



Sumari

Editorial

Atenció compartida, el futur de la nostra tasca	2	Sobre l'obesitat infantil. Posicionament de l'OMS	13	El 28 de novembre va entrar en funcionament el nou CAP Vilafranca Nord	24
---	---	---	----	--	----

HSJD, a prop teu

Coneixeu FAROS? El portal de la salut i el benestar per a les famílies	4	PrevenGO: el programa per abordar l'obesitat infanto-juvenil	16	Formació	
--	---	--	----	-----------------	--

Vídeos 5 minuts. Cursos de l'Aula de Pediatria HSJD	25
---	----

Nou a Vincles

Presentació del 10è Informe FAROS «Guia per a una alimentació infantil saludable i equilibrada»	5	Criteris de derivació entre nivells assistencials per patologia pediàtrica	20	Curs de protocols 2016-17	26
---	---	--	----	---------------------------	----

Coneixement

Síndrome de Prader-Willi	7	Monografia: "Prevenió i tractament del sobrepès i obesitat a pediatria"	21	Ciència i humanitat	
Cas clínic: Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)	10	Monografia: Urgències pediàtriques d'atenció primària coordinades amb l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona"	23	Sóc pediatre!	27
				Blogosfera pediàtrica	
				Enllaços d'interès pels equips de pediatria de Primària	30
				Posant en valor	
				Entrevista a Jaume Iglésias, pediatre	33

Atenció
compartida,
el futur de
la nostra
tasca

Manel Enrúbia.
Director del CAPI
Barcelona Esquerra



Els **equips de pediatria** hem de donar resposta a problemes de salut de la nostra població que cada vegada són més complexes, i sovint no n'hi ha prou només amb el que podem fer des de les nostres consultes i sales d'hospitalització.

Cada cop és més necessari treballar plegats, atenció primària i hospitalària, i fer-ho amb la comunitat a la que pertanyem. En aquesta tasca d'atenció compartida l'element central és l'**Equip de pediatria d'Atenció Primària**.

En aquest número de la revista, en trobareu un clar exemple. Es tracta d'un problema de salut on cadascú de nosaltres ho hem fet el millor que hem pogut en el nostre àmbit de treball i hem aconseguit ben poca cosa: l'**obesitat**. Hi ha diversos articles que l'aborden des de diferents perspectives:

- El **portal de salut Faros**, amb 8 anys de recorregut, ha publicat el seu 10è informe "Guia per a una alimentació infantil saludable i equilibrada. Resolent dubtes, trencant mites i aclarint conceptes".
- La **malaltia rara** d'aquest número cursa també amb obesitat: la síndrome de Prader -Willi.
- El **cas clínic** que ens exposen il·lustra molt bé la importància que pot tenir l'obesitat en el context de trastorns hormonals, aparentment sense cap relació, i el paper de la pèrdua de pes en la seva resolució.



- Del posicionament de l'OMS sobre l'**obesitat infantil** cal destacar una frase: *No hi ha cap intervenció aïllada capaç de frenar l'epidèmia de l'obesitat a la infància.*
- **PrevenGo**: un programa per a l'abordatge de la obesitat infantil, dissenyat a l'hospital, que necessita de la continuïtat a l'Atenció Primària.

Trobareu també criteris de derivació i el paper dels **diferents nivells assistencials en problemes de salut de l'àmbit** de dermatologia, odontologia, oftalmologia i otorinolaringologia; i l'obertura del **nou CAP a Vilafranca** cap a on es trasllada el primer equip de pediatria d'Atenció Primària de Catalunya.

No us oblideu de les habituals seccions:

- **Vídeos 5 min**: sondatge nasogàstric i administració alimentació enteral i Intervención enfermera al paciente hospitalizado con trastorno de la conducta alimentaria.
- **Blogosfera pediàtrica** amb interessants recursos sobre alimentació i obesitat.
- L'**entrevista amb Jaume Iglésias** pediatre d'Atenció Primària (de proximitat, li agrada dir) dedicat a la atenció pública on, entre d'altres coses, ens explica el canvi que va suposar el poder començar a relacionar-se amb l'hospital.

Com veureu, compartint l'atenció de la nostra població, podem aconseguir grans fites. Comencem amb l'obesitat, segurament algú de vosaltres se li hauran acudit més temes.

Gaudiu del VINCLES #17 !

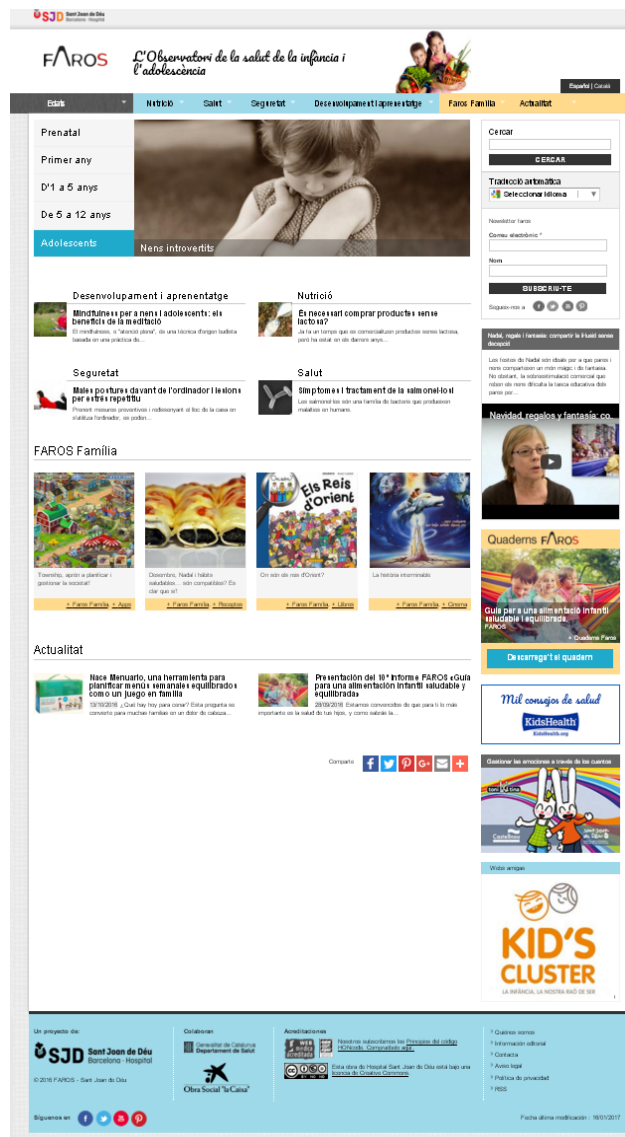
Coneixeu FAROS?

El portal de la salut i el benestar per a les famílies

Servei de Comunicació HSJD

El departament d'Innovació i Educació del pacient de Sant Joan de Déu va engegar l'any 2008 el programa Faros, que persegueix l'objectiu d'apropar tots els coneixements dels professionals de l'Hospital a les famílies, a altres cuidadors i als mestres.

Més concretament, Faros té com a missió acompanyar als pares i mares, principalment per a dotar-los d'eines i recursos per a que ho puguin aplicar com a hàbits en ells i en els seus fills. En definitiva, es tracta d'empoderar-los i capacitar-los per a que ells mateixos puguin gestionar la seva pròpia salut, en aquest cas des de la perspectiva de la prevenció i un estil de vida saludable. Ho fa a través d'informes monogràfics sobre temes específics de salut, tallers per a famílies, tallers de primers auxilis i sobretot, a través d'un portal web que registra actualment 1,7 milions de visites anuals i més de 5 milions de pàgines vistes.



En aquests 8 anys, Faros ha publicat **10 estudis** que han comptat amb la participació d'especialistes referents en cada àmbit, no només de l'Hospital sinó també d'altres institucions capdavanteres, com Ferran Adrià o Eduard Punset. Els darrers informes s'han dedicat a l'alimentació, els trastorns de comportament, les noves tecnologies, així com a la creativitat en l'educació.

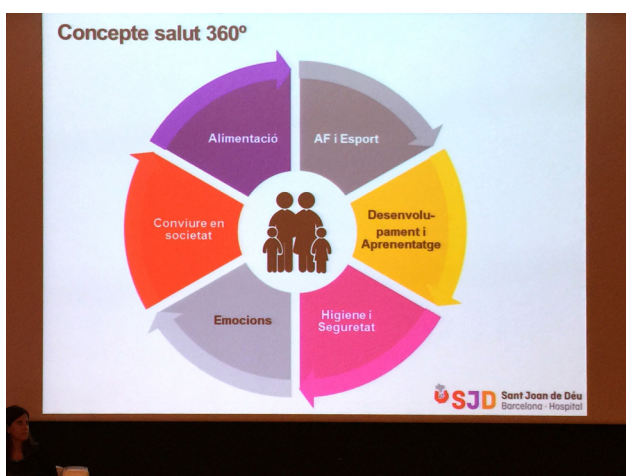
<http://faros.hsjdbscn.org/ca>

Presentació del 10è Informe FAROS «Guia per a una alimentació infantil saludable i equilibrada»

Pepe Serrano Marchuet

Pediatre equip territorial de
pediatria Alt Penedès/Garraf

El passat dia 26 es va presentar a l'Auditori de l'edifici docent de l'Hospital Sant Joan de Déu el desè informe FAROS, aquest any dedicat a l'alimentació infantil i anomenat **“Guia per a una alimentació infantil saludable i equilibrada. Resolent dubtes, trencant mites i aclarint conceptes”**.



L'acte va ser conduït pel **Dr. Jaume Pérez Payarols**, director del portal Faros, qui ens va introduir en el concepte de Salut 360°. La sessió



va comptar amb la presència d'alguns dels autors de la guia, tots ells amb lligams amb el món de l'alimentació infantil, que varen intervenir en diferents blocs.

En el primer d'ells la **Marta Ramon**, cap del servei d'endocrinologia de l'hospital Sant Joan de Déu, va abordar temes en referència al marc conceptual de l'alimentació i nutrició infantil, fent un repàs de les darreres actualitzacions en conceptes dels diferents grups d'aliments, nutrients i tendències. Va fer una breu picada



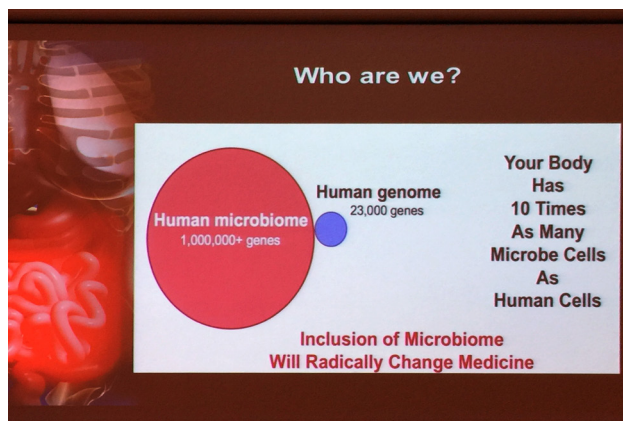
d'ullet la nova eina Menuari, una aplicació molt útil per a planificar menús setmanals equilibrats fent un joc en família.



Darrera seu va prendre la paraula en **Javier Martín**, cap de servei de gastroenterologia, hepatologia i nutrició de l'Hospital Sant Joan de Déu, per a fer una revisió de l'alimentació en els diferents grups d'edat i de les intoleràncies i al·lèrgies alimentàries més prevalents. Va abordar també els problemes que poden suposar per a la salut dels infants practicar alguns tipus de dietes especials sense la corresponent supervisió d'un professional qualificat.



Un dels plats forts de la sessió va ser la participació d'en **Steven A. Abrams**, doctor en medicina, professor i director del Departament de pediatria del la Dell Medical School de la University of Texas – Austin, fellow de l'American Academy of Pediatrics (AAP), membre del Dietary Guidelines Advisory Committee i membre de l'American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition, qui ens va fer una repassada a la forma en que la AAP elabora les seves guies d'alimentació. Sempre és un plaer pels sentits compartir espais amb il·lustres de la pediatria i si són tan propers com l'Steve, més encara.



En **Roberto Gugig**, Doctor en medicina, professor associat a la Universitat de Califòrnia, San Francisco (UCSF) i a la UCSF Fresno Medical Education and Research, Departament de gastroenterologia i nutrició pediàtrica i director d'endoscòpia al Children Hospital Central Califòrnia, va posar en evidència el cada cop més rellevant paper de la microbiota intestinal. La seva expertesa i experiència lligades a la facilitat que va fer palesa per a transmetre coneixements varen convertir la seva xerrada en un dels moments més encisadors de la tarda.

Per cloure l'**Alba Adot**, dietista-nutricionista de l'àrea de salut de la Fundació Alícia, ens va ensenyar com programar una alimentació saludable des del moment en que planifiquem la compra fins que seiem a taula per a menjar-la.

Destacar que a la sala hi havia d'altres col·laboradors en l'elaboració de l'informe com el professor **A. Mariné**, el doctor **F. Drobic**, o la dietista **M. Llobet**, entre d'altres.

Els assistents a l'acte varen ser obsequiats amb una còpia en paper de la guia i un pràctic llibre de receptes de cuina per als més menuts de la casa.

Els Quaderns Faros són uns informes molt acurats i actualitzats sobre diverses vessants de temes relacionats amb la salut infantil. Els podeu veure tots fent click aquí i demanar que se us remetin a la vostra direcció de mail.

Guia alimentació

Quaderns FAROS

Síndrome de Prader-Willi

Joan Bosch i Hugas

Pediatra d'Atenció Primària

EAP Rambla, Sant Feliu de Llobregat

Continuem amb la presentació breu d'una malaltia rara, extreta del **Manual Ilustrado de Enfermedades Raras** del professor M. Cruz i el pediatre d'Atenció Primària Joan Bosch.

Síndrome de Prader-Willi

D'entre totes les aportacions d' A. Prader a la Pediatria, destaca aquesta síndrome (SPW), descrita al 1956, conjuntament amb A. Labhart i H. Willi i el seu mestre G. Fanconi. Com sinònims s'usa en ocasions síndrome HP, síndrome H2O, HHHO (hipotonia, hipomèntia, hipogonadisme, obesitat) i distròfia hipogenital amb tendència a la diabetis. Freqüència entre 1/10.000 i 1/25.000 nounats.

Etiopatogènia

Forma part del grup de trastorns amb **imprinting genòmic** demostrat. És diferent la patologia d'una mateixa deleció gènica, segons procedeixi del pare o de la mare. En el SPW la deleció és paterna en un alt percentatge dels pacients i es refereix a la regió 15q11.2-q13. Es tracta



(70%) de **microdeleció** o **disomia uniparental** (20%): el material corresponent al cromosoma 15 procedeix només de la mare. La mateixa deleció, però si el material procedeix del pare, condiciona al menys el 40% dels casos de la **síndrome de Angelman**.

Només excepcionalment es demostren alteracions endocrines, però el trastorn radica lògicament en l'hipotàlem. La intolerància a la glucosa acostuma a anar de la mà de la instauració de l'obesitat, però no en tots els casos.

Histològicament destaca l'atròfia muscular difusa i congènita.

Sintomatologia

Amb variacions evolutives, el quadre plenament instaurat i sense influència del tractament presenta:

- **Aspecte general:** amb pes al néixer normal o inferior als 3.000g, l'**obesitat** s'instaura entre 1 i 6 anys d'edat, progressiva, acompanyada de bulímia i de predomini en tronc, part in-

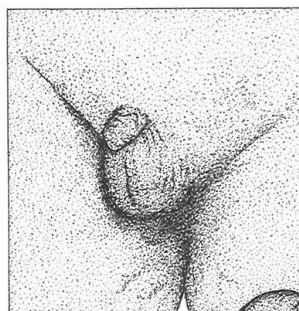
ferior de l'abdomen i proximal d'extremitats. Hipocreixement no accentuat, però per sota del percentil 50.

- **Cap:** fàscies arrodonida, amb greix abundant en galtes i regió submentoniana; microcefàlia no freqüent, amb disminució del diàmetre

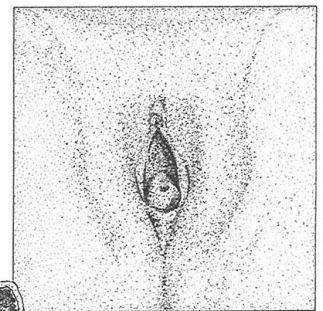
Hipotonía			Diabetes	
1 año	2 años	3 años	Pubertat retrasada	Adulto infertilidad
			Obesidad	



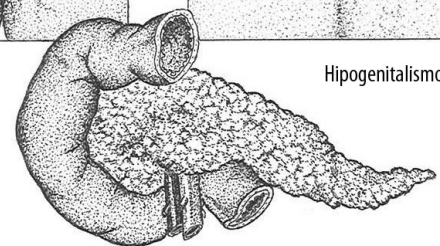
Retraso mental



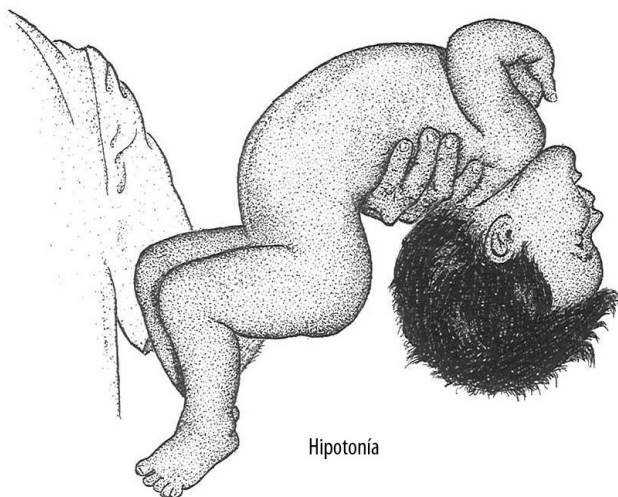
Hipogenitalismo



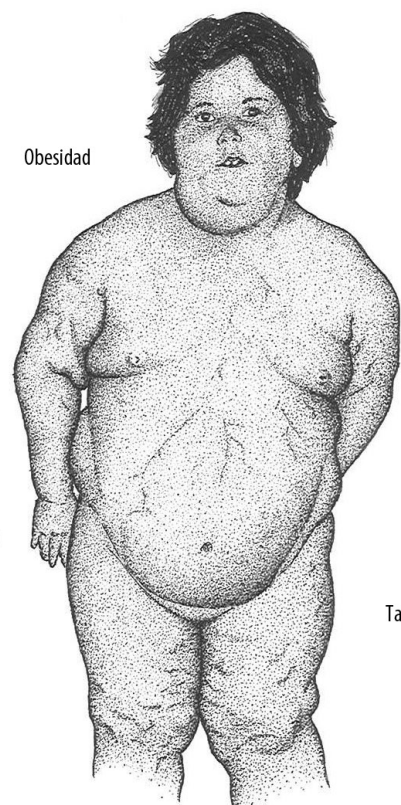
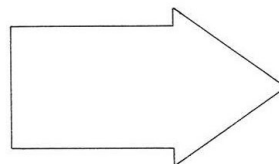
Hipogenitalismo



Diabetes no cetogena



Hipotonía



Obesidad

Acromicria

Talla baixa

moses

bifrontal i cabell hipopigmentat, igual que la pell i l'iris; ulls ametllats amb nistagme i estrabisme; boca petita, de llavi superior triangular; alteracions dentàries: defectes de l'esmalt, càries precoç, microdòntia; paladar ogival; saliva espessa, sequedat de mucosa bucal; poc desenvolupament cartilaginós en pavellons auriculars.

intel·lectual amb CI entre 30 i 85, amb major retard de la locució. Poca sensibilitat al dolor. Rarament convulsions.

- **Metabolisme:** hiperglucèmia diabètica en la segona dècada, amb presentació atípica: sense cetosi i aprimament. Hipotèrmia.

Pronòstic

Tendència a millorar la hipotonia i l'adaptació psicosocial. Total o quasi completa normalització amb el tractament. En absència d'aquest, escurçament de la vida mitja degut a diabetis, leucèmia, glomeruloesclerosi i hipoventilació o síndrome de Pickwick.

Diagnòstic

Una prova de metilació de la regió 15q11.2-q13 permet un diagnòstic ràpid. Identificació de mutacions per PCR. El diagnòstic prenatal es sospita per escassetat de moviments. Es confirma genèticament. Cal diferenciar síndromes amb: a) hipotonia; b) fàscies arrodonida; c) obesitat; d) intolerància a la glucosa, com Almstrom i Berardinelli-Seip (aquesta darrera síndrome és l'invers del SPW: aprimament, hipertròfia muscular, mans i peus grans); e)

hipogenitalisme (veure taula adjunta).

Profilaxi

Assessorament genètic. Atesa la infertilitat, acostuma a tractar-se d'una delecio per mutació *de novo* o bé una anomalia equilibrada en el pare.

Terapèutica

- Cura psicopedagògica i fisioteràpia.
- Dieta baixa en calories.
- Hormonoteràpia selectiva: GH, testosterona, clomifè.

(Extret i traduït del llibre *Manual de Enfermedades Raras de Manuel Cruz Hernández i Joan Bosch i Hugas. Ed. Ergon, 2014.*)

TAULA: Malalties amb hipogenitalisme (micropenis)*

• Biemond tipus II: coloboma d'iris, obesitat, polidactília, discapacitat intel·lectual.
• Delecio 18q.
• Displàsia septo-òptica: disc òptic hipoplàstic. Hipopituïtarisme hipogonadotròpic.
• Down, trisomia 21.
• Insensibilitat parcial als andrògens: ginecomàstia.
• Kallmann: hipòsmia, hipogonadisme hipergonadotròpic. Klinefelter, síndrome XXY.
• Laurence-Moon-Bardet-Biedl.
• Noonan, pseudoturner.
• Prader-Willi (veure text).
• Robinow: síndrome de la fàscies fetal.
• Rud: hipòsmia, ictiosi, hipogenitalisme, hipogonadotròpic, discapacitat intel·lectual.
• Herència no coneguda.

*Longitud inferior a 2,5 DE de la mitjana per l'edat

- Genitals: **hipogenitalisme**, amb micropene, escrot rudimentari i criptorquídia; hipoplàsia de clitoris i llavis majors. A la pubertat: oligospermia i poc desenvolupament dels caràcters sexuals secundaris, falta d'estirada puberal; veu aguda en el baró.
- Extremitats: **acromícria**, amb mida petita de mans i peus; a vegades osteoporosi, escoliosi, alteracions ortopèdiques en peus, sindactília, clinodactília, luxació de maluc (en el 30% el part es de natges).
- Sistema neuro-muscular: **hipotonia** cri-danera i existent en el període prenatal (escassos moviments fetals), amb problemes inicials en la succió i deglució i, més tard de les funcions motores. **Discapacitat**

Cas clínic

Síndrome de Ovario
Poliquístico (SOP)

Dra. Yolanda Fernández,
Cap clínic Servei urgències HSJD
Dra. Sílvia Marín,
Adjunta Servei endocrinologia HSJD

Motivo de consulta

Adolescente de 15 años, remitida por su pediatra a Consultas Externas de Endocrinología por obesidad.

Refiere sobrepeso desde los 5 años. Menarquia a los 11 años y desde entonces las reglas son irregulares, pasando en ocasiones hasta 4-5 meses sin menstruación. Así mismo también refiere acné desde los 14 años y tener “mucho vello” desde siempre. No toma ni ha tomado ninguna medicación. Refiere alimentación rica en hidratos de carbono y hábito sedentario. No realiza ninguna actividad deportiva.

Antecedentes personales patológicos: embarazo a término, peso adecuado. Trastorno de conducta en seguimiento por CSMIJ de zona. No otros antecedentes de interés

Antecedentes familiares: Madre talla 152 cm con IMC 27 Kg/m². Padre talla 162 cm con IMC 32,4 kg/m² y diabetes mellitus tipo 2. No antecedentes familiares de hipertensión, hiperlipemia ni problemas cardiovasculares.

Exploración física

Peso 74,8 Kg. Talla 158,8 cm. IMC 29,66 Kg/m². TA 106/55 mg/Hg. Buen aspecto. ACP normal. Abdomen normal. Cuello libre. No acantosis. Acné inflamatorio peribucal. Pelo terminal peribucal y submentoniano (zona de la barba) y línea alba (Escala Ferriman-Gallwey = 8). Estadío de Tanner V.



Estudio analítico (realizado el 5º día de ciclo menstrual)

- **Hemograma y bioquímica:** normal.
Glucemia: 91 mg/dl. **Insulina:** 18,2 mU/L (< 19,5 mU/L). **Test de sobrecarga oral de glucosa:** normal. **Creatinina:** 0,9 mg/dl. **GOT/GPT:** 16/18 UI/L. **Colesterol total:** 104 mg/dl. **TG:** 49 mg/dl. **Colesterol HDL:** 41 mg/dl. **Colesterol LDL:** 53 mg/dl.
- **Estudio hormonal basal:** **LH:** 7,7 U/L y **FSH:** 2,6 U/L (normal para la fase del ciclo menstrual en la que encuentra). **Estradiol:** 279 pmol/L (fase folicular). **TSH:** 4,4 µU/ml (0,5-4,5). **T4:** 12,8 ng/dl (9,1-25). **PRL:** 17 ng/ml (2-20). **Testosterona:** 1,1 nmol/L (< 2,2). **SHBG:** 17 nmol/l (27-101). **Androstendiona:** 11,9 nmol/L (1,4-9). **DHEA-S:** 10,4 umol/L (<7,5). **17-OHP:** 2,1 ng/ml (0,1-2,2). **Índice de andrógenos libres:** 6,5 (< 3,5).



Ecografía ovárica: (5º día del ciclo menstrual): útero de 7,1 cm de ecoestructura normal. Ovario derecho de 7,8 cc y ovario izquierdo de 8,5 cc, sin lesiones quísticas.

¿Cuál es su diagnóstico?

Presenta un cuadro clínico de **obesidad, hiperandrogenismo clínico y bioquímico** y



oligomenorrea. Por lo que se diagnostica de probable **Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP).**

El diagnóstico de SOP es difícil en adolescentes pues a esta edad es frecuente el acné, el aumento de vello terminal y las irregularidades menstruales en los 2-3 primeros años tras la menarquia sin tener un SOP. Por otra parte no hay evidencia suficiente que determine el valor normal de andrógenos en sangre en la adolescencia. Finalmente la ecografía ovárica puede ser dificultosa en adolescentes obesas en las cuales no se puede hacer vía transvaginal, al margen de que un 10% de adolescentes pueden tener ovarios poliquísticos con ciclos menstruales regulares.

Por todo ello, y aunque ha habido recomendaciones científicas posteriores, aún se sigue el consenso al que se llegó en 1990 en la Conferencia Internacional de la National Institutes of Health en el que se estableció que el

criterio central para el diagnóstico de SOP es el hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico y la disfunción ovárica (oligo-anovulación dos años después de la menarquia sin tener en cuenta la ecografía ovárica), y una vez excluidas otras causas.

Evolución

En nuestra paciente se inicia un seguimiento que contempla objetivos a corto y largo plazo que incluye la mejora de su imagen corporal y su autoestima.

Se prescriben unas recomendaciones de **modificación del estilo de vida** consistentes en consejos dietéticos y la realización de ejercicio físico diario durante 60 minutos. Es muy importante potenciar este punto, pues está demostrado que la pérdida de un 5-10 % de peso en pacientes adultas con SOP y sobrepeso se traduce en la recuperación de la regla y aparición de ciclos ovulatorios.

Se pospone la utilización de un anticonceptivo oral que contenga un antiandrógeno o de la metformina para el tratamiento de los síntomas del SOP, a la espera de comprobar la efectividad de las recomendaciones de cambio de estilo de vida. Se le indican medidas cosméticas.

A los 6 meses se le realizó un control clínico/analítico.

En el control clínico se evidenció una pérdida de peso de 6 kg, y leve mejoría del hirsutismo y de los ciclos menstruales.

La analítica mostró una mejoría del hiperandrogenismo bioquímico (normalización de la DHEA-S: 7,46 umol/L (<7,5), y disminución de la Androstendiona 9,7 nmol/L (1,4-9).

Al año, y gracias a las modificaciones de su estilo de vida y sin necesidad de tratamiento farmacológico ha perdido 10 kg desde el inicio del seguimiento, presenta un IMC de 25,63 kg/m², presenta ciclos menstruales regulares y se ha normalizado su perfil bioquímico (Androstendiona 5,9 nmol/L (1,4-9), Índice de andrógenos libres < 3 (>3,5), Testosterona < 0,7 nmol/L (<2,2). Por todo ello se mantiene sin tratamiento. Se insiste en alcanzar peso ideal de 60 kg y mantenimiento ejercicio físico.

Hiperandrogenismo / Síndrome de ovario poliquístico

El hiperandrogenismo es una situación de producción y/o acción androgénica excesiva. Es la patología endocrinológica más frecuente en la mujer.

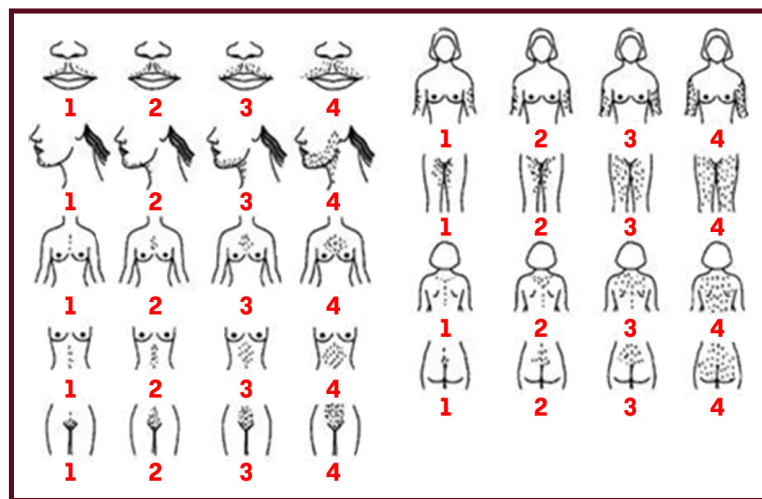
Los signos y síntomas son diferentes dependiendo de la edad en la que se ponen de manifiesto. Durante la etapa prenatal, la principal manifestación clínica del hiperandrogenismo es la virilización de los genitales externos en la recién nacida, mientras que en los varones, puede pasar desapercibido o manifestarse como un aumento del tamaño del pene. En la etapa prepuberal, puede cursar con aparición precoz de vello púbico o axilar (pubarquia prematura), cambios de olor corporal, aceleración del crecimiento y de la edad ósea, aumento del vello corporal, hipertrofia muscular, acné, cambios en la gravedad de la voz, hipertrofia del clítoris (niñas) o aumento del tamaño del pene (niños). Finalmente, en las adolescentes y mujeres adultas, los principales signos y síntomas derivados del hiperandrogenismo son el hirsutismo, las irregularidades menstruales, el acné severo, la atrofia mamaria, la alopecia de distribución androgénica y la infertilidad.

El SOP es un trastorno de presentación heterogénea, cuyas manifestaciones pueden ser diferentes entre pacientes y en una misma paciente a lo largo de la vida. Es uno de los motivos de consulta más frecuente de las adolescentes en la especialidad de endocrinología. Su etiología es multifactorial y se implican factores genéticos, raciales y ambientales. La patogenia del síndrome está en discusión, aunque se piensa que es el resultado de un círculo vicioso entre hiperandrogenismo e insulinoresistencia. Se desconoce cuál es la prevalencia del SOP en las adolescentes, aunque recientemente se ha publicado una cifra del 4,3%. Aproximadamente, el 50-70 % de las pacientes adolescentes con SOP asocian sobrepeso u obesidad y es motivo de preocupación que la incidencia del síndrome está en aumento (asociado a obesidad de predominio central) y que la insulinoresistencia, que es frecuente en pacientes obesas con un aumento del perímetro cintura y de la grasa visceral, puede empeorar las

manifestaciones metabólicas y reproductivas del síndrome.

Resulta fundamental modificar el estilo de vida de las pacientes, insistiendo en cambios en sus hábitos de alimentación e incremento del ejercicio. La pérdida de peso se traduce, en muchos casos, en la recuperación de la regla y la aparición de ciclos ovulatorios. El tratamiento farmacológico clásico para el control de los síntomas y signos del SOP son los anticonceptivos orales, especialmente cuando las pacientes solo presentan irregularidades menstruales. El efecto de los anticonceptivos orales sobre las reglas y el acné es evidente en 1-3 meses, y sobre el hirsutismo a los 6-9 meses. No obstante, a día de hoy se preconiza el tratamiento con fármacos alternativos con antiandrógenos como la espironolactona, y sensibilizantes de la insulina como la metformina dado que originan menos efectos secundarios y un mejor perfil metabólico y composición corporal que los ACO.

Escala de Ferriman-Gallwey: una puntuación >7 es diagnóstica de hirsutismo.



La escala Ferriman y Gallwey es un sencillo sistema empleado desde el año 1961 para cuantificar el nivel de hirsutismo. En esta escala se asigna un valor de 1 a 4 a la densidad del pelo terminal en cada una de las 9 áreas de referencia. El resultado de la suma de puntos que resulte inferior a 10 no se considera patológico, sino constitucional, entre 8 y 11 se considera hirsutismo leve, hasta 19 moderado y un índice igual o superior a 20 grave. Lógicamente, el gran problema de esta escala es la subjetividad.

Sobre l'obesitat infantil. Posicionament de l'OMS

Pepe Serrano Marchuet

Pediatre. Equip de pediatria
Alt Penedès/Garraf.

Una de les prioritats de l'OMS dins dels Objectius de Desenvolupament Sostenible està centrada en la prevenció i el control de les malalties no transmissibles. Entre els factors de risc per a la major part d'aquestes malalties, l'obesitat n'és determinant. Els nens que pateixen obesitat tenen moltes probabilitats de seguir-ho sent en l'edat adulta i de patir malalties cròniques.

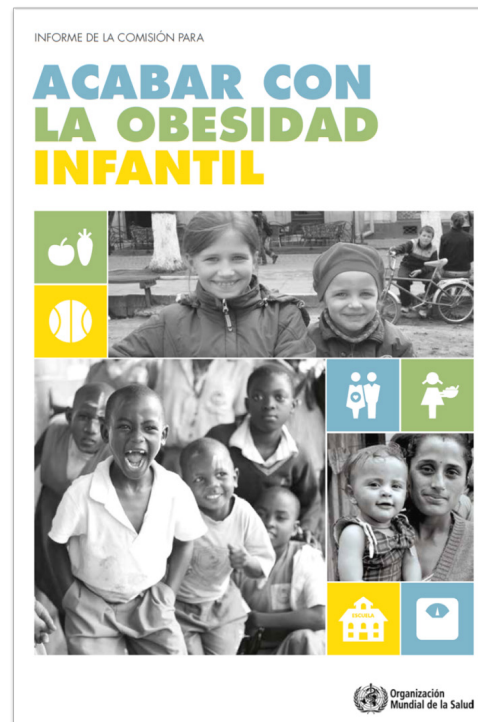
La prevalença de l'obesitat va en augment en tots els grups d'edat i en totes les poblacions. És molt alarmant que aquestes xifres es disparin en països de menor nivell de renda, on un gran nombre de nens creixen en el denominat ambient obesogènic, descrit com aquell que fomenta la ingesta calòrica elevada i el sedentarisme, provocant un obvi desequilibri energètic. Les respostes conductuals front a l'ambient obesogènic podrien estar determinades fins i tot en processos previs al naixement.

No hi ha cap intervenció aïllada capaç de frenar l'epidèmia de l'obesitat a la infància. Cal fer una avaluació de tres períodes que s'estimen crucials:

- La pre-gestació i l'embaràs.
- La lactància i la primera infància.
- Els darrers anys de la infància i l'adolescència.

La prevenció i el tractament de l'obesitat necessita un enfoc en el que totes les instàncies governamentals s'hi vegin implicades i en el que totes les polítiques de tots els sectors tinguin com a base estar encarades cap a la salut.

La comissió ha centrat l'interès en sis punts dels que en destaquen les següents mesures:





1. Aplicar programes integrals que promoguin la ingesta d'aliments sans i redueixin la ingesta calòrica.

- a. Garantir una informació adient i entenedora sobre nutrició.
- b. Establir un impost sobre begudes ensucrades. Taxa que al nostre país ha estat recentment aprovada.
- c. Reduir l'exposició dels nens a aliments malsans.
- d. Elaborar perfils de nutrients per a poder identificar els diferents tipus d'aliments.
- e. Normalitzar l'etiquetat d'aliments a nivell mundial.
- f. Exigir que en els entorns a on habitualment hi hagi nens, es creïn ambients d'alimentació sana.
- g. Incrementar l'accés d'aliments sans als grups de població desfavorits.



2. Aplicar programes integrals que promoguin l'activitat física i que redueixin els comportaments sedentaris.

- a. Facilitar orientacions sobre els bons hàbits d'activitat física i el son i l'ús adient de programes lúdics que comporten haver d'estar enfront de pantalles.
- b. Vetllar perquè a escoles i espais públics hi hagi instal·lacions on els nens puguin fer activitats físiques en les estones de lleure.



3. Integrar i enfortir les orientacions per a la prevenció de les malalties no transmissibles amb les pautes actuals per a l'atenció pre-gestacional i prenatal a fi i efecte de reduir el risc d'obesitat infantil.

- a. Diagnosticar i tractar la hiperglucèmia i la hipertensió durant l'embaràs.
- b. Supervisar i controlar l'augment de pes durant la gestació perquè sigui l'adient.
- c. Recalcar la importància d'una alimentació adequada a les futures mares i pares abans i durant l'embaràs.
- d. Evitar el consum i l'exposició a tabac, alcohol, drogues i altres productes tòxics.



4. Oferir orientació i recolzament a l'establiment d'una dieta sana i de pautes de son i d'activitat física durant la primera infància.

- a. Aplicar mesures normatives tals com el Codi Internacional de comercialització de sucedanis de la llet materna i les posteriors resolucions de la Assemblea Mundial de la Salut.
- b. Vetllar perquè tots els serveis de maternitat practiquin les deu passes cap a una lactància natural feliç.
- c. Promoure els avantatges de la lactància natural per a la mare i pel nen.
- d. Oferir tot el suport a les mares per a poder lactar a la feina.
- e. Regular el consum d'aliments amb alts continguts en greixos, sucre i sal en nens petits.
- f. Donar orientacions clares als cuidadors per a evitar els aliments d'alt contingut calòric i baixa aportació nutricional com ara llets i sucres ensucrats.

- g. Proporcionar orientacions clares als cuidadors per a esperonar el consum d'aliments sans, la dieta adequada i la mida apropiada de les racions.
- h. Vetllar perquè en les institucions oficials de cura d'infants només es serveixin aliments i begudes sans.
- i. Vetllar perquè en les institucions oficials de cura d'infants s'incorpori el pla d'estudis activitats d'educació sobre l'alimentació.
- j. Vetllar perquè en les institucions oficials de cura d'infants s'incorpori l'activitat física.
- k. Oferir orientacions sobre el temps que convé que el grup de 2 a 5 anys dediqui a la son, a activitats sedentàries, a l'activitat física i al joc actiu.



5. Aplicar programes integrals que promoguin entorns escolars saludables, coneixements bàsics en matèria de salut i nutrició i activitat física en nens i adolescents en edat escolar.

- a. Establir normes pels àpats que s'ofereixen a les escoles o pels aliments i begudes que s'hi venguin per tal que compleixin les directrius sobre alimentació saludable.
- b. Eliminar en entorns escolars el subministrament i la venda d'aliments malsans com les begudes ensucrades i els aliments d'alt contingut calòric.
- c. Garantir l'accés a aigua potable en les escoles i centres esportius.
- d. Exigir activitats educatives sobre nutrició i salut en el pla d'estudis bàsics de les escoles.
- e. Millorar els coneixements bàsics i competències dels progenitors i les cures en matèria de nutrició.
- f. Oferir classes sobre preparació d'aliments als nens als seus cuidadors i als progenitors.
- g. Incloure en el pla d'estudis de les escoles una educació física de qualitat.



6. Oferir a nens i joves amb obesitat, serveis per al control de pes corporal que reuneixin diversos components i es centrin en la família i en la modificació de l'estil de vida.

- a. Preparar i posar en funcionament els serveis adequats per al control del pes dirigit a nens i adolescents amb sobrepès o obesitat que reuneixin diverses disciplines (nutrició, activitat física i suport psico-social) centrats en les famílies i amb el suport d'equips multidisciplinaris de professionals amb formació i recursos adequats com a part de la cobertura sanitària universal.

L'OMS ens assenyala el camí a seguir. Nosaltres, com a professionals de la salut infantil, hauríem de donar el cop de mà definiu per a mobilitzar organitzacions i institucions per a que aquestes

directrius es segueixin de manera fidedigna i amb la major celeritat possible. Estem parlant de la més gran de les epidèmies que està fent estralls a la nostra població diana.

Accés a l'informe

PrevenGO: el programa per abordar l'obesitat infanto-juvenil

Marina Garcia Gonzalez

Infermera i nutricionista del servei d'endocrinologia



S'han destinat grans esforços i recursos sanitaris a la prevenció i tractament de l'obesitat i les seves complicacions: augment del risc per malalties cròniques com la diabetis, malalties cardíaques, hipertensió arterial, l'íctus, problemes ortopèdics i alguns tipus de càncer. Malgrat tot, la prevalença d'aquestes malalties ha augmentat de manera exponencial en les últimes dècades, convertint-se en una de les **primeres causes de mortalitat a nivell mundial**.

La població infantil és especialment vulnerable a una **mala alimentació** que, associada al sedentarisme, resulta en problemes d'obesitat en etapes molt primerenques de la vida.

El problema de l'obesitat infantil també té repercussions importants sobre la qualitat de vida del nen, tant a nivell físic (dificultat per respirar, trastorns del son, problemes ortopèdics, transpiració excessiva, inflamació d'extremitats inferiors i inclús trastorns menstruals en les noies) com a **nivell psicològic** (discriminació social, dificultat per relacionar-se amb els altres, baixa autoestima, introversió, etc.).

Parlem en xifres!

Les xifres d'obesitat infantil a nivell mundial segueixen augmentant de forma alarmant any rere any. Actualment 223 milions d'infants en edat escolar tenen excés de pes.

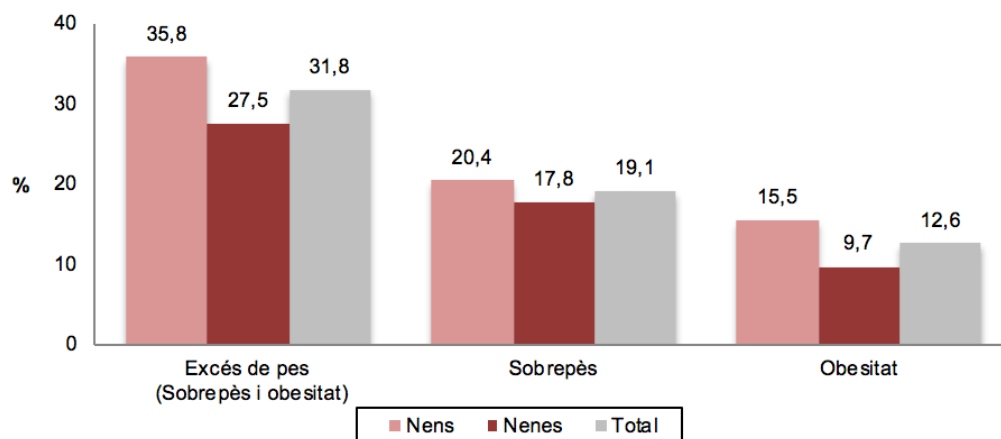
Si es manté la tendència actual, aquesta xifra pot arribar a 268 milions l'any 2025.

Segons dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya del 2015, la prevalença de l'excés de pes, sobrepès i obesitat en població de 6 a 12 anys per sexe, és la següent:

El 31,8% de la població de 6 a 12 anys té **excés de pes**:

- El **19,1% té sobrepès** (el 20,4% dels nens i el 17,8% de les nenes).
- El **12,6% té obesitat** (el 15,5% dels nens i el 9,7% de les nenes).

Encara que a curt termini l'obesitat infantil no s'associa a unes taxes de mortalitat elevades, sí que s'associa a un risc de mala salut en la vida adulta, i és un potent predictor de l'**obesitat en l'adult**, la qual cosa s'associa a un augment no només de la morbiditat sinó també de mortalitat



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

Què podem fer com a professionals de la salut?

Les principals causes desencadenants de l'augment de l'obesitat en la població infantil són els mals hàbits alimentaris i les noves formes de vida que comporten el **sedentarisme**.

Actualment, 4 de cada 10 infants té un estil d'oci sedentari.

Els horaris laborals dels pares, l'increment de les famílies monoparentals, la reducció del nombre de germans, etc. han afectat el comportament de les famílies i per tant dels infants en múltiples aspectes, inclosos el comportament alimentari i l'activitat física. Aquests canvis culturals sovint es tradueixen en mals hàbits de salut que predisposen a l'aparició de l'obesitat a edats primerenques.

Nombroses publicacions han demostrat que la modificació dels mals hàbits de vida alimentaris i sedentarisme amb l'objectiu d'aconseguir una disminució del pes corporal, és una estratègia vàlida per lluitar contra l'obesitat infantil i adulta.

Com a professionals de la salut tenim un paper important en la promoció d'hàbits de vida saludables i sobretot actuar en el major problema, que radica en **l'educació alimentaria de cada família**.

Les baules més importants perquè els infants aprenguin a no ser vulnerables en l'ambient obesogènic que vivim i no es deixin manipular per la continua publicitat alimentaria enganyosa són la **FAMÍLIA i L'ESCOLA**. Aquests "inputs"

obesogènics només els podem combatre estant ben informats i prenent consciència de que dita publicitat només captarà l'atenció de la societat més vulnerable, que sol ser la que està menys informada.

A l'Hospital Sant Joan de Déu hem dissenyat un **programa per l'abordatge de l'obesitat infanto-juvenil** anomenat **PrevenGO**, on s'inclouen tots aquells elements motivacionals i innovadors com sessions grupals teòriques aplicades a la pràctica diària, tallers de cuina on els infants i adolescents hi participen de forma activa, telemonitorització amb un dispositiu que mesura l'activitat física i l'atenció telemàtica. Totes aquestes accions estan conduïdes i moderades per un equip multidisciplinar, on la figura d'una infermera especialista en pediatria i nutricionista experta en obesitat infantil, és clau.

Aquest programa és exportable i reproduïble per qualsevol equip de salut que estigui interessat. Té un baix cost i una gran repercussió en els infants i adolescents com en les famílies.



A l'hora de dissenyar el programa vam tenir en compte les següents premisses:

- El canvi d'hàbits és més factible i reeixit en les edats més primerenques de la vida i s'aconsegueix amb estratègies dirigides al canvi d'hàbits de TOTA la família.
- Les estratègies combinades: modificació d'hàbits alimentaris i activitat física són més efectives. Amb adolescents, també es poden incloure altres factors com la cronobiologia (hores de son)
- La intensitat de la intervenció és un factor clau per a l'èxit (major intensitat més èxit)
- Per a la modificació d'un hàbit es requereix d'una motivació. El feed-back positiu reforça la modificació de l'hàbit. És de gran importància la monitorització per crear un feed-back positiu.
- Les sessions grupals (amb subjectes que es troben en la teva mateixa situació) ajuden al fet que l'estratègia sigui més efectiva.
- Per a la modificació d'hàbits s'ha de tenir en compte els múltiples factors i la necessitat d'un equip multidisciplinar expert a les diferents àrees de tractament (medicina, infermeria, nutrició humana i dietètica, educació física i esport, psicologia, etc.)
- És freqüent que els programes resultin efectius a curt termini (< de 6 mesos) amb empitjorament posterior als 12 i 24 mesos. És important, per tant, tenir en compte

una fase de manteniment més enllà dels 6 mesos.

- Les eines telemàtiques poden ser d'utilitat atès que ajuden a augmentar la intensitat de la intervenció, permeten l'accés 7x24x365 i aporten un feed-back personalitzat (motivació).
- La figura de la infermer/a actua de forma transversal durant totes les fases d'intervenció i manteniment. Aquesta és la persona que acompanya, motiva i guia a les famílies involucrades en aquest programa a desenvolupar canvis en l'estil de vida que puguin estar afectant en la seva salut i causant l'obesitat.
- Des dels Centres d'Atenció Primària (CAP), els professionals de la salut de referència, han de continuar donant suport a les famílies que han participat al programa. D'aquesta manera es consolida la fase de manteniment amb èxit ja que les famílies veuen que hi ha un seguiment de l'evolució dels infants.

Què podem fer per combatre l'obesitat infanto-juvenil?

Per combatre l'obesitat infantil, l'OMS advoca per la prevenció abans que la curació.

És per aquest motiu que les principals recomanacions han d'anar enfocades cap a corregir errors i reconduir l'alimentació perquè sigui saludable.

Errors	Recomanacions
Omissió de l'esmorzar	Planificar un esmorzar lleuger abans de sortir de casa (llet semidesnatada amb cereals), i fer un segon esmorzar a l'escola (un entrepà petit i una peça de fruita).
Baix consum de fruites, verdures i hortalisses	Substituir els suc de fruita per peces de fruita senceres. Introduir en tots els àpats principals verdures i amanides. Prioritzar el consum de fruita a les postres (macedònia natural, broquetes de fruita, etc.).
Elevat consum postres lactis (flams, natilles, gelats)	Limitar els postres làctics com flams, natilles i gelats i aconsellar el consum de làctics baixos en greix (com el iogurt natural o la llet)
Excés de consum d'aliments superflus (brioixeria, pastisseria, galetes, lllaminadures, etc.)	Canviar els aliments superflus per pa integral acompanyat de formatges baixos en greix, pernil, gall d'indi, fruita seca, etc.
Elevat consum de begudes ensucrades: suc de fruita, begudes de cola, batuts de xocolata, etc.	Potenciar com a principal font d'hidratació l'aigua. Les begudes ensucrades han de ser de consum esporàdic.

- Fer que els plats siguin **atractius**, sobretot quan el nen rebutja alguns aliments (verdures, peix, fruita, etc.).
- **Eliminar el greix visible** dels aliments proteics (la pell del pollastre, el greix visible de la vedella, del llom, etc.).
- Fomentar el **consum de fibra** mitjançant cereals integrals, llegums, fruites i verdures, ja que augmenten la sensació de sacietat.
- L'infant, sempre que tingui capacitat per fer-ho, **ha de responsabilitzar-se de la seva alimentació amb el suport de la família**, que haurà d'adaptar el menú familiar a l'alimentació saludable; si la família menja correctament, l'alimentació del nen es podrà adaptar fàcilment.
- No s'ha d'utilitzar l'alimentació per substituir necessitats emocionals ni per a gratificar el nen. **L'aliment no pot ser eina de premi ni de càstig.**
- Crear un entorn favorable: no comprar aliments que no siguin convenients per al nen, tenir sempre disponibles aliments saludables i evitar qualsevol conflicte durant l'àpat.
- **Mantenir l'activitat física:** un mínim de 60 minuts diaris d'activitat física d'intensitat moderada o vigorosa que sigui adequada per a la fase de desenvolupament, que consti d'activitats diverses i sigui motivadora per l'infant.
- Pels nens de fins a 10 anys es recomana que **dormin 10 hores**.

No ens hem de preocupar... però sí OCUPAR!

És la nostra responsabilitat com a professionals de la salut, educar a les famílies per generar uns bons hàbits de vida saludables, i així evitar que l'obesitat continuï afectant als infants.

Ser conscients de la problemàtica i oferir totes les eines necessàries a les famílies (fonts d'informació fiables i acreditades, suport nutricional des dels centres d'Atenció Primària, etc.), perquè puguin educar als seus infants i així arribar amb una bona salut en la vida adulta.

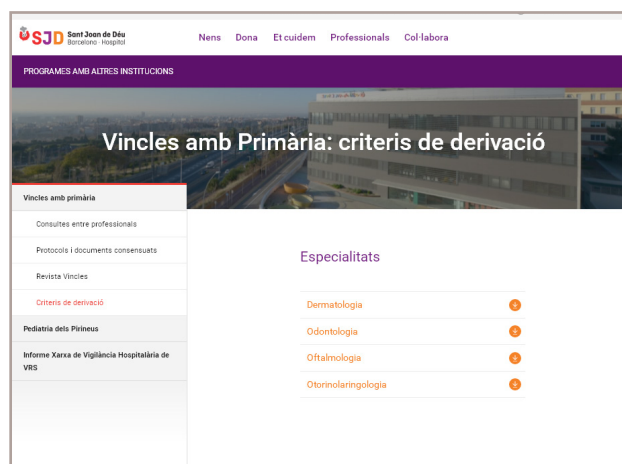


Bibliografia:

- Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. The Lancet, Volume 387, Issue 10026, 1377 – 1396. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30054-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30054-X).
- Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Childhood overweight and obesity. World Health Organization, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- Final report of the Commission on Ending Childhood Obesity. World Health Organization, 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf?ua=1.
- Fiscal policies for diet and the prevention of noncommunicable diseases. WHO, 2016. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/fiscal-policies-diet-prevention/en/>.
- Enquesta de salut de Catalunya. Comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya. Informe dels principals resultats 2015. http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca_2015.pdf.
- Rigolfas Torras, R. El sobrepès i l'obesitat en la infància. Infermera Virtual. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona; 2016 [accés 11 de desembre de 2016] Disponible a: http://www.infermeravirtual.com/cat/problemes_de_salut/malalties_trastorns/sobrepes_i_obesitat#tutorial-100-sobrepes_i_obesitat_en_la_infancia.

Criteris de derivació entre nivells assistencials per patologia pediàtrica

Josep Serrat
Programa Vincles



L'any 2015 vam iniciar el repte d'elaborar per consens entre professionals de l'Atenció Primària de Salut i de l'HSJD, uns manuals monogràfics, de format molt curt, per recollir els criteris de derivació entre nivells assistencials per patologia bàsica de diferents especialitats pediàtriques. El repte era definir pocs criteris però molt objectius, que delimitessin bé:

- El perímetre de resolució idònia per l'Atenció Primària de Salut.
- El paper del segon nivell d'atenció integrat en els serveis dels hospitals de proximitat.

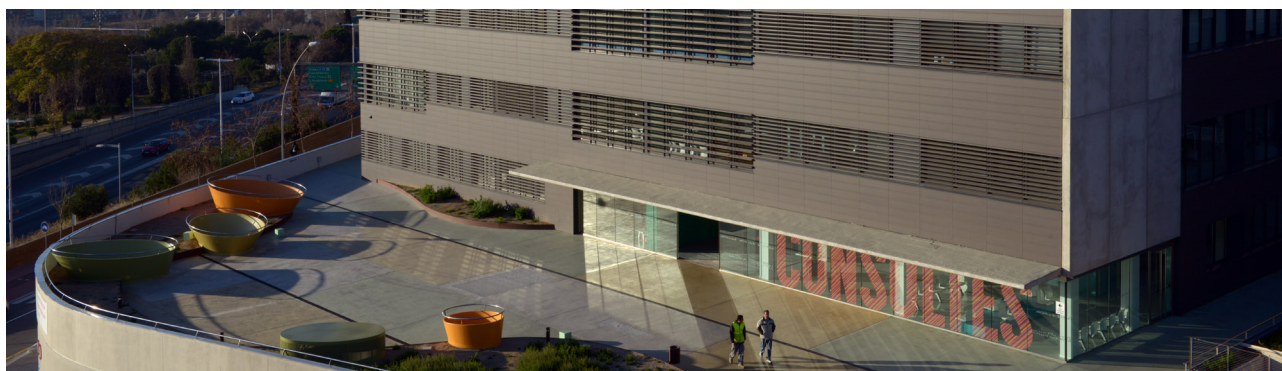
- El paper de l'Hospital Sant Joan de Déu com centre de referència per la complexitat.
- Els fluxos entre nivells segons la natura del procés clínic o el moment evolutiu del mateix.

Fins el moment present hem pogut definir els criteris per a 4 especialitats: **dermatologia, odontologia, oftalmologia i otorinolaringologia**.

El format del document està pensat per ser una guia d'orientació pràctica a la consulta, que us convidem a tenir-la present.

Trobareu l'enllaç a aquest document a l'adreça següent:

<https://www.sjdhospitalbarcelona.org/ca/vincles-amb-primaria-criteris-derivacio>



Monografia: “Prevenció i tractament del sobrepès i obesitat a pediatria”

Prevenció i tractament del sobrepès i l'obesitat a pediatria

Pautes de consens d'assistència primària de l'ICS
en coordinació amb l'Hospital de Sant Joan de Déu



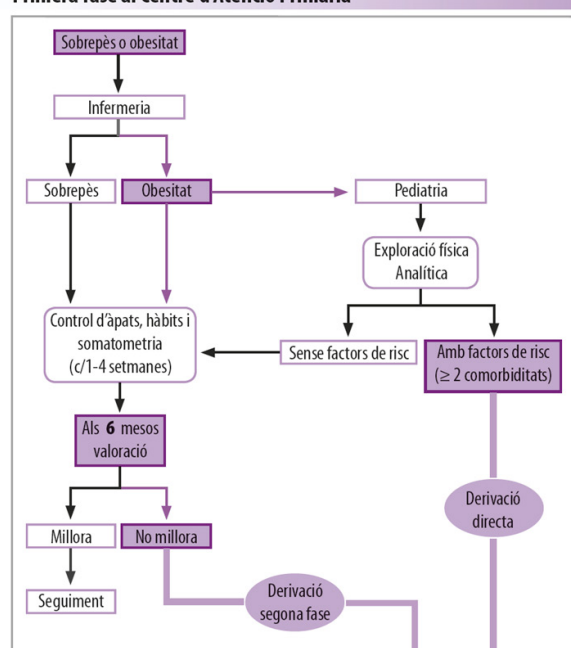
Institut Català de la Salut
Direcció d'Atenció Primària
Costa de Ponent

Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Esquerra de Barcelona

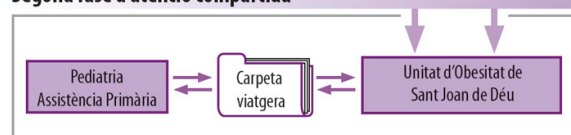
SJD
Sant Joan de Déu
Barcelona Hospital

Un programa en dues fases i un únic objectiu

Primera fase al Centre d'Atenció Primària



Segona fase d'atenció compartida

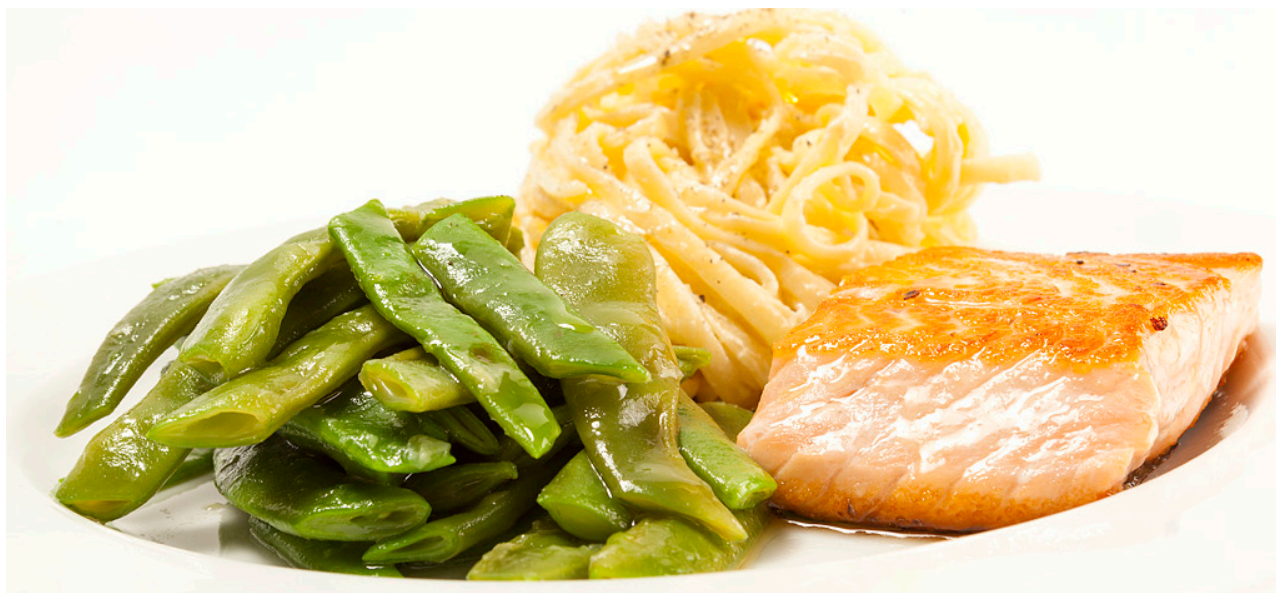


Aquest document recull el consens del grup de treball en l'actualització del protocol d'assistència conjunta, que es va presentar en la jornada celebrada el passat 8 de juny a l'Auditori de l'HSJD.

La monografia emmarca en primer terme la importància d'aquest problema de salut en el nostre entorn i fa un breu repàs a les comorbiditats associades: síndrome metabòlica, diabetis mellitus tipus 2, resistència a la insulina, alteracions del metabolisme lipídic, hipertensió arterial, afectació psicològica, complicacions gastrointestinals, afectació de l'aparell locomotor i, finalment, alteracions respiratòries.

El programa assistencial proposat per tot l'àmbit de referència de l'HSJD, té una durada de 18 mesos i es caracteritza per tenir: **“DUES FASSES I UN ÚNIC OBJECTIU”**.

[Enllaç a la monografia](#)



La **primera fase** es realitza íntegrament al Centre d'Atenció Primària, on es constata el diagnòstic, es realitza la valoració dels factors de risc, la primera visita d'infermeria i les visites de seguiment. Si el pacient presenta una evolució adequada es mantindrà el seguiment a aquest nivell. En cas de detectar-se l'existència de 2 o més factors de risc o una manca de millora als 6 mesos de seguiment és passa a la següent fase. La monografia detalla les intervencions específiques de cada part d'aquest procés assistencial.

La **segona fase** és una atenció compartida entre l'APS i l'HSJD, que es sustenta en la denominada "carpeteta viatgera". Per a concretar la derivació a l'HSJD s'ha establert un sistema de programació de visita a través del Call Center de l'HSJD. En aquest període, d'un any de durada, s'intercalen visites mensuals d'APS (mesos 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10 i 11) amb les visites hospitalàries (mesos 0, 6, i 12 per endocrinòleg; mesos 3 i 9 per nutricionista). La tasca de l'atenció especialitzada en aquesta fase és potenciar i aprofundir en els missatges impartits des del primer nivell.

La monografia ofereix les pautes de tractament, basades en els aspectes preventius, en el consell dietètic ofert amb pautes específiques adreçades a la millor negociació amb el nen i la família i la promoció de l'exercici físic. En aquest sentit s'ofereixen eines basades en la teràpia conductual i en el suport psicològic.

Finalment, al annexos podreu trobar les eines pel maneig a la consulta:

- Corbes de creixement de la Fundació Orbegozo.
- Taula de valors de la circumferència abdominal en nens i nenes.
- Nivell de tensió arterial en nens i nenes segons edat i percentil de talla.
- Pla d'alimentació saludable.
- **Full de registre setmanal d'àpats.**
- Recomanacions alimentàries en l'obesitat i sobrepès en nens i adolescents.
- Reintroducció de verdures.
- Per un esmorzar saludable.
- Per un berenar saludable.
- Un dinar o sopar saludable amb plat únic o amb dos plats.
- Propostes de variacions per a l'esmorzar i el berenar.
- Exemple de planificació de menús de dinars i sopars.
- Quantitats orientatives pel càlcul de les racions.
- Piràmide de l'alimentació saludable.
- Recomanacions per evitar l'excés de colesterol i triglicèrids.
- Taula de despesa energètica d'activitat física.
- **Full de registre dels controls successius.**

Enllaç a la monografia

Monografia: Urgències pediàtriques d'atenció primària coordinades amb l'Hospital Sant Joan de Déu



Es tracta de la segona edició, la primera es va publicar al 2015, on es donen les pautes de tractament per a l'atenció a les urgències des de l'Atenció Primària, consensuades amb el Servei d'Urgències de l'Hospital Sant Joan de Déu. Es manté el format de presentació de casos clínics a partir dels que s'ofereix i es raona l'algorisme d'actuació.

Les entitats clíniques tractades en aquesta segona edició són:

- Faringoamigdalitis aguda.
- Cos estrany en l'aparell digestiu.
- Infecció del tracte urinari.

- Pneumònia.
- Gastroenteritis aguda.
- Síncope.
- Taquicàrdia paroxística supraventricular.
- Cremades.
- Coixesa aguda.
- Cefalea aguda.

Durant la jornada celebrada el passat 30 de novembre es va poder repartir un exemplar del llibre, gràcies a una edició en paper feta expressament per l'ocasió. Us oferim pels qui no vàreu poder assistir-hi un **enllaç al document**:



El 28 de novembre va entrar en funcionament el nou CAP Vilafranca Nord

Vicente Morales

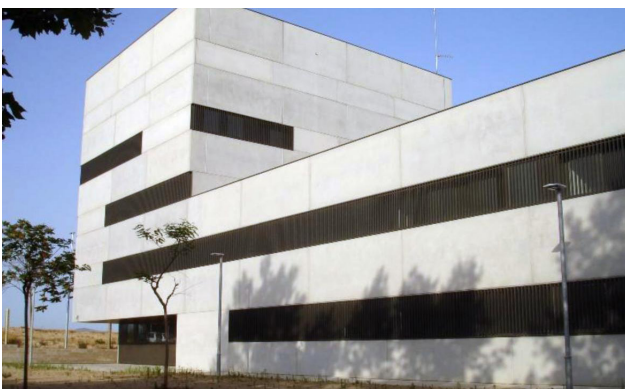
Director de l'Equip territorial de
pediatria de l'Alt Penedès i Garraf

Aquest nou equipament s'afegeix al ja existent a la vila, el CAP Alt Penedès, situat a la Plaça del Penedès. El nou CAP, un dels més grans de Catalunya, compta amb una superfície construïda de 5.700 m²

El nou Centre d'Atenció Primària, gestionat per l'Institut Català de la Salut, concentra part de l'Equip de Pediatria Territorial de l'Alt Penedès i atendrà a tota la població infantil del Sector Sanitari, uns 17.000 infants de 0 a 14 anys. Aquest conjunt de professionals presta serveis d'atenció sanitària integral, amb activitats preventives, d'educació sanitària, seguiment de les malalties agudes i cròniques i programes



d'atenció domiciliària. És de destacar que en el mateix CAP s'han integrat altres serveis com Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil, depenent de l'Hospital Sant Joan de Déu i d'altres serveis relacionats amb la salut com l'equip professionals de Medicina Familiar i Comunitària. Es preveu la propera incorporació d'altres serveis com el personal d'infermeria i atenció a la ciutadania, el servei de Rehabilitació Ambulatoria, el Centre de Salut Mental Adults, el Centre d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències i la seu territorial de l'Agència de Salut Pública de Catalunya.



5 minuts

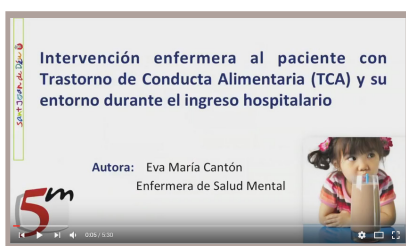
Sessions clíniques
infermeres

Cèlia Pujol

Infermera. Direcció
Equip de Pediatria Alt
Penedès



Sondatge nasogàstric i administració alimentació enteral



Intervención enfermera al paciente hospitalizado con trastorno de la conducta alimentaria

Per aquest número del VINCLES, dedicat a aspectes que tenen a veure amb la nutrició hem triat dos vídeos de molt alt interès, relacionats amb aquest àmbit:



- **“Sondatge nasogàstric i administració alimentació enteral”** En aquest vídeo les companyes de l'HSJD ens resumeixen en cinc minuts els consells bàsics per a la realització correcta de la tècnica del sondatge nasogàstric, pensant en el seu ús per l'administració de l'alimentació per via enteral: quin tipus de sonda és la més adequada per aquesta finalitat, els consells bàsics per a la seva col·locació, les normes de manteniment, els diferents sistemes d'alimentació enteral i les incidències més habituals juntament amb les seves solucions. Us convidem a veure'l i a recuperar aquesta tècnica!
- **“Intervención enfermera al paciente hospitalizado con trastorno de la conducta alimentaria”** El rol de la infermera en la Unitat de trastorn de la conducta alimentària és primordial, en el marc del tractament multidisciplinari que inclou la família i l'entorn immediat del nen/na. L'HSJD atén casos d'entre 8 a 18 anys d'edat, amb un protocol d'actuació basat en una normativa ben definida i que el/la pacient, la família i l'equip assistencial accepten a modo de contracte assistencial. Es destaca que per una bona evolució del cas és precís la implicació i la col·laboració de totes les parts.

Recordem que si voleu visualitzar totes les sessions, es pot accedir a través d'aquest link: <http://www.youtube.com/playlist?list=PLCE1125336F297118>. També podeu fer arribar qualsevol suggeriment a l'equip de 5' a través de l'adreça de mail: 5minuts@hsjdbcn.es

Cursos

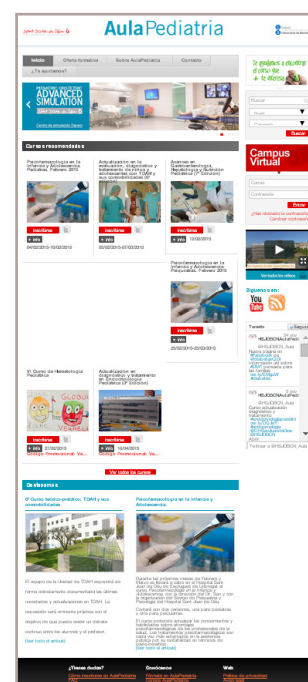
Aula de Pediatria
HSJD

El passat estiu es va activar una nova web que recull tota la formació vinculada a l'Aula de Pediatria Sant Joan de Déu.

<http://www.cursospediatria.net>

En el següent enllaç escurçat trobareu tot el cursos i jornades organitzats per l'Aula de Pediatria Sant Joan de Déu i que estan actius en aquests moments.

<http://goo.gl/O95Izr>



Curs de protocols 2016-17

Josep Serrat
Programa Vincles

Ja hem obert el nou Curs de protocols 2016_17 del VINCLES, amb la jornada dedicada a les Urgències Pediàtriques, celebrada el passat dia 30 de Novembre.

El curs va ser inaugurat per la Sra. Marisa Fernandez, adjunta a la Direcció dels Sectors Sanitaris de L'Hospitalet i Baix Llobregat centre i litoral del CatSalut.

A la jornada hi van assistir uns 100 professionals de pediatria de l'Atenció Primària i es va promoure un debat molt participatiu respecte dels casos presentats i molt intens en aspectes de farmacoteràpia.



Protocolarització i Actualització en Pediatria d'Atenció Primària de Salut.

Direcció del Curs
Dr. Jaume Perez Payarols

Dates
30 de novembre de 2016
22 de març de 2017
26 d'abril de 2017
24 de maig de 2017 i
14 de juny de 2017

Horari
De 10:00 a 14:00h

Lloc
Hospital Universitari Sant Joan de Déu
Esplugues de Llobregat
Barcelona



Us convidem a ésser-hi a les properes jornades, un cop haguem superat el període PIUC:

- 22 de març de 2017: **Patologia de la son.**
- 26 d'abril de 2017: **Criteris de derivació entre nivells en ORL.**
- 24 de maig de 2017: **Maneig de la patologia prevalent en dermatologia i criteris de derivació entre nivells.**
- 14 de juny de 2017: **Protocols de derivació en al·lèrgia pediàtrica.**

Enllaç a la informació del curs



Sóc pediatre!

Jaume Iglésias Solà

Pediatre



Sóc pediatre. Pediatre que ha treballat durant gairebé 40 anys en l'àmbit de la medicina pública de proximitat, acompanyant les famílies a tenir cura dels seus fills. La meva dedicació professional ha estat allunyada de l'hospital, malgrat la meva formació va ser de caire exclusivament hospitalari.

Durant aquests 40 anys de **pediatre de proximitat**, he viscut tres períodes ben definits que han marcat la meva vida professional: un primer, amb un desenvolupament de la professió a nivell individual; un segon, amb compromís col·lectiu i un tercer, amb una notable exposició pública.

1.L'inici. El perquè de tot plegat.

A l'estiu de l'any 70, com a conseqüència d'unes suplències a l'Hospitalet de Llobregat, vaig experimentar l'impacte més transcendent de la meva vida professional: descobrir l'existència d'una pediatria que res tenia a veure amb les experiències viscudes a l'entorn hospitalari.

Cues interminables de demandes d'atenció per patologies banals, controlades en un tu-

guri que servia com a despatx, acompanyades d'incomptables visites domiciliàries, feien que a l'acabar el dia et preguntessis si l'endemà series capaç de repetir i resistir aquella situació. Però, a partir de mig mes, vaig adonar-me que les famílies em coneixien pel meu nom i, fins i tot, algunes venien, amb l'excusa d'una pretesa tos, a consultar-me problemes personals i, en aquell entorn, vaig començar a viure el meu somni imaginari de pediatre.

Ja mai més res va a tornar ser igual. Fins al punt que a finals d'any vaig decidir renunciar a la plaça d'**adjunt a la Càtedra de pediatria** i acceptar una plaça com **pediatre eventual** en un dels barris de L'Hospitalet de Llobregat. Malgrat la pressió assistencial allà em vaig realitzar com a pediatre i com a persona.

A la dècada dels 70, la construcció de nous ambulatoris no va comportar canvis en l'organització assistencial, que va seguir amb les mateixes rutines. La incompatibilitat horària impedia la coincidència amb altres pediatres i el treball seguia sent solitari.



A l'any 77, superades les proves per poder optar a una plaça com a **pediatre titular** de l'Insalud, no vaig tenir cap dubte que el meu desig era seguir a l'Hospitalet.

Durant tots aquells anys, el treball aïllat, amb una assistència massificada, monòtona i de baixa complexitat, m'hauria condicionat una molt baixa autoestima si no hagués estat per les relacions humanes que vaig establir amb les famílies. Sentir-me útil i estimat era el premi a tanta exigència.

2.-La implicació col·lectiva

Aviat va resultar evident que, malgrat la motivació personal, necessitava un revulsiu i, de sobte, com un miratge, va aparèixer la proposta de Reforma de l'Atenció Primària (RAP 1985), a la que m'hi vaig integrar amb una enorme esperança i il·lusió, encapçalant els EAP Can Serra i més tard l'EAP Pubilla Casas.

La implantació d'aquell procés, però, no va reeixir. En primer terme perquè molts professionals van considerar que el model afectava les seves condicions laborals i van decidir no formar part dels nous equips. Per la seva part tampoc l'Administració no es va acabar de creure la RAP, de tal manera que no hi va destinar ni els recursos ni els esforços necessaris. Així, un conjunt de decisions polítiques i laborals inexplicables, acompanyades de la manca de pediatres, foren la causa que l'atenció pediàtrica es veiés enormement alterada. Per la majoria de pediatres dels EAP, la RAP, lluny de satisfer les expectatives professionals, va ser motiu d'insatisfacció professional i com a conseqüència va perpetuar l'individualisme per sobre de la consciència col·lectiva. Durant aquells anys que un pediatre liderés un EAP era una excepció.

Malgrat que tot plegat es podia considerar com un intent fallit, es van anar consolidant alguns fets transcendents. En el treball assistencial: la implantació de la Unitat Assistencial Bàsica, que per primera vegada aconseguia definir un equip de treball estable compost pel pediatre i la infermera pediàtrica. I en la globalització, la pediatria de l'Hospitalet s'obria al món exterior: a finals de la dècada establíem relacions amb Sant Joan de Déu, el nostre l'Hospital de referència.

3.-El compromís públic

A mitjans del l'any 2004 vaig acceptar l'oferiment del company Xavier Demestre, de participar en qualitat de vicepresident de l'Àrea professional a la junta de la Societat catalana de pediatria. Al poc temps, un imprevist de salut va apartar-lo de la presidència i em vaig trobar en la necessitat d'haver d'assumir-la. Malgrat les circumstàncies, ho vaig fer amb gran il·lusió i responsabilitat.

Aquest període va coincidir amb un profund malestar professional per la manca de pediatres i la falta de resposta de l'Administració. Calia treballar en la cerca de solucions adequades als nous reptes i engrescadores pels professionals, així es va consensuar amb l'Administració la redacció d'un Pla Estratègic (PE) que hauria de contribuir a reordenar l'atenció pediàtrica de proximitat a Catalunya.

Amb el PE ja consensuat i a les portes de ser aprovat, el Gerent de l'ICS va fer pública la intenció de modificar de manera substancial el model assistencial. Es tractava de substituir el pediatre de primària per metges de família. Aquella notícia, com no podia ser d'altra manera, va generar desconcert i un important estat de crispació. Es va viure una etapa convulsa de lluita mediàtica i institucional. Malgrat tot, finalment es va aconseguir que el PE es presentés oficialment el 20 de juny del 2007. Fruit del consens posterior, al gener del 2008, naixia el primer EAP de Pediatria Territorial a Vilafranca del Penedès, que no va rebre el reconeixement oficial fins el 2012.

Girant la mirada enrere, ens hem de seguir preguntant què havia passat durant aquests anys. Quins van ser els impediments reals que van ajornar el Pla Estratègic? L'ICS tenia realment interès en implantar el model territorial? Quina havia estat l'actitud dels pediatres, en general, respecte del PE? Havien manifestat interès, indiferència o rebuig per integrar-se en equips territorials? Al meu parer, és evident que l'Administració no va tenir un especial interès en implantar el nou model assistencial, però tampoc els pediatres podem defugir l'autocrítica individual i col·lectiva per la co-responsabilitat en aquell fracàs.

La meva visió de la pediatria de proximitat

Quan l'edat et separa de l'activitat assistencial del dia a dia, entres en una nova etapa vital, en la que emocionalment et ve de gust fer balanç de la trajectòria professional viscuda. La resposta a la pregunta **Què ha representat la pediatria en la meua vida?** ha estat clara des de sempre: fent de pediatre, pediatre de proximitat, he vist realitzats els meus somnis. Acompanyar les famílies a tenir cura dels seus fills ha resultat una font de gratificació personal insuperable. Ser útil i sentir-me estimat ha donat sentit a la meua vida professional i personal.

Malgrat tot, no puc deixar de pensar en aquells anys de treball, aïllat, amb una assistència massificada, monòtona i de baixa complexitat que, per moments, em provocava una profunda tristesa... fins que la mirada agraïda d'una mare

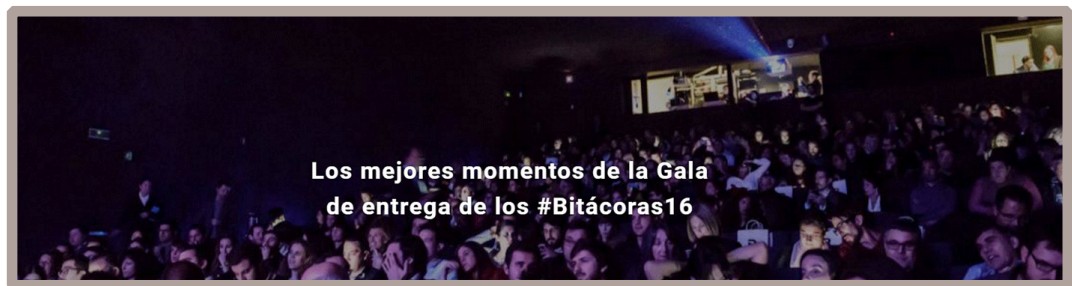


em retornava l'autoestima. No puc deixar de pensar que aquesta Pediatria de Proximitat, amb majúscules, mai no ha estat prou valorada en la seva justa dimensió, tant des de l'entorn social com del professional.

Els intents fracassats de reforma de la pediatria de proximitat, les conseqüències de la crisi econòmica i les seves reformes, gens entenedores i difícilment justificables, han generat una gran insatisfacció professional. Valorant això és quan més crec que la pediatria de proximitat ha de ser una opció vocacional que cal acompanyar-la d'excel·lència en el coneixement teòric i en la pràctica. Cal promoure capacitats resolutives, assumir responsabilitats, desenvolupar habilitats socials com la destresa en la comunicació i una bona capacitat d'empatia, tot plegat sense perdre la visió global del nen i el seu entorn.

Penso que aquestes fortaleeses específiques imprimeixen un caràcter propi a aquest àmbit assistencial, i hauran d'ajudar a superar el malestar professional i a poder donar l'impuls definitiu al canvi d'actitud de l'Administració i dels propis professionals.

En aquestes adreces podeu actualitzar els vostres coneixements de Pediatria:



Premios Bitácoras

Enllaç a la pàgina dels premi

El propassat 25 de novembre es va celebrar la gala de lliurament dels **premis Bitácoras**, el guardó més preuat que s'entrega als autors de blocs en el nostre país en diferents categories. Paga la pena comentar que enguany el **premi al millor bloc en la categoria de salut i innovació científica** va ser per a la M^a José Mas, amb el seu bloc **Neuronas en crecimiento** del

qual ja n'hem parlat en alguna ocasió en aquesta secció, però que no està de més recordar. Na M^a José aborda qualsevol tema del complex cervell infantil i del seu desenvolupament de tal manera que el converteix en un agradable text per a qualsevol que n'hi estigui interessat. Des d'aquí la nostra més sincera felicitació.

Bona feina Mariajo!



Mi reino por un caballo

Enllaç al bloc

Ha estat a punt d'entrar en la final dels *premios Bitácoras*, parlem del bloc d'en JM Lloreda, pediatre que escriu per afició i diversió sobre allò que li ve de gust quan li ve de gust, sempre amb una característica especial: ho

fa molt bé. Sota una certa perspectiva històrica ha abordat la major part dels temes pediàtrics. Si teniu una estona de més i ganes de fer ciència aquest hauria de ser un dels vostres blocs de capçalera.

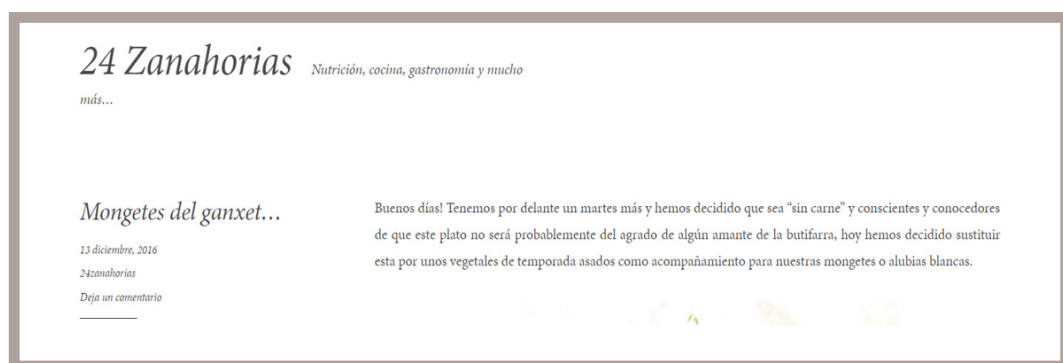


Equilibra't-Sílvia Romero

Enllaç al bloc

La Sílvia Romero, dietista-nutricionista, té un bloc en el qual sovint es parla d'obesitat infantil. Per la seva qualitat, pel seu sentit crític i pel caire quasi monogràfic en referència a l'obesitat d'aquest exemplar de la revista, ens ha semblat gairebé imperdonable no fer-li un lloc en la nostra secció.

La Sílvia diu les coses tal i qual les sent, sense embuts, una pràctica de la qual sovint ens en oblidem quan toquem certs temes.

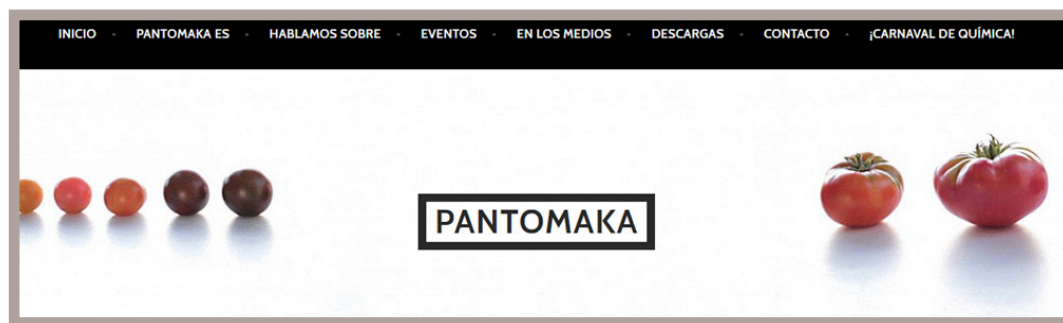


24 Zanahorias

Enllaç al bloc

És el bloc de la Catalina, una altra dietista-nutricionista de reconegut prestigi. Tot i tenir bons articles d'opinió sobre els més variats temes d'alimentació, molts d'ells infantils, té l'habilitat de posar sempre unes delicioses

receptes que, només mirar les meravelloses fotografies que els hi fa, ens fan salivar. Si teniu dubtes del què oferir a la família demà per a dinar feu-li un cop d'ull. No us decebrà.

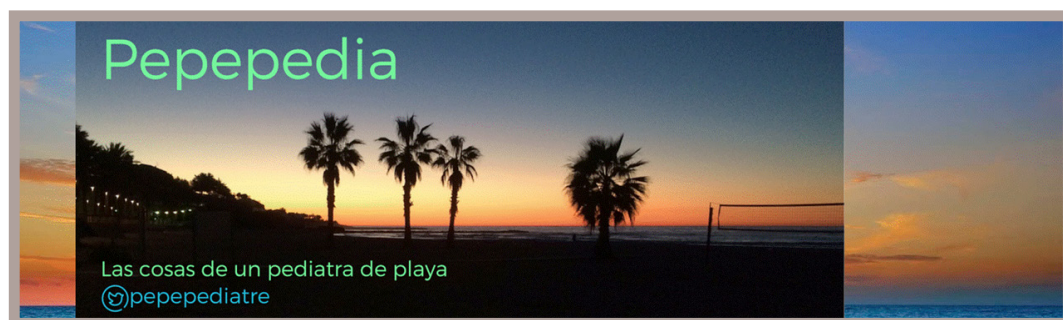


PANTOMAKA

Enllaç al bloc

Pantomaka és un col·lectiu de divulgació format per farmacèutics, pediatres i dietistes molt sensibilitzats també amb l'epidèmia de l'obesitat infantil, és per això que en el seu

bloc hi trobem sovint diversos abordatges a aquest tema. Furgueu entre els continguts i en traureu profit, us ho ben asseguro.



Pepepedia

Enllaç al bloc

Aquest és el bloc personal de qui des d'aquí us en dona coneixença de la resta. És un bloc sense massa pretensions a on s'afronten diversos temes de pediatria atenent a la

seva actualitat o per la seva freqüència. Perdoneu-me que m'hagi permès la llicència de "hablar de mi libro".

Jaume Iglésias: "Si tornés a néixer tornaria a ser pediatra... de proximitat"

Josep Serrat
Programa Vincles



Coincidim amb el Jaume a una granja prop de casa seu. Amb el cafè sobre la taula es confessa com un home de família, profundament català i culé.

Nascut l'any 1941 a Camprodon, fill de família humil molt maltractada per la guerra civil, va decidir abandonar els estudis als 12 anys per anar a treballar a una de les fàbriques de galetes del poble. La passió per la lectura li va fer veure als 16 anys que el seu món era massa petit, literalment encotillat entre les muntanyes del darrera i el riu del davant. Va ser a les hores quan se li va revelar el profund desig de ser pediatra i la necessitat de fer un canvi de rumb a la seva vida. Un cop ho va tenir clar, va emprendre una llarga cursa d'obstacles per recuperar el temps perdut, que finalment el va portar a integrar-se, com a metge adjunt, a la Càtedra de Pediatria del Dr. Cruz.

Com recorda la seva època d'estudiant de Medicina?

- "Eren temps econòmicament difícils per a mi i la meua família, i políticament convulsos en el nostre país. Jo vaig poder estudiar gràcies a la concessió de beques que em garantien el manteniment bàsic i em vaig dedicar molt intensament al meu objectiu de ser pediatra. En acabar la carrera el Professor Cruz em va posar al davant un contracte de Metge Resident que vaig firmar sense pensar-m'ho. En aquella època, ser resident volia dir menjar i dormir a l'hospital i estar disponible les 24 hores els 365 dies de l'any. A l'acabar la residència, al 1970, em vaig incorporar com metge adjunt a la Càtedra de Pediatria".

Però vostè s'ha dedicat a la l'Atenció Primària...

- "Sí. Jo d'adjunt d'hospital vaig durar 6 mesos, de juny a novembre. Recordo quan li vaig comunicar la meua renúncia al Dr. Cruz i ell em deia: "Jaime, usted sabe que aquí tiene futuro". Jo, però, ja havia fet unes suplències a L'Hospitalet

i sabia que el meu projecte professional era la pediatria de proximitat”.

Vol dir d'Atenció Primària...?

- “Sí, segurament volem dir el mateix, però a mi m'agrada més el concepte de proximitat, similar a la botiga de barri que, fora d'hores, també manté la persiana mig oberta. De fet, quan estava en actiu, pràcticament cada vespre feia alguna trucada a casa d'un nen/a que em preocupava especialment. La meva trucada era molt ben valorada per la família, però haig de reconèixer que també era important per la “meva pròpia” tranquil·litat.

Parli'm de la seva família

- “La meva família és molt nombrosa, però el nucli, nucli... som 15. La meva dona, 3 fills amb les seves parelles i 7 nets. La meva vida té tres o quatre motors que m'han ajudat a transitar-hi, però la meva família és en darrer terme el que la justifica i li dona sentit”.

“Sempre m'ha motivat i em seguirà generant neguit el poder participar de projectes socials en suport a les persones vulnerables...”



Quin han estat aquests motors?

- “El principal ja l'hem comentat: l'aspiració de ser un pediatra de proximitat. La docència també m'ha donat moltes satisfaccions. Durant molts anys he impartir classes al col·lectiu infermer i sempre ho he vist com una gran oportunitat per a transmetre, més enllà del coneixement, la part humanista de la nostra professió.

Però no tot és passat! – Em mira fixament amb un somriure. Sempre m'ha motivat i em seguirà generant neguit el poder participar de projectes socials en suport a les persones vulnerables. Tinc records inesborrables de petites col·laboracions que a mi m'han deixat una gran empremta. Entre d'altres ara em ve al cap un projecte solidari d'educació per a la salut per a famílies immigrades al barri del Raval de Barcelona.



Em considero també un home de país. Recordo que d'estudiant, molt al final de la carrera i en ple franquisme, vaig ser expedientat pel meu activisme catalanista. He tingut la sort de poder conèixer a l'Ernest Lluch (veí, amic i pare de pacients meus). He viscut de prop la famosa "Caputxinada". He estat vinculat a Omnium Cultural i ara a l'Assemblea Nacional de Catalunya. En aquest sentit penso que estem vivint uns moments molt crítics i interessants en els que jo hi tinc moltes expectatives".

A què dedica el temps lliure...?

- "Les meves passions són la lectura, la fotografia i l'escriptura. Si m'haguessis de fer una caricatura m'hauries de pintar amb un llibre a una mà, una màquina de fotografiar a l'altra i un PC al meu davant.

Si parlem de lleure també hauríem de considerar el golf i els viatges. –Em confessa que cada 3 mesos, juntament amb la seva dona que també està jubilada, fan un viatge pel món".

Quin llibre llegeix actualment?

- "Un amic meu, l'Antoni Lloret, em va donar un exemplar del seu llibre "Max i Odile, raó i passió" a canvi de donar-li la meua valoració (encara pendent). Tracta de l'estupidesa humana i de les veritats inventades. És un llibre que convida a qüestionar-s'ho tot".

*"Les meves passions són
la lectura, la fotografia i
l'escriptura..."*

Començant pels seus **orígens gironins** i fins arribar al llibre que ara està llegint, el Jaume m'explica molts més detalls de la seva vida que per aquest article no venen al cas. – "Ara ets una de les persones que saben més de mi" –, em diu. És un home **viu, alegre**, amb **hàbits saludables**, que ha sabut fer una **transició natural cap a la jubilació** i que durant tota la vida s'ha mogut pels mateixos principis: la **cultura de l'esforç**, el **respecte per l'altre**, el desig de **ser útil** i de **sentir-se estimat**.

Efectivament el Jaume és una persona estimada per la seva família, pels seus companys i per la gent de L'Hospitalet, on ha desenvolupat tota la seva carrera de pediatre de proximitat. Quan es passeja per aquesta ciutat els seus pacients, ara ja adults, es paren per saludar-lo. En una ocasió, em comenta, fins i tot un conductor d'un bus municipal es va parar, literalment, a abraçar-me. El passat 2012 l'Ajuntament de L'Hospitalet va voler reconèixer la seva tasca, i per iniciativa popular li va atorgar la **Medalla de Distinció Ciutadana**.



Els membres del Comitè de Redacció desitgem que el contingut d'aquest **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

jserrat@sjdhospitalbarcelona.org

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

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

<http://www.sjdhospitalbarcelona.org/ca/vincles-amb-primaria>

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

<http://www.sjdhospitalbarcelona.org>

Comitè de redacció

• Josep Anton Serrano. Metge Pediatre ICS. • Manel Enrúbia. Director Centre d'Atenció Pediàtrica Integral de Barcelona Esquerra. • Jordi Joan Fàbrega. Webmàster / Tècnic comunicació de l'HSJD. • Yolanda Fernández. Coordinadora Servei d'Urgències HSJD. • Albert Moltó. Periodista. Cap de comunicació de l'HSJD. • Francisco Vicente Morales. Metge pediatre. Direcció Equip de Pediatría Alt Penedès. • Jordi Pou. Professor Titular i Coordinador Àrea Pediatría U.B. Coordinador Docent HSJD-AP. • Cèlia Pujol. Infermera. Direcció Equip de Pediatría Alt Penedès. • Glòria Rius. Cap Infermera Procés ambulatori HSJD. • Marisa Serra. Metgessa. Adjunta a la Direcció de Planificació de l'HSJD. • Josep Serrat. Metge MFIC. Adjunt a la Direcció Mèdica de l'HSJD. • Josep Lluís Vega. Metge cirurgià. Adjunt a la Direcció Mèdica de l'HSJD.

La informació relativa a aspectes diagnòstics i terapèutics que es publica a **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.