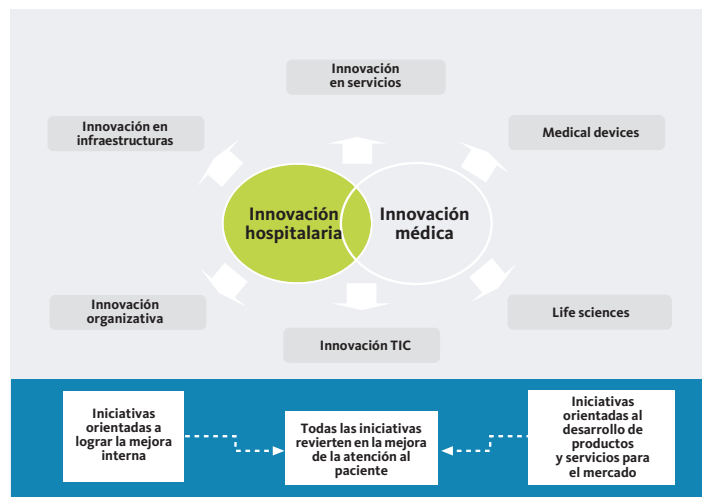
tuvo la idea e intentó conseguir financiación para desarrollarla, aunque sin éxito. Ahora, gracias al acuerdo entre el Hospital Sant Joan de Déu y el COMB, y con la financiación del Departamento de Salud, ha podido desarrollar el prototipo. La previsión es que en 10 años se comercialicen más de 3.000 aparatos y sean adquiridos por hospitales y especialistas de todo el mundo.

En estos momentos, se ha creado una empresa *spin-off*,

ubicada en el Parque Tecnológico del Vallès, en Cerdanyola del Vallès, que impulsará la fabricación en serie de este dispositivo.

Otros proyectos

Otra de las iniciativas que también se están desarrollando es un dispositivo inventado por el Dr. Santiago García-Tornel, jefe clínico de Pediatría del Hospital Sant Joan de Déu, para la enuresis nocturna –una enfermedad más frecuente de lo que se



cree, y que afecta al 1% de los adultos, al 10% de los niños de 10 años y al 20% de los niños de 5 años. El aparato es mucho más barato e igual de efectivo que los que se utilizan en la actualidad, por lo que se podrán beneficiar del mismo muchas más personas.

Un tercer proyecto está capitaneado por el Dr. Joan Rousos, neurocirujano del Hospital Sant Joan de Déu. Se trata de un colector que se conecta a la cánula de aspiración durante la cirugía tumoral y que evita la pérdida de gran parte del tejido tumoral, como sucede ahora. De este modo, los patólogos podrán disponer de material suficiente para realizar las biopsias y estudios moleculares correspondientes.

La cuarta idea, propuesta por Guillem Puche, jefe del área de consultas externas del Hospital, es un portasueros que, además de llevar la medicación, es un juego para el niño. ■

Los cateterismos y las ablaciones revolucionan el mundo de las cardiopatías

El Dr. Josep Brugada nos atiende entre intervención e intervención. Quedamos en buenas manos: el Dr. Fredy Prada nos explica qué patologías tratan y cómo abordan la atención integral de estos pacientes. Se nota que trabajan en sintonía. Forman un buen equipo. Cuando vuelve, el Dr. Brugada nos habla de su último paciente, un niño de seis años, intervenido porque sufría taquicardias de repetición y que mañana saldrá del Hospital y el lunes volverá al cole, a jugar en el patio como si nada hubiese pasado. La técnica de la ablación ha supuesto una verdadera revolución y permite una pronta recuperación, en días, que antes era impensable.

Josep Brugada,
jefe de la Unidad de Arritmias
Pediátricas de la Agrupación
Sanitaria Hospital Clínic-
Hospital Sant Joan de Déu.



Unidades integradas, un abordaje multidisciplinar

En el Hospital Sant Joan de Déu las patologías cardíacas se abordan desde cuatro unidades. El Servicio de Cardiología Pediátrica, dirigido por el Dr. Fredy Prada, actúa como puerta de entrada y colabora con los grupos de cardiocirugía, liderado por el Dr. José María Caffarena; el de angioradiología, a cargo de la Dra. Maria Teresa Sola, y la unidad de arritmias, del Dr. Josep Brugada. Se trata de unidades independientes desde el punto de vista organizativo,

500 consultas al año

La Unidad de Arritmias Pediátricas de la Agrupación Sanitaria Hospital Clínic - Hospital Sant Joan de Déu atiende más de 500 consultas cada año y efectúa alrededor de 100 intervenciones para tratar y curar diferentes tipos de arritmias cardíacas. La Unidad es una de las más activas de Europa y la más activa de España en número de pacientes tratados mediante ablación de taquicardias con radiofrecuencia.

Desde su creación en el año 1998, se han realizado un total de 512 ablaciones con radiofrecuencia de pacientes pediátricos. La Unidad ha practicado intervenciones de este tipo a pacientes neonatos e incluso, en el año 2002, a un paciente prematuro que tan solo pesaba 1.520 gramos en el momento de realizar la intervención y que sigue siendo el paciente más pequeño a quien se ha realizado una ablación mediante radiofrecuencia en el mundo.



pero que trabajan en equipo y que reciben el nombre de *unidades integradas*.

Las unidades integradas nacen del acuerdo entre el Hospital Clínic y el Hospital Sant Joan de Déu, que asume todos los ingresos pediátricos que antes atendía el Clínic.

El trabajo conjunto de dos equipos

La colaboración entre ambos centros condujo a la creación de la Agrupación Sanitaria Sant Joan de Déu - Hospital Clínic, una alianza estratégica que inició su andadura con la puesta en marcha de la Unidad Integrada de Pediatría. Su objetivo es coordinar las actividades de ambos centros y aprovechar los recursos respectivos mediante acuerdos parciales y potenciando la complementariedad. Se crearon unidades mixtas, como la Unidad de Arritmias Cardíacas. El Dr. Brugada lo explica lisa y llanamente: “El

Clínic, que es quien me paga el sueldo, me cede a Sant Joan de Déu para que haga mi trabajo una vez por semana; y el Dr. Prada, que pertenece a la plantilla de Sant Joan de Déu, viene cada quince días al Clínic a tratar los casos de su especialidad.”

Así, la colaboración entre ambos centros permite garantizar el seguimiento de los niños que, una vez adultos, ya no pueden visitarse en el Hospital Sant Joan de Déu, como sucede en la patología congénita del adulto. Lo explica el Dr. Brugada: “Los niños con patología congénita se hacen mayores; antes no sobrevivían y muchos no llegaban a la edad adulta, pero por suerte ahora sí. Y cuando cumplen los 18 años ya no pueden visitarse en un centro pediátrico; tienen que acudir a un hospital de adultos. El problema es que en los hospitales de adultos tenemos muy poca experiencia en este tipo de patología. Por esto el Dr. Prada viene al Clí-

nic a pasar consulta para efectuar el seguimiento de estos pacientes cuando ya son mayores.”

La ablación, un paso de gigante en el tratamiento de las arritmias

A finales de los años ochenta, principios de los noventa, aparece una nueva técnica, denominada *ablación por radiofrecuencia*, que supone una verdadera revolución en el tratamiento de las arritmias. Se trata de un tratamiento curativo en la mayoría de taquicardias, que consiste en localizar con un catéter el lugar donde se origina la taquicardia y destruirlo, con lo que se cura la taquicardia. Antes de esto, la única alternativa era la cirugía; es decir, una intervención a corazón abierto, compleja y difícil que, por consiguiente, solo se efectuaba en casos muy, muy seleccionados.

El Dr. Brugada fue uno de los pioneros en la aplicación de esta

“Más del 50% de los enfermos proceden de fuera de Cataluña y somos el centro de referencia de todas las arritmias pediátricas de España.”

“Pesaba 1,5 kg, era un crío que se moría, que tenía taquicardias antes de nacer y siguió teniéndolas después de nacer; intentamos tratarlo y era imposible, se nos iba... y decidimos ponernos manos a la obra y lo hicimos. Ahora el chaval tiene 8 años y está perfecto.”

Sílvia Torner, Antonio Garcés y Fredy Prada.



Mecánica pura

Lápiz en mano y con la habilidad de quienes saben hacer sencillo el problema más complejo, el Dr. Brugada nos dibuja el funcionamiento de nuestro motor.

“El corazón tiene un marcapasos natural, que es el que marca el ritmo. Como todos los motores, necesita electricidad para funcionar... Esta electricidad nace del marcapasos natural, que es como un enchufe, enchufando y desenchufando 60, 70, 100 veces cada minuto. Cada vez que se enchufa, envía electricidad; esta electricidad es la que permite que el corazón se contraiga.

En el niño con taquicardia, en el corazón, además de este cable hay otro, de nacimiento, lo que llamamos una vía accesoria. La electricidad pasa por dos lugares y provoca un cortocircuito. Esto es una taquicardia. Nosotros, con la ayuda del catéter, exploramos y localizamos esta vía accesoria, enviamos radiofrecuencia y la quemamos. Esto es una ablación mediante cateterismo.”

técnica. Tras ocho años en el extranjero, en 1991 organiza la Unidad de Arritmias del Hospital Clínic, que en seguida se convierte en el centro que realiza más intervenciones de todo el Estado español y uno de los más importantes de Europa. Un año más tarde, a raíz de la aparición de algunos casos complicados con niños ingresados en Sant Joan de Déu, se empieza a gestar la colaboración entre los dos centros. Inicialmente, los niños con arritmias comple-

jas que no pueden tratarse farmacológicamente se trasladan al Clínic en ambulancia, con una enfermera y un médico. Después de la intervención, el paciente vuelve a ingresar en Sant Joan de Déu. Con el aumento de los casos, se plantea crear un servicio estable. Así es como nace la Unidad de Arritmias Pediátricas del Hospital Sant Joan de Déu. Dos años más tarde se empiezan a practicar ablaciones y en estos momentos ya se han efectuado 700.

que a veces hay que intervenir a niños muy pequeños, como el más pequeño del mundo, que se trató aquí y aún sigue siendo el más pequeño que ha sido sometido a una intervención.

La ventaja de la ablación es que 48 horas después los chavales están corriendo, jugando a fútbol... se les trata y al día siguiente por la mañana ya tienen el alta.

Los cateterismos terapéuticos

La técnica del cateterismo, utilizada en las ablaciones, permite también resolver diferentes defectos coronarios, como obstrucción de válvulas, válvulas excesivamente estrechas, o “agujeros”, es decir, comunicaciones interauriculares o interventriculares. El Dr. Prada sitúa el número de procedimientos por cateterismo en unos 400 anuales, de los que más de la mitad son terapéuticos. Se trata de una intervención rá-

Siempre como último recurso

Solo se interviene cuando es necesario. Normalmente, cuando se trata de un niño muy pequeño, que está controlado con fármacos, no se realiza la intervención hasta que tiene 10 o 12 años. Tan solo se efectúan intervenciones en aquellos niños que están descontrolados o no pueden tratarse con fármacos. Esto significa

pida, que permite dar de alta al paciente al día siguiente de haber ingresado.

Cada patología requiere un tratamiento distinto: en el caso del ductus arterial o comunicación entre aurículas o ventrículos, el cateterismo permite “entrar” en las arterias o venas y cerrarlo. Por el contrario, cuando hay una válvula demasiado cerrada, que provoca un sobreesfuerzo del corazón, el catéter incorpora un balón para dilatar la válvula. En algunos casos se requiere una acción coordinada con la Unidad de Arritmias, puesto que, además del problema mecánico descrito antes, puede existir un problema eléctrico (una arritmia).

Todas estas patologías tienen, sin embargo, un denominador común: gracias a los cateterismos terapéuticos y las ablaciones, el crío afectado, que antes, en muchos casos, requería cirugía cardíaca, puede marcharse a casa por su propio pie al día siguiente de la intervención. Con esto conseguimos evitar las consecuencias de una intervención quirúrgica de gran magnitud (abriendo el pecho, con circulación extracorpórea, con ingreso hospitalario).

Lógicamente, en patologías más severas hay que recurrir a la cirugía cardíaca. Sin embargo, incluso en estos casos, a menu-

do se necesita un tratamiento conjunto, como en la transposición de grandes arterias, en que el neonato es intervenido con la técnica del cateterismo para abrirle una comunicación y, más adelante, si es necesario, pasa a cirugía. Por tanto, la coordinación entre estas unidades es total.

La técnica del cateterismo tiene también otra función muy valiosa: cada año se efectúan cerca de 200 cateterismos con finalidad diagnóstica, de cara a una intervención quirúrgica. Gracias al cateterismo, el cirujano dispone de un “mapa” con información muy precisa: cuánto miden las arterias, las válvulas... y dónde hay problemas.

Hablando de diagnóstico, el Dr. Prada asegura que los pediatras realizan una buena labor, “están atentos y son cuidadosos en

Nuestras premisas son

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes
- Buscar el mejor momento clínico para actuar
- Buscar la técnica menos agresiva
- Minimizar la estancia hospitalaria
- Facilitar al paciente una incorporación rápida a la vida cotidiana
- Trabajar con los padres

las exploraciones. Gracias a los profesionales de la atención primaria, los casos nos llegan muy pronto. Valga de ejemplo que, en Estados Unidos, la edad media para el diagnóstico de coartación aórtica es de tres años, mientras que aquí las detectamos en los primeros meses de vida. Y esto por algo será”. ■

Enseñamos a los padres como tienen que cuidar a los hijos con enfermedades cardíacas. Les damos información sobre los tratamientos farmacológicos, las técnicas diagnósticas y terapéuticas, y las alternativas para cada caso concreto.



La Unidad de Arritmias está centrada en el tratamiento de las taquicardias y también en el estudio de todo lo que puede provocar muerte súbita, puesto que además de las taquicardias que se curan con radiofrecuencia están las arritmias ventriculares que pueden provocar muerte súbita. En estas no se puede practicar una ablación porque no existe un foco de origen.

La mitad de las anomalías congénitas que se diagnostican prenatalmente son urológicas

El Hospital cuenta desde hace veinte años con una unidad de urología pediátrica, integrada en el Servicio de Cirugía, que trata a pacientes con todo tipo de malformaciones renales y patologías genitales.

El momento idóneo para operar a un niño de fimosis es a los dos años.

La detección precoz de malformaciones urológicas en la fase prenatal es un hecho relativamente reciente que ha sido posible gracias al desarrollo de las ecografías del embarazo. Mediante esta prueba, los obstetras pueden detectar que el feto puede sufrir algún tipo de problema en las vías urinarias. Hay que tener en cuenta que la mitad de las anomalías congénitas que se diagnostican prenatalmente son urológicas.

Según explica el Dr. Joan Rodó, jefe de la Unidad de Urología Pediátrica del Hospital Sant Joan de Déu, “los dos problemas urológicos más frecuentes que pueden detectarse en la fase prenatal son algún tipo de obstrucción del flujo urinario y el reflujo, en el que la orina, en lugar de salir toda al exterior, vuelve al riñón provocando infecciones y deterioro renal”. Esta detección precoz es muy relevante, ya

que sin las ecografías solo se podría detectar la patología cuando el paciente sufriese una infección urinaria. Según Rodó, “antes de disponer de este diagnóstico prenatal, cuando veíamos al paciente, a menudo el daño era irreparable y en algunos casos acababa en insuficiencia renal crónica”.

Una vez detectada la uropatía, los especialistas recomiendan esperar al nacimiento del niño para afinar el diagnóstico y deci-

dir el tratamiento conveniente, en lugar de plantear una cirugía intrauterina, que es factible, pero que en rarísimos casos está indicada. “Por una parte, no todos los fetos que presentan una dilatación de las vías urinarias requieren una intervención y, por otra, es mucho menos arriesgado y más eficaz efectuar el tratamiento posnatal”, indica Joan Rodó.

Una vez detectada la dilatación de las cavidades renales, lo que se denomina hidronefrosis,



se vuelve a realizar una ecografía a los ocho días de vida. Esta nueva prueba confirmará si la dilatación es del riñón, solo de una parte del mismo, o de todos los uréteres, lo que facilitará mucho el seguimiento de la patología. Al cabo de un mes, una nueva ecografía ayudará a diagnosticar si se trata de una obstrucción o de un reflujo y si hay que operar al paciente. El jefe de Urología apunta que “en la gran mayoría de los casos no es preciso intervenir quirúrgicamente, sino efectuar una observación que puede durar años”.

La Unidad de Urología Pediátrica trata también a pacientes con toda tipo de patologías genitales, mayores y menores, y tanto en niños como en niñas. Las más habituales son la fimosis (en el Hospital Sant Joan de Déu se realizan más de 1.000 intervenciones cada año). Según el Dr. Rodó, “el momento idóneo para operar a un niño de fimosis es a los dos o tres años, ya que el niño es suficientemente mayor como para tolerar una intervención poco complicada y poco invasiva como esta, y así no tendrá el mal recuerdo que puede tener un niño de mayor edad”.

Por otra parte, el Hospital Sant Joan de Déu es centro de referencia en el tratamiento del hipospadias, una patología con bastante incidencia. Se trata de una anomalía del conducto de la uretra en la que el orificio se encuentra en un lugar no habitual, en la cara inferior del pene. Hay que operar tanto si el orificio se encuentra cerca como si está lejos del final del glande.



Otro de los problemas genitales de los niños son las patologías de los testículos, como la criptorquidia –cuando el testículo no se encuentra en la bolsa escrotal– o el hidrocele, cuando se concentra mucho líquido en el escroto.

Como en el resto del Hospital, se tiene mucho cuidado en la patología de los adolescentes, puesto que se sienten incómodos en medio de las consultas de los niños pequeños y tampoco encajan en las consultas de los urólogos de adultos. Una de las patologías de los adolescentes, aunque poco frecuente, es la incurvación del pene. “Se trata de una anomalía rara y que hay que operar, ya que si no, cuando el niño sea adulto, no podrá mantener relaciones sexuales satisfactorias”, indica el Dr. Rodó.

Otra patología urológica entre los adolescentes es el varicocele, una dilatación venosa (variz) de un plexo situado encima del testículo, que le da un aspecto de “bolsa de gusanos”. Su tratamiento es prácticamente siempre quirúrgico. También en el caso de las hernias inguinales y escrotales, muy frecuentes, se requiere cirugía.

En el caso de las niñas, la patología genital más frecuente es la sinequia de labios menores, que puede causar vaginitis y otras infecciones. El tratamiento es sencillo y no precisa intervención quirúrgica. “Es fácil de prevenir. Tan solo es necesario que los padres se preocupen de enjuagar y secar bien los genitales de la niña en el baño diario”, afirma el Dr. Rodó.

La incontinencia urinaria, tanto mayor como menor, es un auténtico reto en la Unidad de Urología Pediátrica del Hospital Sant Joan de Déu. Todas las incontinencias son importantes. Las mayores (extrofia, válvulas de uretra, espina bífida, etc.) lo son por seriedad, y las menores (enuresis, escapes diurnos de orina, imperiosidad, etc.) lo son por el importante impacto humano y social que ocasionan.

El Dr. Rodó destaca “la excelente relación que existe entre la Unidad de Urología y la Sección de Nefrología del Hospital Sant Joan de Déu, por lo que cualquier paciente que quiera venir al Hospital a tratarse del riñón tiene garantizada una asistencia integral”. ■

Una de las patologías urológicas más frecuentes entre los adolescentes es el varicocele, que debe tratarse quirúrgicamente.

El abordaje de los angiomas ya se efectúa en equipos multidisciplinarios

Los angiomas son unas lesiones de la piel, visibles y rojizas, muy frecuentes en los niños. Entre el 5 y el 10% de los niños menores de un año presentan angiomas. Se trata de unos tumores benignos que se desarrollan después del nacimiento y crecen durante unos meses. La mayoría son pequeños y no necesitan tratamiento puesto que no afectan a estructuras importantes, pero una minoría crecen mucho y

producen un problema estético. Incluso pueden afectar a órganos vitales y requieren exploraciones complementarias y diferentes tratamientos.

“La demanda de especialistas en estas lesiones y la presión asistencial que suponen propició la creación de una unidad de anomalías vasculares”, explica la Dra. Asteria Albert, adjunta del Servicio de Cirugía y miembro de la Unidad de Anomalías Vasculares.

La unidad está integrada sobre todo por dermatólogos, pero también por profesionales de otros servicios, como cirujanos, radiólogos, oncólogos y especialistas en diagnóstico por la imagen. El carácter multidisciplinar de este grupo permite cubrir desde el diagnóstico del paciente hasta las diferentes fases del tratamiento.

Tal y como comenta la Dra. María Antonia González Enseñat,



Un 5-10% de los niños menores de un año sufren algún tipo de hemangioma. La mayoría no necesitan tratamiento puesto que no afectan a estructuras importantes, pero una minoría crecen mucho y pueden afectar a órganos vitales.

jefa de Dermatología, “uno de los aspectos más interesantes de la unidad es que en ella participan también dermatólogos de otras instituciones, como el Hospital de Bellvitge y el equipo del Dr. Daniel Brualla, de la Clínica Tres Torres, que aportan su experiencia y conocimientos y al mismo tiempo se benefician de los nuestros”.

Los casos de angiomas pueden llegar a la unidad desde diferentes consultas: dermatología, cirugía o angiología. “El objetivo es que, cuando vengan, las familias no tengan que ir de puerta en puerta consultando a diferentes especialistas, sino que tanto si llegan a Dermatología como a Angiología puedan ser tratados por nuestra unidad”, añade la Dra. Albert.

“Por esto, una de las primeras actividades de la unidad ha sido unificar criterios y crear protocolos de diagnóstico”, explica la Dra. González Enseñat. Periódicamente se organizan sesiones clínicas para discutir casos y poder consensuar el tratamiento más adecuado de los pacientes más complejos.

Confusiones en el diagnóstico

Tradicionalmente ha habido mucha confusión entre los angiomas y las malformaciones vasculares. Tal y como explica la Dra. González Enseñat, “los angiomas son unos tumores benignos, que habitualmente aparecen después del nacimiento, que crecen y tienen tendencia a desaparecer solos. En cambio, las malformaciones vasculares son anomalías estructura-

les, suelen ser lesiones congénitas que no desaparecen”.

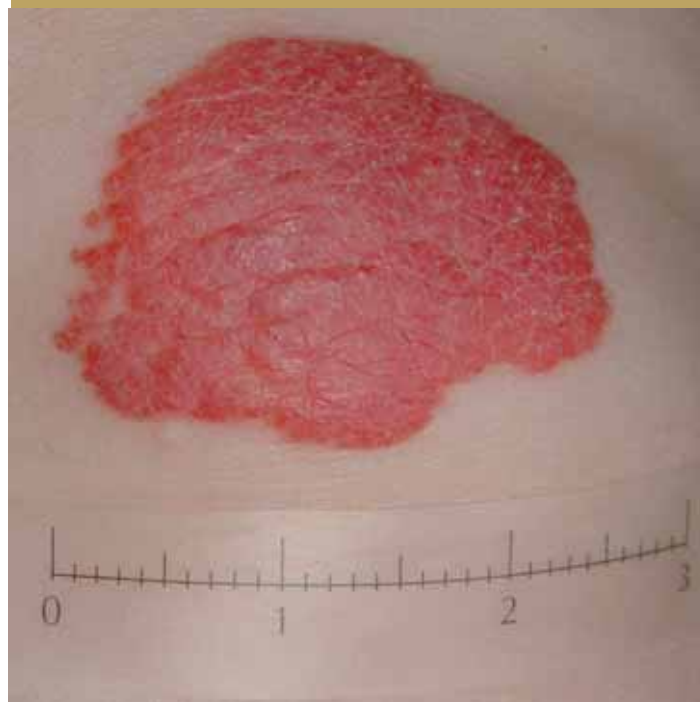
La mayoría de angiomas no requieren ningún tratamiento. Tan solo hay que intervenir en caso que afecten a la función de órganos vitales, como el ojo o las vías respiratorias, sangren, se ulceren o provoquen un problema estético notable.

Aunque los especialistas normalmente pueden distinguir estos dos tipos de anomalías a simple vista, es muy importante que la familia les facilite el máximo de información sobre esta lesión: cuándo la vieron por primera vez, cuándo empezó a crecer, cómo ha evolucionado... Esta información les ayudará a establecer un diagnóstico y a recomendar un tratamiento en caso que sea necesario.

Los hemangiomas pueden requerir tratamiento médico, cirugía, terapia con láser o una embolización. La Dra. M. Teresa Sola, del Servicio de Angiología, es la responsable de realizar este último tratamiento. “Consiste en introducir sustancias dentro del vaso sanguíneo para cortar el riego y producir una oclusión”, explica. Esta técnica también puede aplicarse antes de proceder a una intervención quirúrgica para reducir el tamaño de la lesión y que la cirugía resulte más fácil.

Una vez han desaparecido los hemangiomas, sobre todo si se han producido en la cara, el niño puede tener un exceso de piel que le ocasiona un problema estético. Es en estos casos cuando se interviene para recuperar el perfil de la cara. ■

La Unidad de Anomalías Vasculares está integrada por dermatólogos, cirujanos, radiólogos, oncólogos y especialistas en diagnóstico por la imagen.



Nuevas tendencias en la asistencia al embarazo y el parto

La atención al embarazo y el parto ha variado mucho en los últimos años. En los tiempos de la obstetricia clásica, *obs stare* representaba estar junto a o acompañar a la mujer durante el parto, misión encomendada específicamente a la comadrona y en la que solo se avisaba al médico para atender a las complicaciones, especialmente las maternas, puesto que no se tenía ningún conocimiento del estado fetal. Actualmente, la perinatología permite que obstetras y neonatólogos trabajemos en equipo, con la idea de que el parto no represente más que un cambio de hábitat del feto, para convertirse en neonato, sin sufrir ningún deterioro en su salud y así emprender la vida extrauterina con las máximas garantías.

Tres características, según mi entender, definirían los cambios más notables en la medicina materno-fetal actual: el diag-

nóstico de los defectos congénitos fetales, el control del bienestar fetal durante la gestación y el parto, y una progresiva tendencia a una asistencia del parto más social, menos técnica, en lo que se ha dado en llamar más humanizada.

El diagnóstico de los defectos congénitos del feto es una demanda social cada vez mayor. El embarazo, el tipo de parto, el número de hijos, y casi podríamos decir que el momento de tenerlos, son circunstancias cada vez más planificadas en la sociedad actual, por cuya razón



no es aceptable un error. A los obstetras prácticamente se les exige una garantía de salud fetal. Muchas parejas, futuros padres, vienen a nuestros consultorios con un mensaje directo: “Doctor, haga lo que tenga que hacer, pero queremos un niño sin ningún problema.” Y yo me pregunto: ¿y quién no? Pero los mensajes mediáticos a la sociedad no solo indican que esto es posible, sino que aseguran que lo es al cien por cien, y si no se efectúa el diagnóstico es que alguien ha fallado, habitualmente el obstetra.

Nada de esto es cierto. Muchos son los adelantos conseguidos; muchas las técnicas y métodos de diagnóstico con los que contamos. Pero la seguridad diagnóstica no es total. En la actualidad el cribaje de cromosomopatías en el primer trimestre de la gestación nos permite cumplir con tres objetivos básicos: precocidad en el diagnóstico, mayor sensibilidad en el mismo y menor agresividad en la metodología al reducir el número de técnicas invasoras como la biopsia corial o la amniocentesis.

No debemos olvidar la importancia de la ecografía, tanto en el primer como en el segundo trimestre, para el diagnóstico de malformaciones y deformidades fetales, con mayor incidencia porcentualmente que las cromosomopatías, pero que angustian menos a los futuros padres. Esta ecografía, denominada morfológica, es indispensable que la realicen personas especializadas, con un utillaje conveniente, es decir, que se dis-

ponga de una unidad de ecografía acreditada.

Estos avances en el diagnóstico prenatal de los defectos congénitos suponen, como es fácilmente deducible, guías de actuación precisas y concretas, conociendo cada una de las posibles patologías y poniendo a disposición de estos fetos y de sus familias los métodos terapéuticos, médicos y quirúrgicos que puedan ayudar a una mejora de la situación fetal garantizando una vida futura en condiciones de máxima normalidad. Esto es lo que se denomina medicina fetal.

El segundo avance desarrollado en los últimos años es el control del feto durante la gestación y el parto. El feto ha sido, hasta mediados siglo XX, un auténtico desconocido. Sabíamos muy poco de su fisiopatología. En la década de los años 1955 a 1965, aparecen en Europa y en EEUU los primeros trabajos científicos sobre la producción y el significado del líquido amniótico, la frecuencia cardíaca fetal y la composición de la sangre fetal, que ponen de manifiesto los cambios que se producen en este líquido y su relación con el estado de bienestar fetal.

Estos conocimientos han modificado nuestros protocolos de asistencia al embarazo y el parto para dar un valor protagonista al feto. Por esto precisamente han aumentado los controles durante el embarazo y, especialmente, durante el parto. Debemos aceptar que tal vez en exceso, sobre todo en las gestaciones sin factores de riesgo. Por

este motivo, la tendencia actual no va tanto en la línea de suprimir controles sino de minimizar el impacto que pueda tener sobre la mujer gestante el sentirse unida y dependiente de un monitor. La telemetría, por ejemplo, permite al equipo obstétrico disponer de un control actualizado de la frecuencia cardíaca fetal y de las contracciones uterinas, permitiendo que la mujer que está de parto pueda moverse con tranquilidad sin estar conectada a ninguna máquina.

Estos avances aportan sin duda un cambio en la asistencia al parto, lo que en ningún caso significa un menor control. Y este es el llamado modelo de parto más social, que permite a la parturienta moverse, adoptar cambios posturales que le sean más cómodos y agradables, estar acompañada de la persona que ella ha elegido (consideramos que más de una no es aconsejable), en un ambiente más agradable, que le recuerde menos a un espacio quirúrgico, de manera que se considere más cerca de su casa que del hospital. Sin olvidar, no obstante, en especial al personal que la atiende, ya que los padres quieren garantías de calidad, de manera que el equipo obstétrico, aunque resulte menos visible, debe estar presente y preparado para actuar ante cualquier eventualidad, tanto de la madre como del hijo. ■

Dr. Josep M. Laïlla

Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Sant Joan de Déu

“La perinatología permite que obstetras y neonatólogos trabajemos en equipo, con la idea de que el parto no represente más que un cambio de hábitat del feto, para convertirse en neonato.”



Enfermeras en las aulas

Desde hace ocho años el Hospital Sant Joan de Déu colabora con una escuela para atender a niños pluridiscapacitados. Este servicio ya se ha extendido a seis centros. La presencia de enfermeras en estas escuelas permite que los alumnos puedan recibir los cuidados sanitarios que necesitan. Sin enfermeras, muchos de ellos no podrían ir a la escuela.

“Hay mucha diferencia entre trabajar en un hospital y trabajar en una escuela; tienes que adaptarte a un ámbito que no es el sanitario y donde tú eres la única enfermera. Pero resulta muy enriquecedor.”



Cada alumno necesita una atención especializada e individual. Por esto es por lo que las enfermeras de las escuelas, a principio de curso, realizan una valoración niño por niño, para detectar problemas de salud y planificar sus cuidados. Así pues, atienden a alumnos con necesidades de respiración, de alimentación, con problemas digestivos o de movilidad y también con riesgo de convulsiones o autolesiones.

Las enfermeras se encargan de paliar todos los problemas que puedan surgir y realizan una actividad asistencial administrando la medicación y prestando los cuidados necesarios. Además efectúan una labor pedagógica con los alumnos, familiares y personal educativo de los centros. La presencia de enfermeras evita que los niños tengan que quedarse en casa. “En la escuela, las enfermeras pueden dar la atención más in-

mediata que necesita el niño y mejorar su calidad de vida”, explica Araceli Cuerva, responsable del programa de Atención a las Escuelas del Hospital Sant Joan de Déu. “Lo más importante es que estos niños pueden ir a la escuela, integrarse en las actividades y estar con otros niños”, añade.

Actualmente, el Hospital colabora con seis escuelas de educación especial: Josep Sol, Guimbarda, Nadis, Auxilia, Escat y la guardería infantil Nexa. Asisten a estos centros un total de 240 niños y 180 de ellos requieren atención de enfermería debido a su pluridiscapacidad.

Con los más pequeños

Una de estas enfermeras es Mar Martínez. Trabajaba en el Servicio de Neurología del Hospital cuando le propusieron incorporarse a la Fundació Nexa, la única guardería infantil de Cataluña que atiende a niños discapacitados. Con esta colabora-

ción se emprendió el programa de atención a las escuelas del Hospital Sant Joan de Déu. Ya hace de ello ocho años. Tal y como explica Mar “hay mucha diferencia entre trabajar en un hospital y trabajar en una escuela; te tienes que adaptar a un ámbito que no es el sanitario y donde tú eres la única enfermera. Además de la labor asistencial, hay mucha actividad educativa, trabajando los hábitos y la calidad de vida”, añade.

En este centro también colabora un fisioterapeuta del Hospital, Jordi Ventura. “Mi trabajo se centra en el desarrollo y adquisición de las habilidades motrices de los niños para mejorar su autonomía”, explica Jordi. Esto lo hace a través de la planificación de objetivos que se trabajan mediante tratamientos individuales (ejercicios, movilizaciones, posicionamientos, estiramientos, férulas...), talleres y tratamientos dentro del agua en un *spa* de la escuela. “Con los niños más pequeños, que aún no pueden ir a la piscina, se hacen ejercicios dentro del agua para aprovechar sus beneficios (flotabilidad, temperatura...) en las alteraciones musculoesqueléticas.”

Tanto las enfermeras como el fisioterapeuta también tienen como labor asesorar sobre las diferentes ayudas en cuanto a técnicas, hábitos y calidad de vida, alimentación, adaptación del hogar...

Cuando se considera necesario para la evolución del niño, se realizan acompañamientos a

Los avances médicos de los últimos 10 años han hecho aumentar la supervivencia de niños pluridiscapacitados y con enfermedades neurológicas. Cuando estos niños van a la escuela, necesitan una atención especializada e individual. Las enfermeras de estos centros los atienden para poder controlar las complicaciones derivadas de su discapacidad o enfermedad. Con su labor contribuyen a disminuir el absentismo escolar y los ingresos hospitalarios mejorando su calidad de vida.

los centros hospitalarios para mantener una comunicación directa con los médicos y especialistas de referencia.

Un nuevo campo de trabajo

La actividad de los profesionales de enfermería se ha hecho imprescindible en muchas escuelas. Sin embargo, en Cataluña aún hay muchos centros de educación especial que no tienen apoyo de enfermería. Para valorar la necesidad de estos profesionales, el Departamento de Salud encargó un estudio al Hospital Sant Joan de Déu.

Dicho estudio consistió en la elaboración y validación de una escala que permite identificar las necesidades de cuidados de enfermería de los alumnos de centros de educación especial. Una vez se ha pasado la escala a cada alumno se puede establecer qué tipo de enfermera necesita el centro. En algunos casos solo se necesita una enfermera de referencia, con quien se contacta en caso necesario, en otros se puede necesitar una enfermera de apoyo que marcará pautas de actuación, una enfermera que realice cuidados espe-

cíficos en días determinados, y los más dependientes necesitarán cuidados permanentes cada día.

Esta escala, además de valorar la necesidad de cuidados de enfermería de los alumnos de los centros de educación especial, puede ayudar a abrir un nuevo campo de trabajo para la profesión fuera del ámbito asistencial. ■

Enfermeras del Hospital Sant Joan de Déu recogen el premio del Colegio de Enfermería de Barcelona por la labor del centro con los niños pluridiscapacitados.



Insulina sin pinchazos



Con solo 11 meses, a Hugo le pusieron una bomba de insulina. Se acostumbró rápidamente a ella y ahora ya hace tres años que la lleva. Este aparato le suministra insulina de forma constante sin necesidad de inyecciones diarias.

Hugo es uno de los 68 niños a quien el Servicio de Endocri-

nología del Hospital le ha colocado este aparato. Actualmente el Hospital Sant Joan de Déu es el centro de Cataluña con mayor número de pacientes pediátricos que reciben tratamiento infusor de insulina.

Las bombas de insulina son unos dispositivos portátiles que

suministran insulina desde un recipiente mediante un equipo de infusión. Este aparato hace pasar la insulina por un tubo flexible hasta llegar a la aguja que se introduce dentro del tejido subcutáneo del niño. Este tratamiento es la opción terapéutica que reproduce de forma más fisiológica la secreción de insulina del páncreas y es una alternativa a los tratamientos con dosis múltiple.

La bomba suministra continuamente una pequeña dosis de insulina que se calcula según la edad y el peso del paciente. Antes de cada comida, el paciente también tiene que administrarse dosis de insulina adicionales. Todo esto se hace a través del aparato, que previamente se ha programado, sin necesidad de inyecciones. Tan solo hay que pinchar al paciente cada tres

Las primeras bombas de infusión de insulina aparecieron a finales de los años setenta pero su uso ha ido aumentando a partir de la década de los noventa gracias a las mejoras tecnológicas que permiten un empleo más fácil y seguro. En España, cada comunidad autónoma gestiona los tratamientos con bomba de insulina. En Cataluña, el Consejo Asesor de la Diabetes valora cada caso en particular antes de autorizar un tratamiento a través del sistema de financiación pública.

días, que es cuando se cambia la aguja que conecta el dispositivo al cuerpo del niño.

“Las bombas de insulina no se pueden colocar a todos los pacientes con diabetes” explica la Dra. Marisa Torres, pediatra y endocrinóloga del Hospital Sant Joan de Déu. “Solo están indicadas en aquellos casos en que los niños no se pueden controlar la diabetes con otras terapias, tienen muchas hipoglicemias, sufren complicaciones metabólicas o bien necesitan flexibilizar el tratamiento”, añade.

No hay límite de edad en la implantación, pueden llevarla desde bebés hasta adultos. “Cuanto más pequeño es el niño, mejor la tolera”, afirma la Dra. Torres. Las bombas actuales están provistas de sistemas de seguridad como el bloqueo de botones para que los niños pequeños no puedan manipularla y alarmas que avisan de los problemas mecánicos de la bomba o de la necesidad de administrar insulina o efectuar un control.

La educación, clave en el tratamiento

Para que el tratamiento funcione es imprescindible que el paciente y su familia cuenten con un equipo de apoyo formado por especialistas en diabetes. La formación es la clave para el éxito del tratamiento. En el Hospital Sant Joan de Déu esta educación se realiza desde el Hospital de Día de Endocrinología, donde dos enfermeras educadoras, Ana Gómez y Cristina Anguita, se encargan de enseñar el funcionamiento de la bomba de insulina.



En el Hospital de Día también atienden a los pacientes recién diagnosticados de diabetes, les dan apoyo para convivir con la enfermedad y también les efectúan algunas pruebas de control y seguimiento. Un teléfono de atención permanente atiende a todas las dudas y consultas de las familias de los niños diabéticos.

En el caso de la bomba de insulina, la formación dura una semana. Según explica Ana Gómez, “durante estos días el niño y su familia aprenden el funcionamiento del aparato y están en contacto constante con nosotros para resolver sus dudas”. Una vez han aprendido como funciona hacen visitas periódicas al Hospital de Día donde se verifica el uso de la bomba de insulina.

Según explica la Dra. Torres, “una actitud positiva, donde el pa-

ciente y la familia sean responsables y se impliquen en el tratamiento, ayuda a garantizar el éxito”. “Al principio al niño no le gusta, pero después no se la quiere quitar. Lo vive como si llevase un móvil en el cuerpo o un aparato del que se siente orgulloso”, apunta Ana Gómez.

Cuando se ha superado el periodo de adaptación, la bomba de insulina pasa a formar parte de su cuerpo. No es raro que cuando los niños están en el parque, antes de bajar por el tobogán, los padres les avisen de que cuiden de Lola o de Ninu porque los pacientes han bautizado a sus aparatos con sus nombres preferidos. ■

Para saber más:

www.hsjdbcn.org/portal/diabetes/

UFAM: buscando una respuesta al maltrato infantil

Los niños dependen de los adultos para crecer y desarrollarse de una manera sana y feliz dentro de nuestra sociedad. Pero muchos niños y niñas sufren algún tipo de maltrato, desde el emocional o de abandono hasta al físico o el abuso sexual. Instituciones y profesionales trabajan para poder ayudar a los que han sufrido estas experiencias tan terribles.

Prevenir no es fácil; existen muchas situaciones que no se pueden anticipar. ¿Qué determina que un padre, una madre, un pariente, un maestro u otra persona sea violenta con los niños, los ignore o incluso abuse sexualmente de ellos? Es una pregunta que no tiene respuesta, por lo que todos los que trabajan con niños deben observarlos con mucha atención para ver si hay comportamientos anómalos y dar un toque de atención si sospechan que existe algún problema.

Atención integral a niños maltratados

El Hospital Sant Joan de Déu tiene desde hace años una unidad

especializada en el tratamiento de los niños que han sufrido malos tratos o abusos. El Dr. Jordi Pou, jefe de Pediatría y Urgencias del Hospital, explica las razones que llevaron a la creación de la Unidad Funcional de Abuso al Menor: la necesidad social (estos niños requieren una atención integrada y efectiva que no agrave sus problemas), la oportunidad (en un hospital infantil existen mecanismos y personas que pueden encargarse de ella) y la voluntad de los hermanos de la Orden de Sant Joan de Déu, que dieron apoyo a esta iniciativa.

Los niños llegan a la Unidad por diferentes iniciativas: pueden ser enviados por otros médicos que sospechan que exis-

te algún problema, por trabajadores sociales, por los propios padres que están preocupados o por la policía o el juez.

Lo primero que se hace en la UFAM es valorar si la situación es de urgencia. Si lo es se actúa desde la unidad de urgencias del Hospital; si no lo es, se pone a los niños en contacto con la trabajadora social, que es quien realiza la primera valoración e intenta descubrir qué ha pasado, cómo se ha descubierto, qué se ha hecho hasta ahora y, sobre todo, si realmente es verdad lo que están diciendo. Entonces, cuando la trabajadora valora la situación y piensa que es conveniente, pasan a consulta con los pediatras que trabajan en la Unidad. Ellos efectúan



una valoración física y, si creen que existe una sospecha clara, los pacientes son atendidos por los psicólogos.

En la UFAM no solo se atiende a los niños, también se procede a un trabajo de formación de los profesionales vinculados para poder mejorar la atención a los pequeños que han sufrido abusos. Este año ha teni-

do lugar la novena edición del Curso sobre maltrato y abusos sexuales infantiles, dirigido a todos el profesionales que trabajan en el ámbito de la infancia.

El Dr. Pou –que valora muy positivamente la experiencia de la Unidad puesto que ha permitido ayudar, con mucha eficacia, a los niños que lo han necesitado– cree que ha llega-

do el momento de pasar a una etapa de investigación. El aspecto que hay que mejorar, según él, es la parte legal, la de relación con la justicia y las leyes que protegen a estos menores; hay muchas cosas que deben cambiar y solo lo puede lograr la demanda social. ■

De izquierda a derecha: Cristina Macías, Sílvia Muñoz, Dolors Petitbó, Lluís Comas, Margarita Ibáñez y Jordi Pou.

La UFAM ofrece tratamiento médico y psicológico para abordar los abusos a menores.

Según los estudios publicados por la Unidad, el 75% de los casos de abuso los sufren niñas; un 92% de las veces el abusador es un hombre, y un 75% de los abusos los comete un familiar o persona muy próxima. Entre estos, el padre biológico es el abusador más frecuente.

Un hospital que traspasa fronteras

Fuera del Hospital y de su área de influencia prosigue la actividad de sus profesionales en la vertiente más solidaria, participando en programas de cooperación y acercando la asistencia médica a la población más desfavorecida de otros países.

Sierra Leona, Mozambique, Etiopía, Honduras, Camerún, India... son algunos de los destinos más frecuentes de algunos médicos, enfermeras y otros profesionales de Sant Joan de Déu. Alternan su trabajo en el hospital de Esplugues con estancias solidarias en países poco desarrollados donde el personal asistencial es escaso y la atención sanitaria no está al alcance de todo el mundo.

El Hospital facilita la participación del personal en estos pro-

gramas de cooperación y da apoyo a las acciones solidarias que propone. Esta labor forma parte del compromiso del Hospital, que se mantiene fiel al espíritu de beneficencia de sus orígenes.

Durante este año, doce médicos y siete enfermeras procedentes de diferentes servicios han participado en programas de cooperación. El programa en el que colaboran más profesionales es el de Sierra Leona, donde desde el año 2003 nuestro centro está hermanado con el Hospital de Lunsar, al que se envían de forma periódica pediatras y enfermeras que dan apoyo a los profesionales sanitarios de la zona.

Paralelamente a las estancias de cooperación, el Hospital también pone a disposición de otros centros su infraestructura y sus especialistas a través de conexiones de Telemedicina. Estas

conexiones permiten efectuar diagnósticos y consultas vía satélite en tiempo real con el Hospital de Lunsar, en Sierra Leona, y con el Hospital de la Fraternidad de Chinguetti, en Mauritania, entre otros.

Cooperando en Sierra Leona

Marimer Fuentes fue una de las primeras enfermeras del Hospital en ir a Sierra Leona como voluntaria. “Me enteré del programa de colaboración con el Hospital de Lunsar casi por casualidad”, explica. “Dos años antes ya había ido a Paraguay en un programa de cooperación, pero trabajaba directamente con la población, sin estar en un centro sanitario.”

La idea de colaborar con un hospital en otro país la atrajo en seguida y no lo pensó dos veces. Se apuntó al programa y fue a Sierra Leona en la Navidad de 2005 para estar dos meses. Allí atendía y prestaba cuidados a los niños ingresados en el centro. “Te haces entender como puedes y por poco que hagas, el perso-



nal y los pacientes lo valoran mucho”, explica Marimer. “Lo más importante es todo lo que aprendes, recibes mucho más que todo lo que tú les das”, añade.

La experiencia fue tan positiva que este año decidió volver. “En este tiempo el hospital de Lunsar ha cambiado, se han hecho reformas, ha aumentado el número de camas y ha mejorado en todos los sentidos”, asegura. “Aún así, siguen faltando servicios como el de neonatos o una unidad de cuidados intensivos. En el país no hay luz, solo tiene la gente que dispone de generadores, como el Hospital. Las condiciones y los medios son muy diferentes de los que tenemos aquí. Hay unas carencias muy grandes en la asistencia a los adultos, sobre todo en el ámbito de maternidad”, asegura.

En India, con los niños con sida

Claudia Fortuny, pediatra del Hospital, también forma parte del grupo de profesionales que colabora en programas de cooperación sanitaria. Desde el año pasado coopera con un centro

hospitalario de India. Esta colaboración nació a partir del acuerdo entre la Fundación Vicente Ferrer y el Hospital Clínic, con el que nuestro centro tiene la Unidad Integrada en Pediatría.

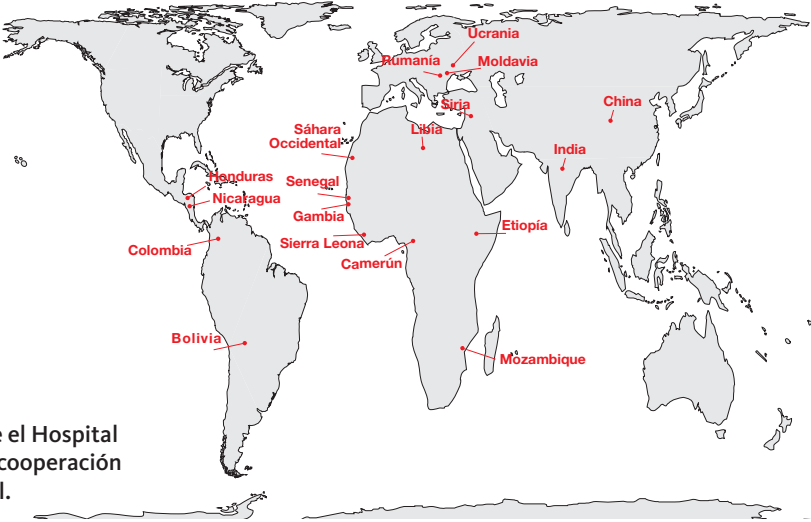
Claudia desarrolla el programa de atención pediátrica a los niños enfermos de sida en el Hospital de Bathalapalli, situado en la región de Anantapur, una de las más pobres del país.

Esta colaboración hace que viaje frecuentemente a India, donde supervisa la asistencia a los niños enfermos por VIH y lleva a la práctica programas de prevención. “Los centros sanitarios de allí, en general, tienen un nivel bastante bueno. En el Hospital de Bathalapalli hay un pabellón con 42 camas para atender a los enfermos de sida”, explica. “El principal problema con el que nos encontramos es que las familias que atendemos tienen muchas dificultades. Hay muchos niños con VIH, algunos huérfanos o que también tienen a toda su familia infectada”.

La última vez que estuvo en el Hospital fue para una semana.



“Tuve que concentrar todo el trabajo y durante cinco días visité a 250 niños”, explica. Ahora están en el centro una residente y una de las pediatras con beca de final de residencia del Hospital Sant Joan de Déu, que se han quedado prosiguiendo el programa. Dentro de un par de meses, Claudia volverá para revisar protocolos y resolver las dudas de quienes aplican el programa. “Nuestra idea es seguir dando apoyo y ayudando para que más adelante, desde el propio centro, puedan asumir el programa solos.” ■



Países donde el Hospital participa en cooperación internacional.

De las técnicas de ortopedia clásicas a la cirugía de alta complejidad

La tuberculosis, el raquitismo o la poliomielitis fueron durante muchos años las principales enfermedades tratadas en el ámbito de la ortopedia infantil. Poco a poco estos casos fueron desapareciendo y, a la vez, se amplió el campo de la ortopedia pediátrica con nuevas patologías que requerían tratamientos cada vez más complejos.

Como explica el Dr. Ramon Huguet, jefe del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital cuando, en el año 1982, se unificaron los servicios de ortopedia del Hospital, se fue adquiriendo conciencia de que si se quería ofrecer una asistencia de calidad había que estar al día en todo momento respecto a la acelerada evolución de la cirugía ortopédica infantil, algo difícil de alcanzar en su globalidad por cada facultativo.

Así empezaron a nacer las unidades, con la idea de que con una especialización más limitada se puede conseguir una atención más calificada a los enfer-

mos afectados de una patología determinada.

Nuevas unidades

Algunos ejemplos: cuando se empezaron a sofisticar las técnicas de diagnóstico y tratamiento de los tumores óseos, se creó la Unidad de Tumores, y cuando las nuevas técnicas de tratamiento de la escoliosis exigieron una especial dedicación por su complejidad, se constituyó la Unidad de Columna.

Desde unos años antes, el servicio atendía malformaciones congénitas, especialmente de la mano, dedicación sin precedentes en los ámbitos ortopédicos

infantiles españoles. Era lógica, por consiguiente, la aparición de una Unidad de Malformaciones Congénitas. Ya no había poliomielitis, pero sí parálisis espástica, mielomeningoceles, parálisis obstétricas, por lo que era necesario que alguien, en colaboración con el Servicio de Neurología así como el de Rehabilitación, se dedicase al tratamiento de estos pacientes.

Así fueron apareciendo también otras unidades: con el nacimiento de una patología y el tratamiento específico de la rodilla, la problemática de la cadera, etc. La constante evolución de la cirugía ortopédica fue añadiendo otras unidades, como

“Las técnicas son importantes pero no hay enfermedades sino enfermos que las sufren y una buena relación con el paciente y la familia es siempre el primer acto terapéutico.”

la de tratamiento de las disimetrías, que practica alargamientos óseos con aparatos cada vez más sofisticados.

Cirugía de alta complejidad

Cada una de estas unidades está capacitada para realizar cirugías de alta complejidad y también se trabaja en colaboración con profesionales de otros ámbitos, según la necesidad de cada patología.

La evidente mejora de la asistencia a los pacientes hizo que el Hospital Sant Joan de Déu empezase a recibir pacientes del resto del Estado español y del extranjero. Pero esto también supuso una nueva exigencia: la docencia. Aparte de artículos en revistas o capítulos de libros solicitados, se impuso la docencia directa a residentes de otros hospitales para completar la formación en ortopedia infantil. Actualmente, además, se imparte formación a los médicos especialistas del resto del Estado, pero sobre todo de América Latina y del norte de África, que desean profundizar en algunas de las patologías que se tratan en las unidades con las que cuenta el Servicio.

Un aspecto que se ha procurado no olvidar dentro del Servicio, añade el Dr. Huguet, son las relaciones humanas. “Las técnicas son importantes pero no hay enfermedades sino enfermos que las sufren y una buena relación con el paciente y la familia es siempre el primer acto terapéutico.”

Las patologías evolucionan y, sorprendentemente, aparecen nuevos problemas que habrá que resolver con los avances de la técnica y la microcirugía, que permiten tratar algunas de las lesiones obstétricas del plexo braquial y recuperar a estos pacientes, mientras que hace unos años la cirugía se limitaba a tratar tan solo las secuelas.

Han aumentado los accidentes de tráfico con lesiones neurológicas, antes poco habituales, y que provocan parálisis de los miembros para las que hay que buscar soluciones. Esto ha llevado al Hospital a crear una Unidad de Neuroortopedia, Plexo Braquial y Microcirugía, desde donde se atiende a todas las patologías neurológicas que afectan al aparato locomotor y que pueden ser tratadas mediante ortopedia o cirugía. Esta unidad realiza actualmente la mayoría de intervenciones de reconstrucción microquirúrgica por parálisis braquial obstétrica que se registran en España.

Nuevo centro de investigación

Hay que dar un nuevo paso en investigación. Por este motivo, el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Sant Joan de Déu ha creado el Centro de Investigación Clínica Aplicada. Y ha decidido empezar con la investigación de nuevos tratamientos para mejorar la calidad de vida de los pacientes con parálisis. En este centro se estudiarán las patologías relacionadas con el movimiento y se complementa-

rá la actividad asistencial para que los pacientes afectados por alguna clase de parálisis puedan integrarse en la sociedad.

El centro pretende incidir en el esquema terapéutico que se aplica analizando los resultados, abriendo nuevos protocolos terapéuticos y desarrollando programas de investigación y divulgación científica. Para ello dispone de aparatos de alta tecnología y última generación en el estudio del movimiento, trabajará en red con el Departamento de Ciencias Morfológicas de la Universidad de Barcelona y colaborará con otros centros de investigación de toda Europa. ■

El Centro de Investigación Clínica Aplicada estudia nuevos tratamientos para mejorar la calidad de vida de los pacientes con parálisis.

Ramon Huguet, jefe del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital.



Un día con los voluntarios

Organizar una fiesta de aniversario para un niño ingresado, hacerle compañía para que no esté nunca solo o dejarle juguetes para que se distraiga... son algunas de las actividades que realizan los más de 260 voluntarios del Hospital.

Son personas anónimas que dedican parte de su tiempo a colaborar con el centro. No sustituyen a los profesionales del Hospital, pero sí complementan su labor contribuyendo a la humanización de la asistencia a los pacientes. Para poder atender a todas las demandas que reciben, las actividades de estos colaboradores se centralizan desde el Servicio de Voluntarios. Al frente del mismo está Tina Parayre, que intenta coordinar este cen-

tro de operaciones tan particular. “Desde el Servicio de Voluntarios se desarrollan muchas actividades, pero lo importante no es lo que hacemos, sino lo que somos para los demás”, explica Tina.

El teléfono suena, la gente entra y sale, los padres acuden a pedir información, los voluntarios preguntan dónde deben ir... Entre todo este trasiego constante, siempre hay una sonrisa y un gesto amable para todos los que se acercan.

Hoy, como cada día, la jornada se inicia a las ocho de la mañana. Lo primero que hay que hacer es dejar preparadas las batas para los 40 voluntarios que pasan cada día por el Hospital. En la puerta hemos encontrado

bolsas con juguetes que hay que empezar a elegir y clasificar. Por desgracia, algunos están inservibles, demasiado viejos o estropeados y los niños no podrán jugar con ellos. A esta hora ya ha empezado a sonar el teléfono reclamando la presencia de los voluntarios.

Las primeras voluntarias que llegan van al quirófano y a la sala de espera donde están los niños pendientes de una intervención. Mientras los niños esperan a que los llamen para la operación siempre tienen a un voluntario junto a ellos que les hace compañía y los distrae un rato.

Hay voluntarios en todos los servicios del Hospital. Pero a primera hora lo prioritario es atender a los desayunos. Cuando los padres van a desayunar, los voluntarios se quedan con los pacientes en la habitación para que no estén solos. Se sientan a su lado, juegan con ellos un rato o están pendientes del niño cuando se despierta o cuando necesita algo.

Cuando han terminado los desayunos, los voluntarios se distribuyen por las plantas, la bi-



biblioteca ambulante, las consultas externas, urgencias, la UCI, la Sala de Juegos y la carpa de hábitos saludables. También llega el grupo de magos voluntarios que repartirá globos y les hará algunos trucos a los niños de las consultas. Todas estas labores y servicios que cubren sirven de pretexto para poder ayudar al niño y a su familia a afrontar positivamente su estancia en el Hospital.

Aunque el día está bastante programado, aún queda trabajo que realizar durante la mañana. Hoy toca un poco de inventario del material lúdico del Hospital, recoger los juguetes dejados en préstamo y limpiarlos, recibir a una voluntaria nueva y también a una escuela que hoy ha venido de visita.

Se acerca el mediodía y Anna, la secretaria del servicio, ya está terminando la lista de comidas. Hoy hay que hacer 30 suplencias. Después de las comidas, muchos voluntarios ya se marchan del Hospital. Pero a partir de las tres llegan los de la

En el Hospital hay voluntarios de diferentes edades y condiciones sociales, si bien mayoritariamente son mujeres de entre 40 y 60 años. Constantemente llegan peticiones para ser voluntario. Se estudian y se hace una reunión informativa para dar a conocer las funciones y características que deben cumplir los interesados, principalmente poder comprometerse con el centro dedicándole parte de su tiempo, recibir la formación necesaria y estar motivados para poder ayudar a los demás.

tarde. Si bien hay muchos voluntarios jubilados o que no trabajan, también hay otros que compaginan su colaboración en nuestro centro con el trabajo o los estudios. ¡Hay algunos que hace más de 30 años que trabajan como voluntarios!

La tarde parece que se presenta más tranquila. Los voluntarios de la tarde llegan y empiezan a distribuirse entre los diferentes servicios. Hoy hay concierto en el vestíbulo y hay que prepararlo todo. Los voluntarios jóvenes suben a jugar con los adolescentes. Durante todo el día pueden llegar algunas urgencias que los voluntarios pueden ayudar a resolver. Por ejemplo, hoy hay una madre de parto que

está sola con sus hijos, por lo que alguien se tiene que quedar con ellos mientras la atienden; algunos padres piden el apoyo de un voluntario para poder dejar un momento la habitación e ir a tomarse un café o distraerse unos minutos del ambiente hospitalario.

Entre una cosa y otra, ya ha llegado la hora de cenar. Hoy solo hay que cubrir 12 suplencias. Después de la última, finaliza la jornada. Los voluntarios cuelgan la bata y regresan a su casa. ¡Son casi las diez de la noche! ■

Algunos voluntarios colaboran con el Hospital desde hace 30 años.



Entrevista a Xavier Krauel,
jefe de Neonatología del Hospital

“Si se viene a trabajar contento, se nota en el trabajo”

Se ve su entusiasmo a la legua y la conversación no hace más que reafirmar esta impresión: explica con satisfacción los avances que permiten sacar adelante neonatos con 24 semanas de gestación; tiene un elogio para cada uno de sus colaboradores, y nos habla con entusiasmo de sus proyectos solidarios. El Dr. Xavier Krauel hace 35 años que está en el Hospital, pero afronta cada jornada de trabajo con la ilusión del primer día. Él lo tiene muy claro: “Lo que es básico es que la gente venga a trabajar contenta, y nosotros lo pasamos bien. Somos una piña.” Seguro que sus pequeños pacientes lo notan.



En su currículum artístico figuran exposiciones de esculturas (en la fotografía de la izquierda, “Pájaros en la cabeza”) y el diseño de carteles para campañas del Hospital. Su idea más genial es, sin embargo, el diseño de fonendos pediátricos (a la derecha). Yo, si pudiese elegir, lo tendría clarísimo: seguro que con estos te curas antes...



Ha llovido mucho, desde el 73...

Sí, desde la puesta en marcha de la Unidad de Neonatología ha habido cambios enormes: de población, de cultura hospitalaria, de complejidad, de medios para sacar adelante pacientes que antes no lo conseguían. Hay que señalar que un 10% de los niños que nacen requiere un ingreso neonatal. En estos años se han efectuado muchos progresos, pero hay cosas que han empeorado; por ejemplo, la precocidad es más alta ahora que hace 10 o 15 años. Es decir, tenemos un hospital que puede atender a patologías mucho más complejas, y en cambio, hay cosas básicas, como por qué nacen críos prematuros, a las que todavía no podemos responder.

¿Y por qué nacen niños prematuros?

Bien, es que esto, si lo supiéramos... De hecho, no sabemos ni por qué se pone en marcha el parto normal. Sabemos que existen factores endocrinológicos, factores de distensión uterina... En un 30% de los nacimientos prematuros no es que la mujer se ponga de parto, sino que el ginecólogo o el obstetra lo induce porque el feto se está desarrollando mal en el útero. Es decir, hay diferentes motivos, no una causa única.

¿Existen factores de riesgo?

Sí, aparte del motivo de la precocidad están los factores de riesgo asociados a la precocidad: situaciones de fatiga, factores sociales, o problemas genitales.

Y también la incompetencia cervical, que sí conlleva un riesgo más alto de precocidad, pero desgraciadamente no hay ninguna intervención que sea efectiva para reducir la tasa.

Cuando hablamos de un ingreso neonatal, ¿no hablamos solo de prematuros, verdad?

La precocidad es el primer problema de salud, y el mayor, de los bebés. En una encuesta reciente, el 70% de todos los niños ingresados en las unidades de neonatología de Cataluña eran prematuros. En cambio, en nuestra unidad tenemos un 50% de prematuros y un 50% de neonatos con patología compleja; esto es así porque, como centro de referencia para cardiopatías, cirugía y ECMO, nos derivan re-

“Las personas, aquí,
son magníficas.
Tenemos un equipo
asistencial que...
Tenemos mucha
suerte.”

cién nacidos de todo el país afectados por estas patologías.

En el Hospital, hemos ido su-
biendo de volumen y compleji-
dad. Y quizá lo más complejo,
ahora, son el prematuro super-
extremo, es decir, el prematuro
que pesa menos de 750 gramos,
y los bebés que presentan defec-
tos cardíacos o malformaciones
congénitas graves, como puede
ser una hernia diafragmática.

¿Ayudan los padres a “curar” a los hijos?

Nosotros tenemos claro que
hay que favorecer la participa-
ción de las familias. Antes las uni-
dades neonatales eran unos lu-
gares muy cerrados donde todo
era muy estéril; la familia no en-
traba, y todo se miraba desde
fuera. Ahora los padres partici-
pan en el cuidado, hacen el mé-
todo canguro... e incluso parti-
cipan en el diseño de nuestra fu-
tura unidad. Está previsto que to-
dos los cuidados intensivos y los
cuidados neonatales tengan la
opción de realizarse con la incor-
poración de la familia, como si
fuera en una habitación, con lo
que la madre o el padre están
con el bebé, y el médico o la en-
fermera hacen su trabajo, pero
en un espacio familiar, como si
dijéramos. Actualmente, los pa-
dres tienen unas butacas e inten-
tan estar siempre junto al bebé,
pero en el futuro tendrán un es-
pacio más propio.

También hay una asociación
de padres cuyo nombre es Pre-
matura. Los padres que vivieron
esta experiencia en el pasado es-
tán disponibles para dar apoyo

a padres de niños prematuros
cuando salen del Hospital.

La participación de los padres, ¿es una tendencia o una apuesta del Hospital?

Es una tendencia, pero yo diría
que, en este ámbito, hemos
sido un poco pioneros. Hay
otros centros: en Madrid, por
ejemplo, el 12 de Octubre. Ac-
tualmente existe un movimien-
to que se denomina NIDCAP
(*neonatal intensive developmen-
tal care*), que pretende estu-
diar la situación de cada niño y
su capacidad de respuesta –si
está estresado o no está estre-
sado– y ajustar un poco el cui-
dado a sus demandas.

¿Qué control se realiza de los bebés prematuros, cuando crecen?

Todos los prematuros extremos
se incluyen en un programa de
seguimiento. Este programa
de seguimiento lo lleva la Dra.
Thaïs Agut, y participan en él los
técnicos en maduración, la Dra.
Pou, de Neuropsicología, y la
Dra. Ibáñez, de Psicología Auxi-
liar. También hay control de vis-
ta y de oído, para vigilar su des-
arrollo. En este programa de
seguimiento analizamos la situa-
ción de estos niños en dos cor-
tes: a los dos y a los seis años. Así
podemos evaluar cuál es el ries-
go que tiene el recién nacido pre-
maturo, según el peso o la sema-
na de gestación, de presentar
complicaciones y de sufrir algún
tipo de secuela cuando tiene dos

años o cuando tiene seis años,
que es la edad que en que em-
piezan la escuela.

¿Todos los servicios de neonatología pueden atender a las mismas patologías, o hay diferentes niveles?

Los hospitales maternos pue-
den ser de nivel 1, 2 o 3. Nosotros
somos un hospital de nivel 3C,
que es el máximo nivel de com-
plejidad, y que significa que
aquí se pueden tratar todo tipo
de nacimientos. Lo más comple-
jo que se realiza en este nivel es
la cirugía cardíaca extracorpó-
rea y el ECMO (*extracorporeal
membrane oxygenation*). Estas
dos posibilidades de tratamien-
to son las que le dan la máxima
complejidad a nuestro hospital.

O sea, que estáis en la Champions, jugando con los mejores...

Nuestro servicio forma parte de
una red en la que hay más de 500
unidades neonatales de todo el
mundo. Mantenemos un registro
on-line y enviamos cada alta que
damos de un recién nacido de
menos de un kilo y medio de
peso. Este registro nos permite
comparar cómo trabajamos con
relación a otras unidades neona-
tales. Con esto disponemos de in-
formación tanto de los bebés
que nacen aquí como de los que
han ingresado; porque aquí, nor-
malmente, tenemos un 70% de
niños que han nacido en nuestra
maternidad y un 30% que llegan
con transporte neonatal prove-
nientes de otros hospitales.

En una liga así, hay que tener un equipo de primera...

Las personas... las personas, aquí, son magníficas. Tenemos un equipo de médicos y enfermeras que... Tenemos mucha suerte, porque la verdad es que hay muy buena relación y todos son unos profesionales magníficos. No hay jerarquías: somos profesionales y trabajamos todos. De las decisiones, hablamos, las consensuamos y efectuamos planes. Esto sí que lo tenemos clarísimo, y creo que tenemos la suerte de ser un grupo que nos llevamos muy bien y que... somos una piña. Lo pasamos bien. Y además, lo que es básico es que la gente venga a trabajar contenta, y esto es muy importante.

Cada uno tiene sus características: tenemos un grupo de jóvenes, que ahora son padres recientes y, por lo tanto, tienen más obligaciones familiares, y otros que somos mayores y ya hemos pasado esta página; estamos a punto de tener nietos y, por lo tanto, tenemos más tiempo libre para hacer otras cosas.

Un equipo que se lleva bien y, además, muy comprometido...

Nuestro servicio está bastante implicado como grupo –como personas individuales dentro del grupo– en el proyecto de Sierra Leona. Ahora, en estos momentos, tenemos allí a la Dra. Ana M. Morillo trabajando como pediatra, y antes fueron María Padró, supervisora de la Unidad

de Neonatología, y la Dra. Ana Alarcón. Y, como ya hay un grupo de personas que trabaja en esta línea, pues también en esta línea intentamos hacer alguna cosilla aquí. El programa de ayuda a los niños de Sierra Leona tiene dos vertientes: una, que es conseguir socios, que es lo importante. Se trata de personas que cada año efectúan una contribución y, si la tienen fijada para algunos años, esto garantiza que el programa se mantenga. Y después, puesto que no hay suficientes socios, organizamos actos puntuales para recaudar dinero. Ha habido algunos muy importantes: *Tambores por África*, en el Auditori; el ciclo de conciertos que se realizó en el Palau Robert; un concierto de *hip hop* en el Casal de Joventut de Sant Just Desvern... A veces, gente del Hospital nos propone acciones solidarias, como la Dra. Teresa Juncosa y unos amigos, en la Fira del Formatge de Lladó. Vamos haciendo cosas de estas, actividades que fomentan la aportación de los socios, que aún no tenemos bastantes. Pero bueno,

es un programa complejo porque aquel país está en una situación drástica: es un país sin electricidad, donde no existe personal capacitado para sacar adelante la complejidad de un hospital como el que hay allí. Nosotros, tanto allí como desde aquí, hacemos lo que podemos. ■

Un 10% de los niños que nacen necesita un ingreso neonatal.



“Un día al mes mejora todo el año”

Esta ha sido una solución imaginativa para una situación que se quería mejorar. En la Unidad de Neonatología, las enfermeras hacen turnos y están todo el día junto al recién nacido; en cierto modo, es como una unidad de cuidados intensivos: la enfermera está al lado del paciente y no descansa ni un momento. Los turnos de enfermería no permiten, o hacen muy difícil, que las enfermeras trabajen en proyectos de mejora o proyectos de control de calidad. Por eso hemos ideado un programa, que se llama “Un día al mes mejora todo el año”. Lo que hacemos es que una enfermera queda liberada de un turno, mediante una suplente, un día al mes. Esto representa que esta persona dispone de las 8-12 horas de una jornada para dedicarlas al control de calidad.

Apostamos por la formación

El Aula de Pediatría del Hospital ofrece un amplio programa de cursos y jornadas, másters con la Universidad de Barcelona, estancias de formación especializada para médicos y enfermeras, y charlas para padres.

Cursos y jornadas

Una cincuentena de sesiones formativas para profesionales en los ámbitos de anestesia, cirugía ortopédica y traumatología, endocrinología, gastroenterología, inmunología y alergia, enfermería, nefrología, neurocirugía, neurología, neonatos, oftalmología, oncología, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría y psicología, rehabilitación y urgencias.

Másters de la Universidad de Barcelona

- Cardiología pediátrica
- Curso preparatorio de tratamiento integral de las deformidades y malformaciones dentofaciales en pediatría
- Endocrinología del niño y del adolescente
- Gastroenterología, hepatología y nutrición pediátricas
- Hematología y oncología pediátricas
- Inmunología y alergia pediátricas
- Neonatología
- Neuropediatría
- Odontopediatría
- Urgencias en pediatría

Conferencias gratuitas para padres y madres, los últimos jueves de mes

- *27 de noviembre de 2008*
ABC de la anticoncepción juvenil. ¿Estás al día?
Prof. J.M. Lailla
- *29 de enero de 2009*
Mi niño duerme mal. ¿Qué método es mejor?
Dr. Òscar Sans
- *26 de febrero de 2009*
Problemas en la piel. La atopía, ¿problema principal?
Dra. Asunción Vicente
- *26 de marzo de 2009*
Quiero que mi hijo sea más alto, ¿es posible? ¿Qué talla tendrá?
Prof. F. Rodríguez-Hierro
- *30 de abril de 2009*
Padres novatos: ¿como sobrevivir al primer mes?
Dr. Santiago García-Tornel
- *28 de mayo de 2009*
La homeopatía en los niños. ¿Es útil?
Dra. Marie-Christine Esteve

Nuestro agradecimiento a las entidades que colaboran con nosotros y nos ayudan a crecer como institución :

Danone • Fundació “la Caixa” • Fundación Caja Navarra • Fondo Margarita del Pozo • Fundació Caixa de Manresa • Fundació Amics de Joan Petit Nens amb Càncer • Invest for Children Foundation • Fundación M^a Francisca de Roviralta • Walt Disney Company • Visanu, SL • Rotary Club de Vilafranca del Penedès • Fundación Privada Ilusiones • DKV Seguros • Fundación Antena 3 • Fundación Sergio García • Associació Catalana de Fibrosi Quística • Biomet • Fundació Privada Ordesa • Serono España, SA • Asociación Española de Enfermos Mucopolisacáridos • Bebe Due España, SA • Abbot Laboratories • Fund. P. Grupo Tragaluz Niños del Mundo • Fundació el Somni dels Nens • Agefred, SA • Novartis Consumer Health, SA • Villa Reyes • Caixa Penedès Obra Social • Fundació Enriqueta Vilavecchia • Banc Sabadell Atlàntic • Asociación Española contra el Cáncer • Fundación Privada Matías Gomà Serra • Novo Nordisk Pharma, SA • Fundación Privada Renta Corporación • Sitges Ciutat del Bàsquet Català • Bristol Myers Squibb, SL

Si desea dar apoyo a alguno de nuestros programas asistenciales, solidarios o de investigación puede llamarnos al teléfono **93 253 21 36** o enviar un mensaje a **obrasocial@ohsjd.es**

www.hsjdbcn.org

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