

vinclòces

PEDIATRIA TERRITORIAL





ÍNDEX

Editorial

- CAP A ON ANEM? El model d'atenció pediàtrica en l'àmbit de l'atenció primària i comunitària 04

Serveis a prop teu

- Nova Unitat de Salut Mediambiental Maternoinfantil 07
- Escola de Salut, nova plataforma per a la capacitat de famílies d'infants amb malalties i futures mares 08
- RESCCUE, un projecte per crear espais segurs i prevenir la violència domèstica i en línia en infants i adolescents..... 09

Coneixement

- Els efectes de l'ús de pantalles digitals en el neurodesenvolupament en la primera infància..... 11
- Neurodesarrollo, conducta y emociones 16
- Enfermedad Rara: Síndrome de Elher Danlos 18
- Toma de Agudeza Visual (AV) en pacientes pediátricos..... 24
- Actualizació de vacunes antineumocòciques a pediatria 27
- Justificación del cribado universal del TEA en Cataluña..... 30

Atenció comunitària

- Educació nutricional grupal 34

Nou a Vincles

- Criteris de derivació al Servei d'Al·lèrgologia 37
- Criterios de derivación a hematología y protocolos de atención básica 37

Formació i recerca

- Cas clínic: Alteració aguda del comportament en un adolescent..... 39
- Oferta formativa Aula 42
- Ensayo clínico para niños de 18 a 30 meses con señales de alarma para TEA. 44

Ciència i humanisme

- Celebració dels 50 anys de l'Hospital Sant Joan de Déu a Esplugues..... 46

Posant en Valor

- Entrevista amb: Òscar Mercadé Garcia 49

CAP A ON ANEM?

EL MODEL D'ATENCIÓ PEDIÀTRICA
EN L'ÀMBIT DE L'ATENCIÓ
PRIMÀRIA I COMUNITÀRIA

Elba Clots Figueras

Pediatra
ETAP del Garraf

Anna Gatell Carbó

Pediatra
ETAP del Garraf

4

El passat 18 de desembre de 2023 el Departament de Salut va presentar el **Model d'atenció pediàtrica en l'àmbit de l'atenció primària i comunitària** amb el suport de la Societat Catalana de Pediatria (SCP) i l'Associació Catalana d'Infermeria Pediàtrica (ACIP).

El Departament de Salut desplegarà al llarg de 2024 el model basat en equips territorials de Pediatria. El model organitzatiu dels equips de pediatria de l'atenció primària i comunitària proposa la creació d'equips territorials d'atenció pediàtrica (ETAP) en l'àmbit que delimiti cada regió sanitària.

Cada ETAP estarà format per professionals d'atenció pediàtrica de diverses àrees bàsiques de salut (ABS) –idealment, compartiran un mateix hospital de referència– que s'organitzaran per treballar formant un sol equip i així poder respondre a les necessitats del conjunt de la població pediàtrica de les diferents ABS que l'integren.

Aquests equips, amb una direcció pròpia, estaran formats per pediatres i infermeres pediàtriques, a més d'altres especialistes en atenció als infants i adolescents, com ara treballadors socials, odontòlegs, auxiliars de cures, dietistes, psicòlegs i administratius sanitaris.

El nombre de professionals que integrin cada equip variarà en funció del territori, tenint en compte factors com la dispersió geogràfica i la vulnerabilitat social i econòmica.

En l'actualitat hi ha 25 ETAP que ja estan en funcionament. S'ha de destacar l'èxit dels equips territorials que ja funcionen amb aquest model des de l'any 2008, amb resultats positius i alta satisfacció tant per part de la ciutadania com dels i de les professionals que en formen part. Cal dir que la falta de personal també és un dels motius que porta a consolidar aquest model.

Els ETAP podran desenvolupar la seva activitat en un sol edifici o bé tenir diferents seus corresponents als diferents centres d'atenció primària on treballen els professionals que l'integren. En el cas dels ETAP amb diferents seus, els seus membres s'organitzaran per garantir una atenció amb perspectiva territorial i treballaran en equip en tots els àmbits (formació, relació amb l'hospital de referència, organització de cobertures, gestió de recursos personals i materials, etc.), de la mateixa manera que ho farà un ETAP ubicat en un sol edifici.

El fet que els ETAP estiguin organitzats en un sol centre o en diferents depèn de les característiques socioeconòmiques, geogràfiques i de dispersió de cada territori.

Cada ETAP haurà de disposar d'un equip directiu pediàtric propi, amb autonomia de gestió i amb responsabilitat tant en els resultats assistencials i de salut com en la gestió econòmica. D'aquesta manera hi podrà haver més autonomia alhora de treballar i organitzar-se; podent centrar els esforços en els infants i adolescents.



El model també incorporarà la possibilitat de ser flexibles en l'edat del pas de l'adolescent a l'equip de medicina familiar i comunitària. Caldrà adaptar i personalitzar l'edat en què es produeix aquesta transició en casos determinats de major vulnerabilitat i/o complexitat detectades pels professionals de referència.

El model pretén millorar l'atenció als nens i adolescents, amb l'objectiu d'oferir una assistència més equitativa i de major qualitat. La coordinació entre diferents professionals de la Pediatria possibilitarà un treball en xarxa que enriqueixrà l'assistència als infants i adolescents. En els ETAP ja en funciona-

ment s'ha comprovat que treballar en equip millora la formació conjunta, permetent una unificació en la formació, les eines de diagnòstic i els tractaments; això es tradueix en una major capacitat resolutiva. Cada vegada es valora més la subespecialització dels equips, amb la incorporació de personal expert en diversos àmbits de la pediatria. Els equips de pediatria aspiren a garantir una formació continuada i una recerca constant, elements claus per a una assistència de qualitat.

Així que durant aquest any podrem objectivar el desplegament del model i podrem començar a valorar els nous canvis.

SERVEIS A PROP TEU

Nova Unitat de Salut Mediambiental Maternoinfantil



7

En els darrers anys, diverses organitzacions científiques han manifestat la seva preocupació per la contaminació que pateix el nostre planeta. Els principals afectats per aquesta degradació ambiental són els infants, i si no fem res al respecte, ho seran més les generacions futures. En els menors de cinc anys es trobem fins a un 88% de la càrrega de malalties atribuïbles al canvi climàtic, afectant la seva qualitat i esperança de vida.

La població infantil i les dones embarassades són especialment vulnerables al medi on viuen, per les seves característiques físiques, biològiques i conductuals. Per tots aquests motius, l'abordatge mediambiental de la salut infantil és urgent i imprescindible. Amb aquest objectiu, l'Hospital Sant Joan de Déu ha creat dins de l'[Àrea de Pediatria](#) i en col·laboració amb l'[Àrea de la Dona](#), la Unitat de Salut Mediambiental Maternoinfantil.

La nova unitat centra els seus objectius en:

- L'assistència a pacients i col·lectius amb necessitats concretes en relació amb la salut mediambiental
- La formació en salut ambiental a altres professionals sanitaris
- La investigació clínica
- La divulgació a la comunitat i l'assessorament a agències locals, nacionals o internacionals

La Unitat de Salut Mediambiental de l'Hospital Sant Joan de Déu és la tercera que es crea a l'estat espanyol (n'existeixen a Múrcia i Olot) i està liderada per la [Dra. Elena Codina](#), coordinadora del grup de treball específic en salut mediambiental de la Societat Catalana de Pediatria (SCP) i secretària del Comitè de Salut Medioambiental de la Asociación Española de Pediatría.

Entre les primeres accions impulsades, la Unitat ha realitzat activitats de divulgació a famílies facilitant eines i consells

per millorar la seva salut mediambiental familiar, ha iniciat diversos projectes de recerca sobre la temàtica i ha participat en la redacció del [13è informe Faros "L'ambient i el seu impacte en la salut" maternoinfantil: a què ens enfrontem?](#). A més, el darrer mes de novembre va celebrar la [primera Jornada de Salut Mediambiental Maternoinfantil](#) de l'HSJD, adreçada a professionals sanitaris, residents, estudiants i a professionals d'altres àmbits interessats en la salut mediambiental.

Escola de Salut, nova plataforma per a la capacitat de famílies d'infants amb malalties i futures mares

L'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona ha creat l'[Escola de Salut](#), una plataforma web de promoció i educació per a la salut on les futures mares, i els infants que pateixen problemes de salut i les seves famílies troben continguts de valor per assolir una major capacitat en el maneig de la malaltia i afrontar el millor possible el procés que estan vivint.

Aquesta plataforma ofereix continguts elaborats per professionals de l'Hospital i amb un enfocament clarament educatiu sobre un ampli ventall de malalties maternoinfantils, sobre el seu diagnòstic i tractament. També inclou un espai amb consells i recursos per als cuidadors.

En el marc del [projecte Únicas](#) que l'Hospital està impulsant a Espanya, l'Escola de Salut dedica una especial atenció a les malalties minoritàries i cròniques complexes que afecten els infants, amb l'objectiu de capacitar les famílies en la cura dels seus fills.

Aquests continguts, a més, serveixen com a material de suport per a les famílies dels pacients ingressats a [La Casa de Sofia](#), un dispositiu d'atenció intermèdia que l'Hospital va posar en marxa l'any 2021 en col·laboració amb l'Hospital de la Vall d'Hebron i el Consorci Corporació Sanitari Parc Taulí de Terrassa.

L'Observatori FAROS, a l'Escola de Salut

La nova plataforma, que es troba en la seva fase inicial, integra FAROS, el portal que l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona va crear fa més d'una dècada amb l'objectiu de promoure hàbits saludables i prevenció de malalties en la població maternoinfantil. A més, com a novetat, incorpora un **espai especialment pensat per a la comunitat educativa** amb recursos i continguts que els poden ser útils en l'exercici de la seva feina.

L'Escola de Salut ofereix a pacients, professionals de l'àmbit sanitari i educadors:

- Informació contrastada i validada per professionals sanitaris sobre les malalties, les proves diagnòstiques i els tractaments més rellevants en l'àmbit de la pediatria i la salut mental.
- Pautes i activitats formatives i espais d'intercanvi i relació per a pacients, famílies i cuidadors.
- Consells de salut.
- Informes de l'Observatori FAROS que analitzen en profunditat temes de salut infantil.

L'Escola de Salut és un projecte impulsat per l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, amb el suport del Servei Català de la Salut, i que neix amb l'aspiració d'esdevenir un espai digital de referència per a la cura de la salut maternoinfantil.

RESCCUE,

un projecte per crear espais segurs i prevenir la violència domèstica i en línia en infants i adolescents

Durant la pandèmia, amb les escoles tancades i els espais de lleure socials limitats, **els infants i adolescents van ser un dels col·lectius més afectats**, experimentant un augment de l'ansietat, problemes de salut mental i una major exposició a la violència domèstica i en línia.

Segons les estadístiques (*The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action*), **el risc de patir violència o ser-ne testimoni va augmentar fins a un 30%** en aquest col·lectiu durant la COVID-19, així com l'exposició a missatges abusius. Amb aquestes dades a la mà, un equip de l'**Hospital Sant Joan de Déu** va veure la necessitat de crear i recuperar espais comunitaris segurs per a infants i joves amb l'objectiu de prevenir la violència.

El projecte RESCCUE "[REcover Spaces for traumatized Children in CommUnity sEttings](#)", finançat amb fons de la Comissió Europea, té com a objectiu recuperar espais segurs per prevenir i detectar la violència contra els infants i adolescents. El projecte busca la implicació dels mateixos joves, però també del sector educatiu, del sistema d'atenció primària i del sistema de salut mental.

Els adolescents de la ciutat de Cornellà participen en la primera fase

El projecte compta amb la participació de l'Ajuntament de Cornellà de Llobregat, concretament del Departament de Polítiques d'Igualtat que ha facilitat la participació activa d'un grup de joves de l'Institut Joan Miró i dels Espais Joves de Riera Centre i Sant Ildefons en el co-disseny dels materials del projecte.

Fruit de les sessions de cocreació s'han dissenyat una sèrie de recursos didàctics innovadors que fomenten l'aprenentatge entre iguals.

Joc de taula PRINT and PLAY: Les Aventures RESCCUE. Creat per Marinva, experts en transformació

educativa a través del joc, i certificat per PDA Bullying com a recurs per superar l'assetjament entre iguals.

Un projecte amb la implicació de l'alumnat, el col·lectiu educatiu i les famílies

La primera fase pilot s'està desenvolupant durant el **curs escolar 2023-2024 en instituts d'educació secundària de Cornellà de Llobregat** i compta amb la participació activa de tot l'alumnat dels centres. A més també, s'ofereixen tallers als professionals de la comunicació educativa centrats en l'autocura i la creació de vincles amb els adolescents per crear espais segurs.

Com a part integral del projecte, s'estan realitzant sessions amb famílies, en les que s'aborden les dinàmiques familiars, oferint suport i eines per enfrontar situacions complexes i assegurar un entorn segur per als adolescents i joves. Es mesura la transferència de la metodologia amb una prova pilot a Roma a càrrec de l'equip de l'Hospital Pediàtric Bambino Gesù.

Tots els materials generats pel projecte RESCCUE estan disponibles a la pàgina web per a totes les escoles i entitats interessades, amb l'objectiu de proporcionar recursos valuosos i accessibles per al benestar i la prevenció de la violència entre els adolescents.

El projecte està liderat per Centre de Salut Mental Infanto Juvenil de Cornellà de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona · Institut de Recerca Sant Joan de Déu, centre CERCA, i compta amb la participació del Departament de Polítiques d'Igualtat de l'Ajuntament de Cornellà, la Universitat Oberta de Catalunya i l'Hospital Pediàtric Bambino Gesù de Roma (Itàlia).

CO NEI XE MENT

Els efectes de l'ús de pantalles digitals en el neurodesenvolupament en la primera infància

Autora:

Mireia Vidal Buxeda

R2 Infermeria Pediàtrica.
Hospital Sant Joan de Déu

Tutora:

M^a Carmen Cumplido Castillo

Hospital Sant Joan de Déu



11

1 Introducció: neurodesenvolupament

El neurodesenvolupament és un procés ordenat on el cervell va adquirint una organització creixent que es manifesta en noves habilitats funcionals, i un millor funcionament adaptatiu per a un desenvolupament humà positiu. Es pot avaluar des d'aspectes com el motor, sensorial, del llenguatge o social.

El cervell humà, a diferència d'altres espècies mamíferes, neix immadur i altament dependent de la seva mare i després del naixement continua desenvolupant-se enmig del medi que l'envolta. Aquesta característica és beneficiosa per estar interactuant i modificar-se per adaptar-se a l'entorn i poder generar un vincle matern intens, però també pot estar exposat a una sèrie d'agents nocius que poden ser perjudicials.

Durant aquest procés de desenvolupament constant existeixen períodes d'alta sinaptogènesi i

plasticitat cerebral. Poden ser períodes crítics curts en el temps on succeeix un canvi brusc en una àrea concreta del cervell, o poden ser períodes sensibles que es perllonguin en el temps i aparegui una adquisició gradual de funcions. Aquests últims períodes són els que es veuen més afectats per l'entorn i requereixen experiències per facilitar el desenvolupament.

En aquests períodes d'alta sinaptogènesi i plasticitat l'entorn és un factor determinant i requereixen experiències per facilitar el desenvolupament.

2

Què entenem per mitjans digitals?

Els mitjans digitals han anat canviant durant el pas del temps. Per poder fer una classificació senzilla els podem diferenciar entre els tradicionals on trobaríem la televisió, ràdio, diari o revistes... o els moderns on trobaríem els dispositius tàctils, telèfons o tauletes intel·ligents, televisió intel·ligent...

Una altra manera seria classificar en funció dels serveis que ofereix a l'usuari i l'abast de la interacció. En aquest cas ja no distingiríem únicament pel

dispositiu sinó pel contingut audiovisual. En primer lloc, tindríem els mitjans passius on l'usuari consumeix llegint, visualitzant o escoltant el que se li ofereix. Després tindríem els mitjans actius on l'usuari rep el contingut de manera holística estímulant múltiples sentits (vista, tacte, oïda...) i donarà l'opció al consumidor de poder prendre decisions sobre el contingut. Per tant, els mitjans actius ens ofereixen una interacció més personalitzada i estímuls més precisos.

3

Recomanacions de la OMS sobre l'ús de pantalles

L'OMS l'any 2019 va actualitzar les directrius publicades el 2015 sobre l'activitat física, el comportament sedentari i el son en menors de cinc anys. En aquest document es defineixen les recomanacions sobre el temps de sedentarisme i el temps de pantalles entre d'altres.



4

Exposició actual a les pantalles

A partir d'aquestes recomanacions diferents autors han intentat analitzar les hores que destinen els infants menors de cinc anys a l'ús de pantalles. La primera dada rellevant és l'edat d'accés a dispositius digitals que el 1970 se situava a quatre anys i actualment se situa a quatre mesos d'edat.

El 2011 el 52% d'infants de 0 a 8 anys tenia accés al mòbil. En només dos anys aquesta dada es va augmentar al 75%. Més del 50% dels infants no segueixen les recomanacions de l'OMS i el temps estimat se situa per sobre de les 2 hores al dia.



5

Efectes del ús de pantalles en el neurodesenvolupament en la primera infància

Diferents autors van estudiar la correlació entre l'ús de pantalles i les qualificacions en diferents qüestionaris psicomotors. Es van demostrar retards en habilitats socials, motricitat fina i grossa, solució de problemes i comunicació. La relació és proporcionalment inversa entre les hores d'ús de pantalles i les qualificacions en els qüestionaris.

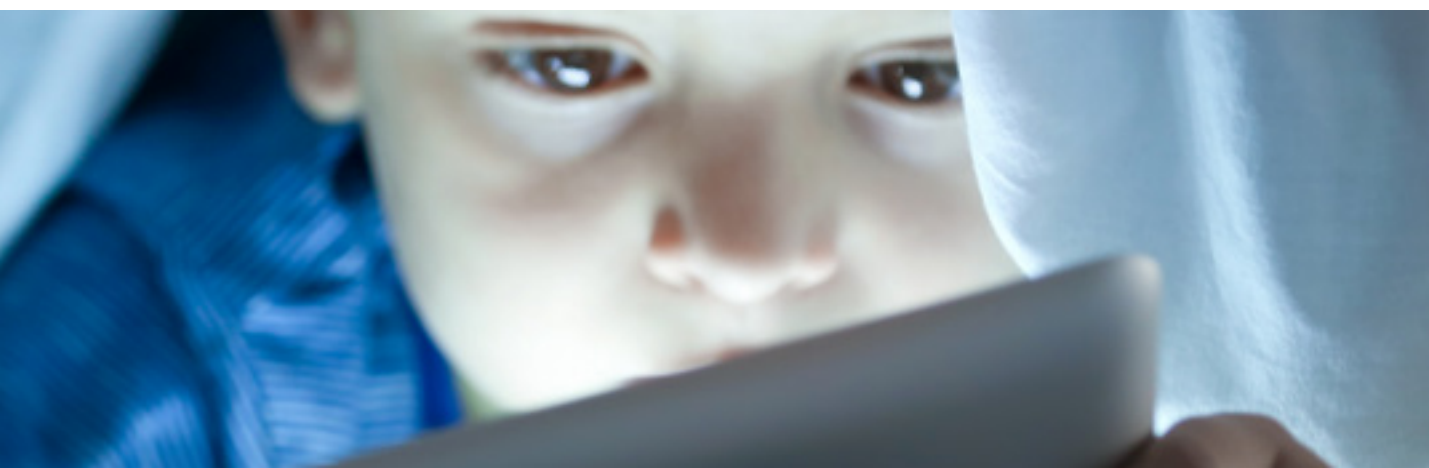
La relació és proporcionalment inversa entre les hores d'ús de pantalles i les qualificacions en els qüestionaris.

Conseqüentment, es van demostrar canvis en el comportament dels infants durant els primers anys de la infància. En aquells que passaven més temps davant de pantalles es van identificar símptomes d'externalització com impulsivitat, agressivitat o necessitat d'atenció i símptomes d'internalització com inseguretat, timidesa, ansietat o somatitzacions. Es va observar que les habilitats inhibidores, aquelles que fa capaçes de gestionar les emocions i pensaments per poder aturar-les i així poder posar atenció i raonar abans de respondre, també estaven disminuïdes en aquells nens majors de cinc anys que durant la primera infància havien consumit pantalles per sobre de les recomanacions.

Els nens en edats precoces poden ser sensibles a l'ús excessiu de dispositius digitals i causar aïllament en el nen, reduir el temps de relació mare-fill o interferir en la comunicació verbal i no verbal. La reducció del temps d'interacció entre mare i fill pot ser causat pels dispositius digitals tant en els nens com per part dels pares.

El temps emprat pels dispositius digitals substitueix altres activitats. Per tant, pot substituir moments d'estimulació neurocognitiva i adquisició d'habilitats o de relació amb adults referents o altres iguals. També pot disminuir les converses que s'estableixen amb adults que són origen del desenvolupament del llenguatge.

Per poder comprendre tots aquests efectes en el neurodesenvolupament dels nens i nenes és necessari entendre el mecanisme d'excitació fisiològica i la secreció de dopamina cerebral. L'ús extensiu de la tecnologia pot causar en el nen una cascada d'impulsos externs que sobreestimulin els centres de recompensa i retroalimentació de manera instantània. Aquesta allau d'estímuls causa una incapacitat del sistema cerebral central per controlar la seva pròpia atenció o les conductes d'autoregulació. Així doncs, és plausible que l'ús d'aplicacions de manera extensiva alteri les vies neuroquímiques que sostenen les funcions executives i això desembocchi en una alteració en el control d'impulsos.



6

Poden ser bones les pantalles digitals en els infants?

Com ja hem vist, les pantalles digitals tenen efectes sobre el neurodesenvolupament infantil sobretot en la primera infància. Però també hem de ser conscients que durant els últims anys l'accés de pantalles en totes les llars catalanes ha crescut exponencialment i en l'actualitat tots els nens neixen amb més d'un dispositiu en el mateix sostre. I davant d'aquesta realitat hem de poder extreure beneficis d'aquests dispositius per a ells.

Diferents estudis han demostrat que el contingut que arriba als infants a través d'estímuls de diferent índole es queda en el món tridimensional i no són capaços de traslladar-ho a la seva realitat. Per això la primera recomanació que podem donar per poder transformar aquest recurs en quelcom positiu pel seu neurodesenvolupament és que el contingut audiovisual es visualitzi amb un adult referent que interactui amb ell i el dispositiu i així poder portar a la realitat el contingut de la pantalla.

En segon lloc, la qualitat del contingut de les pantalles digitals és un factor diferencial. Perquè els dispositius digitals siguin una eina pedagògica i complementària amb altres estímuls convencionals, és necessari que sigui un producte de qualitat, estigui adaptat a l'edat de l'infant i l'objectiu

sigui l'estimulació concreta per l'adquisició d'habilitats o coneixements.

Finalment, diferents autors van arribar a la conclusió que els mitjans digitals moderns, com les pantalles tàctils, aportaven més estimulació en el neurodesenvolupament que els mitjans tradicionals. En la TV o la ràdio l'infant rep estímuls en l'àmbit auditiu i visual i ell és un espectador passiu. Altrament, en els dispositius moderns com les pantalles tàctils i les diferents aplicacions l'infant rebrà estímuls de manera holística i ja no serà un espectador passiu sinó que es converteix en el protagonista del contingut i podrà prendre decisions. Aquesta diferència comporta que el joc o l'aplicació és capaç d'adaptar-se a l'usuari que té davant i modificar el contingut per donar estímuls personalitzats a les seves necessitats.

Consell: La presència d'un adult referent per l'infant durant el temps d'ús de pantalles evita l'aïllament i ajuda a poder portar a la realitat el contingut de la pantalla.



I què podem fer com a professionals de la salut?

Davant d'aquesta realitat els pares i les famílies tenen davant nous reptes i noves eines, per tan nous dubtes per poder afavorir de la millor manera el neurodesenvolupament dels seus fills. Com a responsables i referents en salut, els professionals que atenem la població pediàtrica cal que ens formem per donar resposta i poder tenir recursos per informar i donar eines per uns bons hàbits digitals.

En primer lloc, és necessari una atenció precoç per poder detectar els hàbits digitals familiars i fer una bona educació per la salut. És important aprofitar els diferents encontres des del naixement de l'infant fins a l'adolescència per preguntar quants dispositius tenen a casa, si el fill és consumidor de pantalles, el número d'hores al dia, el tipus de contingut i l'ambient al voltant de l'infant durant el temps d'ús de pantalles.

Un cop hàgim comprès la realitat familiar de cada nen, podrem identificar els hàbits a reforçar i aquells que cal millorar o canviar. Per poder mo-

dificar els hàbits digitals en una família cal proporcionar recursos i informació de qualitat. Les diferents associacions de la salut han realitzat múltiples guies i recomanacions per a pares sobre l'ús de pantalles digitals. L'Acadèmia Americana de Pediatria va elaborar el "Family Media Plan" amb diferents recomanacions tant per a pares com pels diferents fills de la família segons la seva edat. L'Associació Espanyola de Pediatria també va elaborar el "Plan Digital Familiar" amb el mateix objectiu. D'altra banda, la Societat Catalana de Pediatria el 2024 ha elaborat una guia de recomanacions tant per professionals com per famílies.

Per tant, com a infermeres pediàtriques cal ser conscients d'aquesta nova realitat en la població infantil. Poder informar els pares sobre els beneficis que aporten aquestes noves eines si s'utilitzen amb uns bons hàbits, però també ser fermes en els efectes i conseqüències que poden tenir en el neurodesenvolupament si no se segueixen les pautes i límits que recomana l'evidència científica.

Bibliografia

1. McArthur BA, Volkova V, Tomopoulos S, Madigan S. Global prevalence of meeting screen time guidelines among children 5 years and younger: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2022;176:373. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.6386>.
2. Madigan S, Browne D, Racine N, Mori C, Tough S. Association between screen time and children's performance on a developmental screening test. *JAMA Pediatr* 2019;173:244–50. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.5056>.
3. McNeill J, Howard SJ, Vella SA, Cliff DP. Longitudinal associations of electronic application use and media program viewing with cognitive and psychosocial development in preschoolers. *Acad Pediatr* 2019;19:520–8. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.02.010>.
4. Moon J-H, Cho SY, Lim SM, Roh JH, Koh MS, Kim YJ, et al. Smart device usage in early childhood is differentially associated with fine motor and language development. *Acta Paediatr* 2019;108:903–10. <https://doi.org/10.1111/apa.14623>.
5. McArthur BA, Tough S, Madigan S. Screen time and developmental and behavioral outcomes for preschool children. *Pediatr Res* 2022;91:1616–21. <https://doi.org/10.1038/s41390-021-01572-w>.
6. Takahashi I, Obara T, Ishikuro M, Murakami K, Ueno F, Noda A, et al. Screen time at age 1 year and communication and problem-solving developmental delay at 2 and 4 years. *JAMA Pediatr* 2023;177:1039–46. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.3057>.
7. Rocha HAL, Correia LL, Leite ÁJM, Machado MMT, Lindsay AC, Rocha SGM0, et al. Screen time and early childhood development in Ceará, Brazil: a population-based study. *BMC Public Health* 2021;21:2072. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12136-2>.
8. Zhao J, Yu Z, Sun X, Wu S, Zhang J, Zhang D, et al. Association between screen time trajectory and early childhood development in children in China. *JAMA Pediatr* 2022;176:768–75. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.1630>.

Neurodesarrollo, conducta y emociones.

Dr. Marcelo Andrade Vigo

Pediatra de Consultas Externas de Pediatría General del HSJD y Referente Clínico del Programa Vincles amb Primària

16

El campo de la pediatría general es cambiante y está determinado por las necesidades de los niños, adolescentes y de sus familias. Los avances de la ciencia médica del siglo pasado - los antibióticos, las vacunas, la atención neonatal y los cuidados intensivos- han permitido la prevención y resolución de muchos problemas agudos de salud otrora frecuentes en la práctica pediátrica. Cada vez con más frecuencia las familias nos demandan por situaciones médicas que se incluyen dentro de la denominada **nueva morbilidad pediátrica**: pacientes con afecciones crónicas, distintos tipos de discapacidades, conductas disfuncionales y síntomas emocionales.

Si bien en ciertos aspectos el desarrollo se da durante toda la vida, el **crecimiento y el desarrollo** es lo que esencialmente diferencia a la pediatría de la medicina de los adultos. Los profesionales pediátricos de atención primaria son quienes se encuentran en una posición estratégicamente privilegiada no sólo para realizar la detección y el manejo inicial de estos problemas, sino también para evitarlos o disminuir su impacto a través de la implementación de medidas de prevención - primaria, secundaria y/o terciaria - y de promoción de la salud.

La **autorregulación** es la capacidad del organismo de responder de forma adecuada a los estímulos. Los niños se desarrollan al adquirir progresivamente **capacidades fisiológicas, emocionales, conductuales y cognitivas**. Las capacidades regulatorias se incrementan paulatinamente sobre todo durante los primeros años de vida, siendo los padres los principales moduladores de la autorregulación de sus hijos. **El desarrollo no es más que el incremento de las capacidades de autorregulación**. Cuando las capacidades autoregulatorias son superadas aparecen síntomas físicos, psicosociales, conductua-

les y/o cognitivos. A su vez el desarrollo adecuado de dichas capacidades permite una mejor adaptación y funcionalidad en la vida cotidiana. El desarrollo surge de la interacción entre las capacidades endógenas del individuo, el entorno físico y el entorno psicosocial -modelo del desarrollo eco-biológico-.

El **neurodesarrollo típico** se caracteriza por presentar perfiles normales en las áreas que lo componen: atención, habilidades psicosociales, capacidades cognitivas, memoria, lenguaje/lectoescritura, secuenciación temporal, orientación espacial, coordinación motriz y capacidad sensorial. Cada persona tiene un perfil del neurodesarrollo particular con fortalezas y debilidades de distinta magnitud en las diferentes áreas. Las deficiencias significativas en una o más áreas se manifiestan por problemas o trastornos del neurodesarrollo. Estas alteraciones causan **limitaciones funcionales, problemas de conducta y síntomas emocionales**.

Las alteraciones del neurodesarrollo son la patología crónica más prevalente en pediatría. En su conjunto, las limitaciones funcionales, los problemas de conducta y los síntomas emocionales afectan a un cuarto de la población infanto-juvenil.

Con frecuencia los niños y adolescentes afectados requieren un manejo inter o multidisciplinario con la participación de distintas disciplinas y especialidades: pediatras de atención primaria, personal de enfermería, maestros, neurólogos, psicólogos, psiquiatras, logopedas, rehabilitadores, psicopedagogos, musicoterapeutas, terapistas ocupacionales, nutricionistas, etc. El rol del pediatra general en este aspecto es fundamental, por lo que en la actualidad se considera que **la formación y la capacitación en pediatría de la conducta y del neurodesarrollo debiera ser un eje central y prioritario en la pediatría moderna** [1, 2, 3, 4].

Los retrasos o desviaciones sutiles del neurodesarrollo son difíciles de detectar y los pediatras debemos recordar que los padres son más sensibles que los profesionales para detectar las alteraciones. Dado que la **detección temprana** mejora el pronóstico, en la actualidad se recomienda además de la vigilancia realizada en cada encuentro médico, la realización de diversos test de pesquisa sobre todo para la detección de las alteraciones del lenguaje y del trastorno del espectro autista.

Las capacidades sensoriales son determinantes fundamentales de la funcionalidad, por lo que todo niño con alteración del desarrollo debe tener realizada una **evaluación auditiva y visual**.

Por último, es importante recordar que la presencia de comorbilidades es la regla más que la excepción en niños con alteraciones del neurodesarrollo.

1. Factores de riesgo biológicos para el desarrollo infantil

Factores	Factores de riesgo biológicos	Factores de riesgo psicosociales
Genéticos	• Anomalías cromosómicas • Alteraciones genéticas • Alteraciones metabólicas • Alteraciones de la función de la barrera hematoencefálica	
Perinatales	• Infecciones intrauterinas • Infecciones neonatales • Hipoxia perinatal • Hemorragia intraventricular • Infección por toxoplasma • Infección por citomegalovirus • Infección por herpes simple • Infección por sífilis • Infección por toxo	
Postnatales	• Infecciones neonatales • Infecciones de la infancia • Infección por toxoplasma • Infección por citomegalovirus • Infección por herpes simple • Infección por sífilis • Infección por toxo	
Factores de riesgo psicosociales		• Estrés materno • Estrés paterno • Estrés familiar • Estrés comunitario • Estrés social • Estrés cultural • Estrés religioso • Estrés político • Estrés económico • Estrés ambiental • Estrés tecnológico • Estrés digital • Estrés de la vida cotidiana • Estrés de la vida profesional • Estrés de la vida académica • Estrés de la vida deportiva • Estrés de la vida artística • Estrés de la vida científica • Estrés de la vida literaria • Estrés de la vida musical • Estrés de la vida teatral • Estrés de la vida cinematográfica • Estrés de la vida televisiva • Estrés de la vida radiofónica • Estrés de la vida editorial • Estrés de la vida de imprenta • Estrés de la vida de distribución • Estrés de la vida de venta • Estrés de la vida de consumo • Estrés de la vida de ocio • Estrés de la vida de tiempo libre • Estrés de la vida de vacaciones • Estrés de la vida de viajes • Estrés de la vida de migración • Estrés de la vida de adaptación • Estrés de la vida de integración • Estrés de la vida de convivencia • Estrés de la vida de convivencia con la familia • Estrés de la vida de convivencia con la comunidad • Estrés de la vida de convivencia con la sociedad • Estrés de la vida de convivencia con el mundo • Estrés de la vida de convivencia con la naturaleza • Estrés de la vida de convivencia con el cosmos • Estrés de la vida de convivencia con el universo • Estrés de la vida de convivencia con la vida • Estrés de la vida de convivencia con la muerte • Estrés de la vida de convivencia con la eternidad • Estrés de la vida de convivencia con la nada • Estrés de la vida de convivencia con el vacío • Estrés de la vida de convivencia con la soledad • Estrés de la vida de convivencia con la incomunicación • Estrés de la vida de convivencia con la indiferencia • Estrés de la vida de convivencia con la apatía • Estrés de la vida de convivencia con la desafección • Estrés de la vida de convivencia con la deslealtad • Estrés de la vida de convivencia con la traición • Estrés de la vida de convivencia con la infidelidad • Estrés de la vida de convivencia con la infamia • Estrés de la vida de convivencia con la vergüenza • Estrés de la vida de convivencia con la humillación • Estrés de la vida de convivencia con la afrenta • Estrés de la vida de convivencia con la injuria • Estrés de la vida de convivencia con la ofensa • Estrés de la vida de convivencia con la agravio • Estrés de la vida de convivencia con la injuria • Estrés de la vida de convivencia con la ofensa • Estrés de la vida de convivencia con la agravio

2. Factores de riesgo psicosociales para el desarrollo infantil

Factores de riesgo psicosociales	Factores de riesgo psicosociales
• Estrés materno • Estrés paterno • Estrés familiar • Estrés comunitario • Estrés social • Estrés cultural • Estrés religioso • Estrés político • Estrés económico • Estrés ambiental • Estrés tecnológico • Estrés digital • Estrés de la vida cotidiana • Estrés de la vida profesional • Estrés de la vida académica • Estrés de la vida deportiva • Estrés de la vida artística • Estrés de la vida científica • Estrés de la vida literaria • Estrés de la vida musical • Estrés de la vida teatral • Estrés de la vida cinematográfica • Estrés de la vida televisiva • Estrés de la vida radiofónica • Estrés de la vida editorial • Estrés de la vida de imprenta • Estrés de la vida de distribución • Estrés de la vida de venta • Estrés de la vida de consumo • Estrés de la vida de ocio • Estrés de la vida de tiempo libre • Estrés de la vida de vacaciones • Estrés de la vida de viajes • Estrés de la vida de migración • Estrés de la vida de adaptación • Estrés de la vida de integración • Estrés de la vida de convivencia • Estrés de la vida de convivencia con la familia • Estrés de la vida de convivencia con la comunidad • Estrés de la vida de convivencia con la sociedad • Estrés de la vida de convivencia con el mundo • Estrés de la vida de convivencia con la naturaleza • Estrés de la vida de convivencia con el cosmos • Estrés de la vida de convivencia con el universo • Estrés de la vida de convivencia con la vida • Estrés de la vida de convivencia con la muerte • Estrés de la vida de convivencia con la eternidad • Estrés de la vida de convivencia con la nada • Estrés de la vida de convivencia con el vacío • Estrés de la vida de convivencia con la soledad • Estrés de la vida de convivencia con la incomunicación • Estrés de la vida de convivencia con la indiferencia • Estrés de la vida de convivencia con la apatía • Estrés de la vida de convivencia con la desafección • Estrés de la vida de convivencia con la deslealtad • Estrés de la vida de convivencia con la traición • Estrés de la vida de convivencia con la infidelidad • Estrés de la vida de convivencia con la infamia • Estrés de la vida de convivencia con la vergüenza • Estrés de la vida de convivencia con la humillación • Estrés de la vida de convivencia con la afrenta • Estrés de la vida de convivencia con la injuria • Estrés de la vida de convivencia con la ofensa • Estrés de la vida de convivencia con la agravio • Estrés de la vida de convivencia con la injuria • Estrés de la vida de convivencia con la ofensa • Estrés de la vida de convivencia con la agravio	• Problemas maternos • Estrés materno • Estrés paterno • Estrés familiar • Estrés comunitario • Estrés social • Estrés cultural • Estrés religioso • Estrés político • Estrés económico • Estrés ambiental • Estrés tecnológico • Estrés digital • Estrés de la vida cotidiana • Estrés de la vida profesional • Estrés de la vida académica • Estrés de la vida deportiva • Estrés de la vida artística • Estrés de la vida científica • Estrés de la vida literaria • Estrés de la vida musical • Estrés de la vida teatral • Estrés de la vida cinematográfica • Estrés de la vida televisiva • Estrés de la vida radiofónica • Estrés de la vida editorial • Estrés de la vida de imprenta • Estrés de la vida de distribución • Estrés de la vida de venta • Estrés de la vida de consumo • Estrés de la vida de ocio • Estrés de la vida de tiempo libre • Estrés de la vida de vacaciones • Estrés de la vida de viajes • Estrés de la vida de migración • Estrés de la vida de adaptación • Estrés de la vida de integración • Estrés de la vida de convivencia • Estrés de la vida de convivencia con la familia • Estrés de la vida de convivencia con la comunidad • Estrés de la vida de convivencia con la sociedad • Estrés de la vida de convivencia con el mundo • Estrés de la vida de convivencia con la naturaleza • Estrés de la vida de convivencia con el cosmos • Estrés de la vida de convivencia con el universo • Estrés de la vida de convivencia con la vida • Estrés de la vida de convivencia con la muerte • Estrés de la vida de convivencia con la eternidad • Estrés de la vida de convivencia con la nada • Estrés de la vida de convivencia con el vacío • Estrés de la vida de convivencia con la soledad • Estrés de la vida de convivencia con la incomunicación • Estrés de la vida de convivencia con la indiferencia • Estrés de la vida de convivencia con la apatía • Estrés de la vida de convivencia con la desafección • Estrés de la vida de convivencia con la deslealtad • Estrés de la vida de convivencia con la traición • Estrés de la vida de convivencia con la infidelidad • Estrés de la vida de convivencia con la infamia • Estrés de la vida de convivencia con la vergüenza • Estrés de la vida de convivencia con la humillación • Estrés de la vida de convivencia con la afrenta • Estrés de la vida de convivencia con la injuria • Estrés de la vida de convivencia con la ofensa • Estrés de la vida de convivencia con la agravio • Estrés de la vida de convivencia con la injuria • Estrés de la vida de convivencia con la ofensa • Estrés de la vida de convivencia con la agravio

3. Factores protectores del desarrollo infantil

• Lactancia materna • Escolaridad nivel inicial • Empoderamiento familiar • Buena calidad de los vínculos familiares • Entorno físico adecuado • Nutrición del lenguaje • Red de apoyo familiar • Rutinas diarias • Sistema de salud accesible
--

4. Prevalencia de algunos trastornos del neurodesarrollo

Trastorno del desarrollo	Prevalencia estimada
Trastornos del lenguaje	7-8%
Trastornos del aprendizaje	7-8%
Trastornos por déficit de atención o hiperactividad	5-10%
Trastornos del espectro autista	2-4%
Trastornos del espectro autista	1-2%
Trastornos del espectro autista	1.2-1.8/1000

5. Problemas secundarios a alteraciones de la autorregulación

Problemas secundarios a alteraciones de la autorregulación	Problemas secundarios a alteraciones de la autorregulación
• Problemas de conducta • Problemas de aprendizaje • Problemas de comunicación • Problemas de interacción social • Problemas de regulación emocional • Problemas de regulación atencional • Problemas de regulación sensorial • Problemas de regulación motora • Problemas de regulación cognitiva • Problemas de regulación afectiva • Problemas de regulación volitiva • Problemas de regulación ética • Problemas de regulación estética • Problemas de regulación científica • Problemas de regulación tecnológica • Problemas de regulación digital • Problemas de regulación de la vida cotidiana • Problemas de regulación de la vida profesional • Problemas de regulación de la vida académica • Problemas de regulación de la vida deportiva • Problemas de regulación de la vida artística • Problemas de regulación de la vida científica • Problemas de regulación de la vida literaria • Problemas de regulación de la vida musical • Problemas de regulación de la vida teatral • Problemas de regulación de la vida cinematográfica • Problemas de regulación de la vida televisiva • Problemas de regulación de la vida radiofónica • Problemas de regulación de la vida editorial • Problemas de regulación de la vida de imprenta • Problemas de regulación de la vida de distribución • Problemas de regulación de la vida de venta • Problemas de regulación de la vida de consumo • Problemas de regulación de la vida de ocio • Problemas de regulación de la vida de tiempo libre • Problemas de regulación de la vida de vacaciones • Problemas de regulación de la vida de viajes • Problemas de regulación de la vida de migración • Problemas de regulación de la vida de adaptación • Problemas de regulación de la vida de integración • Problemas de regulación de la vida de convivencia • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la familia • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la comunidad • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la sociedad • Problemas de regulación de la vida de convivencia con el mundo • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la naturaleza • Problemas de regulación de la vida de convivencia con el cosmos • Problemas de regulación de la vida de convivencia con el universo • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la vida • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la muerte • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la eternidad • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la nada • Problemas de regulación de la vida de convivencia con el vacío • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la soledad • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la incomunicación • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la indiferencia • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la apatía • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la desafección • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la deslealtad • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la traición • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la infidelidad • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la infamia • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la vergüenza • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la humillación • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la afrenta • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la injuria • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la ofensa • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la agravio • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la injuria • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la ofensa • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la agravio	• Problemas de conducta • Problemas de aprendizaje • Problemas de comunicación • Problemas de interacción social • Problemas de regulación emocional • Problemas de regulación atencional • Problemas de regulación sensorial • Problemas de regulación motora • Problemas de regulación cognitiva • Problemas de regulación afectiva • Problemas de regulación volitiva • Problemas de regulación ética • Problemas de regulación estética • Problemas de regulación científica • Problemas de regulación tecnológica • Problemas de regulación digital • Problemas de regulación de la vida cotidiana • Problemas de regulación de la vida profesional • Problemas de regulación de la vida académica • Problemas de regulación de la vida deportiva • Problemas de regulación de la vida artística • Problemas de regulación de la vida científica • Problemas de regulación de la vida literaria • Problemas de regulación de la vida musical • Problemas de regulación de la vida teatral • Problemas de regulación de la vida cinematográfica • Problemas de regulación de la vida televisiva • Problemas de regulación de la vida radiofónica • Problemas de regulación de la vida editorial • Problemas de regulación de la vida de imprenta • Problemas de regulación de la vida de distribución • Problemas de regulación de la vida de venta • Problemas de regulación de la vida de consumo • Problemas de regulación de la vida de ocio • Problemas de regulación de la vida de tiempo libre • Problemas de regulación de la vida de vacaciones • Problemas de regulación de la vida de viajes • Problemas de regulación de la vida de migración • Problemas de regulación de la vida de adaptación • Problemas de regulación de la vida de integración • Problemas de regulación de la vida de convivencia • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la familia • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la comunidad • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la sociedad • Problemas de regulación de la vida de convivencia con el mundo • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la naturaleza • Problemas de regulación de la vida de convivencia con el cosmos • Problemas de regulación de la vida de convivencia con el universo • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la vida • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la muerte • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la eternidad • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la nada • Problemas de regulación de la vida de convivencia con el vacío • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la soledad • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la incomunicación • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la indiferencia • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la apatía • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la desafección • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la deslealtad • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la traición • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la infidelidad • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la infamia • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la vergüenza • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la humillación • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la afrenta • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la injuria • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la ofensa • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la agravio • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la injuria • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la ofensa • Problemas de regulación de la vida de convivencia con la agravio

6. Motivos de consulta frecuentes a pediatra

Primer año: problemas alimentarios, irritabilidad y llanto intenso, hipertermia, escasa respuesta a estímulos visuales y auditivos, retraso en la adquisición de gestos maternos. Etapas posteriores: problemas del lenguaje, conductas atípicas, irritabilidad, problemas de socialización, problemas de aprendizaje, problemas de comunicación, problemas de regulación emocional, problemas de regulación atencional, problemas de regulación sensorial, problemas de regulación motora, problemas de regulación cognitiva, problemas de regulación afectiva, problemas de regulación volitiva, problemas de regulación ética, problemas de regulación estética, problemas de regulación científica, problemas de regulación tecnológica, problemas de regulación digital, problemas de regulación de la vida cotidiana, problemas de regulación de la vida profesional, problemas de regulación de la vida académica, problemas de regulación de la vida deportiva, problemas de regulación de la vida artística, problemas de regulación de la vida científica, problemas de regulación de la vida literaria, problemas de regulación de la vida musical, problemas de regulación de la vida teatral, problemas de regulación de la vida cinematográfica, problemas de regulación de la vida televisiva, problemas de regulación de la vida radiofónica, problemas de regulación de la vida editorial, problemas de regulación de la vida de imprenta, problemas de regulación de la vida de distribución, problemas de regulación de la vida de venta, problemas de regulación de la vida de consumo, problemas de regulación de la vida de ocio, problemas de regulación de la vida de tiempo libre, problemas de regulación de la vida de vacaciones, problemas de regulación de la vida de viajes, problemas de regulación de la vida de migración, problemas de regulación de la vida de adaptación, problemas de regulación de la vida de integración, problemas de regulación de la vida de convivencia, problemas de regulación de la vida de convivencia con la familia, problemas de regulación de la vida de convivencia con la comunidad, problemas de regulación de la vida de convivencia con la sociedad, problemas de regulación de la vida de convivencia con el mundo, problemas de regulación de la vida de convivencia con la naturaleza, problemas de regulación de la vida de convivencia con el cosmos, problemas de regulación de la vida de convivencia con el universo, problemas de regulación de la vida de convivencia con la vida, problemas de regulación de la vida de convivencia con la muerte, problemas de regulación de la vida de convivencia con la eternidad, problemas de regulación de la vida de convivencia con la nada, problemas de regulación de la vida de convivencia con el vacío, problemas de regulación de la vida de convivencia con la soledad, problemas de regulación de la vida de convivencia con la incomunicación, problemas de regulación de la vida de convivencia con la indiferencia, problemas de regulación de la vida de convivencia con la apatía, problemas de regulación de la vida de convivencia con la desafección, problemas de regulación de la vida de convivencia con la deslealtad, problemas de regulación de la vida de convivencia con la traición, problemas de regulación de la vida de convivencia con la infidelidad, problemas de regulación de la vida de convivencia con la infamia, problemas de regulación de la vida de convivencia con la vergüenza, problemas de regulación de la vida de convivencia con la humillación, problemas de regulación de la vida de convivencia con la afrenta, problemas de regulación de la vida de convivencia con la injuria, problemas de regulación de la vida de convivencia con la ofensa, problemas de regulación de la vida de convivencia con la agravio, problemas de regulación de la vida de convivencia con la injuria, problemas de regulación de la vida de convivencia con la ofensa, problemas de regulación de la vida de convivencia con la agravio.
--

Bibliografía

- 1.- Richmond JB. Child development: a basic science for pediatrics. Pediatrics. 1967; 39(5): 649-658.
- 2.- Ruth EK Stein. Are we on the right track? Examining the role of Developmental Behavioral Pediatrics. Pediatrics. 2015; 134(4)
- 3.- Carol C. Weitzman et al. Defining Developmental-Behavioral Pediatrics. Pediatrics. 2022; 149(4)
- 4.- Rebecca A. Baum et al. Child health needs and the Developmental-Behavioral Pediatrics. Workforce supply 2020-2040. Pediatrics. 2024; 152(S2)

Enfermedad Rara: Síndrome de Ehler Danlos

Dr. Antonio Federico Martínez Monseny

Servicio de Genética HSJD

Dr. Dídac Casas Alba

Servicio de Genética HSJD

Dra. Laura Valero Martín

Consultas Externas de Pediatría General HSJD

El síndrome de Ehlers-Danlos (EDS) consiste en un grupo de trastornos heterogéneos hereditarios del tejido conectivo y de la matriz extracelular. Se produce un defecto en la síntesis del colágeno que ocasiona un incremento en la elasticidad de diferentes tipos de tejido conectivo. La prevalencia de EDS se estima sobre 1:5000, siendo el subtipo hipermóvil (hEDS) el más frecuente.

Etiología

Se han descrito mutaciones patogénicas en 19 genes diferentes, exceptuando el subtipo hipermóvil en el cual se desconoce la causa genética. La mayoría de formas de EDS se presentan con un patrón de herencia autosómica dominante, aunque también se ha observado un patrón autosómico recesivo.

18

Presentación clínica:

En 2017, se acordó la nueva clasificación internacional, englobando esta patología en 13 subtipos de EDS

Tipo	Características clínicas	Herencia
EDS clásico	<u>Criterios mayores:</u> • Hiperelasticidad cutánea • Cicatrices atróficas • Hiper movilidad articular	Genes COL5A1/COL5A2 Autosómica dominante
	<u>Criterios menores:</u> • Piel translúcida • Hematomas frecuentes • Pseudotumores moluscoides • Luxaciones /subluxaciones • Debilidad muscular	
EDS cardíaco-valvular	• Hiper movilidad articular • Osteopenia • Hipotonía • Manifestaciones cutáneas menores • Alteraciones valvulares en edad adulta	Gen COL1A2 Autosómica Recesiva
EDS hipermóvil (hEDS)	• Hiper movilidad articular generalizada • Dolor articular crónico • Fatiga • Luxaciones/ subluxaciones • Manifestaciones cutáneas menores. Cicatrización normal. • Hiperelasticidad cutánea leve • Síntomas disautonómicos	Desconocida Autosómica dominante

Tipo	Características clínicas	Herencia
EDS Vascular	• Mayor gravedad, menor esperanza de vida por complicaciones vasculares. <u>Criterios mayores:</u> • Rupturas arteriales en edades tempranas • Rupturas viscerales • Historia familiar positiva • Fístula seno carótidocavernoso <u>Criterios menores:</u> • Piel translúcida • Acrogeria • Varices • Hematomas frecuentes • Hiper movilidad articular distal	Gen COL3A1 Autosómica dominante
EDS artroclasia	• Luxación congénita de cadera bilateral • Hiper movilidad articular generalizada • Contracturas musculares • Escoliosis • Talla baja secundaria • Hipotonía • Fracturas	Genes COL1A1/ COL1A2 Autosómica dominante
EDS dermatospraxis	• Piel flácida • Edema palpebral • Hernias • Escleras azules • Talla baja	Gen ADAMTS2 Autosómico recesivo
EDS cifoescoliotico	<u>Criterios mayores:</u> • Cifoescoliosis neonatal progresiva • Hipotonía • Hiper movilidad articular generalizada <u>Criterios menores:</u> • Piel hiperelástica • Hematomas • Rupturas arteriales • Osteopenia • Escleras azules	Gen PLOD1 Autosómica recesivo
Síndrome de Brittle Córnea	• Fragilidad ocular • Queratocono	Genes ZNF469/ PRDM5 Autosómica recesiva
EDS classical-like	• Hiper movilidad articular • Hiperelasticidad cutánea • Hematomas • Ausencia de cicatrices atróficas	Gen TNXB Autosómica recesiva
EDS espondilodisplásico	• Talla baja • Displasia esquelética leve • Escleras azules • Hipodontia	Gen SLC39A13 Autosómica dominante
EDS musculo-contractural	• Anomalías craneofaciales • Contracturas musculares • Hipotonía • Alteraciones gastrointestinales y urinarias	Genes CHST14/DSE Autosómica recesiva
EDS miopático	• Hipotonía • Contracturas proximales • Hiperlaxitud distal • Cicatrices atróficas	Gen COL12A1 Autosómica dominante/ recesivo
EDS periodontal	• Periodontitis severa precoz	Gen 12p13 Autosómica dominante

La hipermovilidad articular, el signo más constante en estos pacientes, consiste en un aumento de la movilidad normal en las articulaciones. Puede ser generalizada o referido a unas regiones corporales concretas. Para evaluar la hipermovilidad articular disponemos de los criterios de Beighton.

Escala de Beighton	
Hiperextensión de codos más de 10°	1 punto cada lado
Tocar de forma pasiva el antebrazo con el pulgar, con la muñeca en flexión	1 punto cada lado
Extensión pasiva del 5° dedo de más de 90°	1 punto cada lado
Hiperextensión de rodillas más de 10°	1 punto cada lado
Tocar el suelo con las palmas de las manos sin doblar las rodillas	1 punto



Esta escala puntúa 5 maniobras de forma numérica del 0 al 9, siendo 5 el punto de corte a partir del cual se considera hipermovilidad articular generalizada. Las últimas actualizaciones proponen que se tenga en cuenta la edad del paciente, ya que la movilidad articular suele disminuir con el tiempo. Para pacientes con edades prepuberales, se considera positiva una puntuación mayor o igual a 6, desde la pubertad hasta una edad de 50 años, 5 puntos, y a partir de los 50 años, 4 puntos.

Síntomas frecuentes:

Articulares:

- Dolor articular crónico.
- Esguinces/Luxaciones de repetición. Más frecuente en pacientes con hEDS.
- Tendinitis, capsulitis, derrames articulares, chasquidos.
- Escoliosis.
- Artrosis precoz.

No articulares:

- Hiperelasticidad cutánea (piel hiperelástica: si se estira hasta 1.5 cm en antebrazos y dorso de las manos o hasta 3 cm en cuello, codo o rodillas).
- Hematomas.
- Hernias.
- Cicatrices atróficas/ dificultad en la cicatrización/estrías atróficas.
- Pápulas piezogénicas (pequeñas herniaciones de la grasa subcutánea a través de la dermis).
- Alteraciones cardíacas: prolapso de válvula mitral/ dilatación leve de la raíz aórtica.
- Alteraciones neurológicas: cefalea, dolor neuropático (polineuropatía axonal sensitivo-motora y patrón miopático en el electromiograma).
- Alteraciones gastrointestinales: dolor abdominal recurrente, reflujo gastroesofágico, estreñimiento, diarrea, colon irritable..
- Alteraciones psiquiátricas: quejas somáticas ansiedad, fobias, TEA, TDAH.
- Disautonomía

Diagnóstico:

El diagnóstico es clínico, a través de una historia clínica detallada incluyendo antecedentes familiares y una exploración física completa; y genético en los tipos que disponen de marcador genético.

En el caso concreto de hEDS, que es el más común, se precisa el cumplimiento de tres criterios clínicos para establecer el diagnóstico:

Criterio 1:

Presencia de hipermovilidad articular generalizada. La escala de Beighton, anteriormente comentada es la herramienta más reconocida para evaluarlo.

Criterio 2:

Se precisan dos o más de las siguientes características:

A. Manifestaciones cutáneas o sistémicas relacionadas con alteraciones del tejido conectivo, requiriendo como mínimo 5 ítems positivos:

- Piel inusualmente suave o aterciopelada
- Hiperextensibilidad cutánea leve
- Estrías inexplicables, como estrías distensas o rubras en la espalda, las ingles, los muslos, los senos y/o el abdomen en adolescentes, niños o niñas prepúberes sin antecedentes de aumento o pérdida significativa de grasa o peso corporal.
- Pápulas piezogénicas bilaterales del talón
- Hernia(s) abdominal(es) recurrente(s) o múltiple(s) (p.ej., umbilical, inguinal, crural)
- Cicatrización atrófica que involucra al menos dos sitios y sin la formación de cicatrices verdaderamente papiráceas y/o hemosidéricas como se observa en el EDS clásico
- Prolapso de suelo pélvico, rectal y/o uterino en niños, hombres o mujeres nulíparas sin antecedentes de obesidad mórbida u otra

condición médica predisponente conocida.

- Apiñamiento dental y paladar alto o estrecho
- Aracnodactilia, como se define en uno o más de los siguientes: (i) signo positivo de la muñeca (signo de Steinberg) en ambos lados; (ii) signo positivo del pulgar (signo de Walker) en ambos lados
- Envergadura-altura del brazo $\geq 1,0$
- Prolapso de la válvula mitral (MVP) leve o mayor según estrictos criterios ecocardiográficos
- Dilatación de la raíz aórtica con puntuación Z $> +2$

B. Historia familiar positiva (uno o más familiares de primer grado que cumplan los criterios)

C. Dolor y manifestaciones secundarias a hipermovilidad articular. Deben tener al menos una de las siguientes:

- Dolor musculoesquelético en dos o más extremidades, recurrente diario durante al menos 3 meses.
- Dolor crónico generalizado durante más de 3 meses.
- Luxaciones articulares recurrentes o inestabilidad articular franca, en ausencia de traumatismo. Debe cumplir uno de los siguientes:
- 3 o más luxaciones atraumáticas en la misma articulación o dos o más luxaciones atraumáticas en dos articulaciones diferentes que ocurren en momentos diferentes.
- Confirmación médica de inestabilidad articular en dos o más sitios no relacionados con traumatismo.

Criterio 3:

Exclusión de otras causas de hipermovilidad heredable o adquirida, y de otros posibles diagnósticos que asocien hipermovilidad articular.

Es necesario ser riguroso al aplicar dichos criterios, puesto que algunos de ellos muestran síntomas subjetivos, pueden producirse sobrediagnósticos en pacientes con somatizaciones.

Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico diferencial incluye síndromes que presenten hipermovilidad articular y otras alteraciones del tejido conectivo, por ejemplo :

- Síndrome Marfan/Fenotipo MASS (fenotipo incompleto de Síndrome de Marfan)
- Cutis laxa
- Síndrome Loeys-Dietz
- Síndrome de Stickler
- Osteogenesis imperfecta
- Síndrome de tortuosidad arterial
- Síndrome de Shprintzen-Goldberg
- Síndrome Williams
- Síndrome Larsen

Manejo y seguimiento:

Estos pacientes se benefician de un abordaje multidisciplinar manteniendo al pediatra o genetista como médico coordinador. Las diferentes especialidades que requieren seguimiento son: dermatología, cardiología, oftalmología, traumatología, rehabilitación, salud mental, gastroenterología, neurología, hematología. Esto incluye, la necesidad de centros y especialistas expertos en este desorden; igual que guías clínicas de actuación, hasta el momento ausentes en pediatría, y seguimiento para abordar a estos pacientes de forma homogénea y coherente.

El manejo estará centrado en la educación del paciente para la prevención y el reconocimiento precoz de algunas complicaciones.

Bibliografía

1. Pauker S, Stoler J. Clinical manifestations and diagnosis of Ehlers-Danlos syndromes [Internet]. Uptodate. 2018. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-ehlersdanlossyndromes?search=clinical manifestations and diagnosis of Ehlers&source=search_result&selectedTitle=1~111&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-ehlersdanlossyndromes?search=clinical%20manifestations%20and%20diagnosis%20of%20Ehlers&source=search_result&selectedTitle=1~111&usage_type=default&display_rank=1)
2. Miklovic T, Sieg VC. Ehlers Danlos Syndrome. 2019
3. Ghali N, Sobey G, Burrows N. Ehlers-Danlos syndromes. BMJ [Internet]. 2019; 366:1–11. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.l4966>
4. Malfait, F., Francomano, C., Byers, P., Belmont, J., Berglund, B., Black, J., Bloom, L., Bowen, J. M., Brady, A. F., Burrows, N. P., Castori, M., Cohen, H., Colombi, M., Demirdas, S., De Backer, J., De Paepe, A., Fournel-Gigleux, S., Frank, M., Ghali, N., ... Tinkle, B. (2017). The 2017 international classification of the Ehlers–Danlos syndromes. American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics, 175, 8–26



Toma de Agudeza Visual (AV) en pacientes pediátricos

Enrique Jiménez

Optometrista, Servicio de Oftalmología. HSJD

24

Como toda prueba diagnóstica, en la toma de la agudeza visual (AV) vamos a buscar la máxima fiabilidad (entendiendo como tal la obtención de resultados similares si repetimos la prueba en períodos cortos de tiempo) y un resultado valorable, es decir, que midamos lo que realmente queremos medir.

Varios serán los factores que nos pueden alterar los resultados de la prueba, como:

- **Tiempo de atención/concentración del paciente**, muy ligado a su edad y/o cuadro clínico.
- **Condiciones de iluminación de la sala.** Debemos procurar unas condiciones mesópicas (luz tenue) para evitar alteraciones de la toma de AV por difracción (cuando el tamaño de la pupila es excesivamente pequeño por condiciones fotópicas, exceso de luz) o por aberraciones (cuando el tamaño de la pupila es excesivamente grande por condiciones escotópicas, baja luz).
- **Proyectores vs Pantallas:** las pantallas de optotipos presentan la gran ventaja respecto los proyectores no sólo de mantener y poder variar voluntariamente el contraste (en los proyectores, con el paso del tiempo, las películas se acaban quemando) si no de aleatorizar la presentación de los optotipos, evitando así la memorización de ellos por parte del paciente.
- **Examinador.** Importante estandarizar y protocolizar los procesos, para disminuir en lo posible el factor "error humano".



¿De qué procesos consta la agudeza visual?

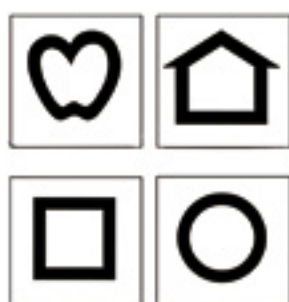
Si tuviésemos que hablar de procesos o pasos de la agudeza visual, podríamos distinguir tres pasos: la detección, localizamos un objeto en nuestro campo visual; resolución, diferenciamos las diferentes partes que componen este objeto; identificación, reconocemos y podemos nombrar ese objeto.

Pondremos especial interés en la resolución al escoger los optotipos con los que trabajar, ya que sin ella nos será imposible la identificación del objeto.

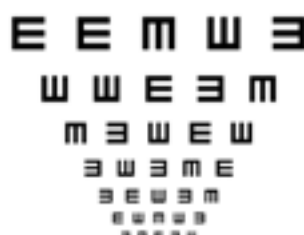
Entendemos por resolución el mínimo separable. Es decir, la estimulación de dos conos que corresponden a partes diferenciadas del objeto, separados por un cono intermedio no estimulado. Teniendo en cuenta que el mínimo separable del ojo humano es de un minuto de arco, y otros factores como la simetría de las letras y la literatura publicada, podríamos establecer la siguiente recomendación de optotipos para valorar la AV en niños.



Tambor optocinético y Teller
Recomendado de los
0 a los 2 años.



LEA
Recomendado de los
2 a los 4 años.



Snellen y HOTV
Recomendado a
partir de los 4 años.

HOTV

Screening rápido para la detección de defecto refractivo en pacientes pediátricos:

Para realizar una detección rápida y eficaz de la existencia o no de defecto refractivo en nuestro paciente, aplicaremos el siguiente esquema:



1 En el caso que la AV sea óptima para la edad del paciente, colocaremos ante cada ojo una lente de +2.00D y volveremos a tomar la AV monocular.

a. Lo esperado en caso de normalidad, es que provoquemos borrosidad de la imagen y, por tanto, disminución de la AV.

b. Si aun colocando la lente de +2.00D el paciente es capaz de alcanzar su AV previa, derivaremos a un optometrista para realizar refracción.

2 En el caso que la AV no sea la esperada de acorde a la edad, colocaremos el agujero estenopeico delante de cada ojo y volveremos a tomar la AV monocular.

a. Si la AV mejora, tendremos una disminución de AV debida a defecto refractivo y, por lo tanto, derivaremos a un servicio de optometría.

b. Si la AV no mejora, tendremos una disminución de la AV no debida a defecto refractivo y, por lo tanto, derivaremos a un servicio de oftalmología.

Actualització de vacunes antineumocòcciques a pediatria

Cynthia Crespo Mora

Pediatra. EAP Montclar.

SAP Baix Llobregat Centre. ICS



27

Streptococcus pneumoniae és un diplococ grampositiu amb una paret cel·lular que conté una gran varietat de components proteics i glicoprotèids de gran importància en la patogènesi del procés infecciós, en la resposta inflamatòria reactiva a la infecció i en la resposta serològica creuada entre diferents serotips de pneumococs (i entre aquests i altres estreptococs). Envoltant la paret bacteriana es troba la càpsula polisacàrida, principal factor de virulència del pneumococ, que actua com a antigen específic, podent distingir-se fins a noranta serotips, encara que no tots produeixen malaltia: el 85% dels serotips aïllats procedent de mostres de malalts amb patologia se'n concentra en 17 serotips i d'aquests, 6 produeixen el 60% de les malalties pneumocòcciques ^(19, 6, 3, 23, 14 i 9).

***Streptococcus pneumoniae* causa tant infeccions focals (otitis mitja, sinusitis, pneumònia no bacterièmica) com malaltia pneumocòccica invasiva (meningitis, pneumònies bacterièmiques, pneumònies complicades i altres.)**

La colonització de la nasofaringe constitueix l'únic reservori del pneumococ i contribueix a la disseminació i transmissió comunitària i intrafamiliar del microorganisme.

Recentment han estat comercialitzades dues noves vacunes antipneumocòcciques conjugades (VNC) que tenen indicació pediàtrica. En aquest article es fa una revisió de les mateixes.

NOVES VACUNES ANTINEUMOCÒCCIQUES

Vacuna antipneumocòccica conjugada 15-Valent:

Indicada para la immunització activa en la prevenció de malalties invasives, pneumònies i otitis mitja aguda causades por *Streptococcus pneumoniae* en lactants, nens i adolescents des de les 6 setmanes de vida.

Aquesta vacuna, es pot administrar de forma concomitant amb qualsevol dels següents antígens vacunals, ja sigui amb vacunes monovalents o combinades: diftèria, tètanus, tos ferina, poliomièlitis (serotipus 1, 2 y 3), hepatitis A, hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipus b, xarampió, parotiditis, rubèola, varicel·la y vacuna antirrotavirus.

Conté 15 polisacàrids capsulars pneumocòccics conjugats de *Streptococcus pneumoniae*: 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F, amb els serotips addicionals 22F i 33F.

La resposta immunitària que produeix la vacuna es depenent de Limfòcits T. Aquesta resposta immune, ja sigui natural o per la vacuna, es determina mesurant l'activitat opsonofagocítica (OPA) i les respostes de IgG. En nens, s'ha utilitzat la resposta d'anticossos IgG específics dels serotips, mitjançant l'assaig amb ELISA, com a valor lliardar per a la avaluació clínica de les vacunes conjugades antipneumocòcciques.

Resposta immunitària de la pauta de vacunació de 3 dosis (sèrie primària de 2 dosis + 1 dosis de reforç)

Es va avaluar la resposta immunitària comparant la vacuna VNC-15 amb VCN-13 en un assaig aleatoritzat a doble cec administrant concomitantment les altres vacunes corresponents del calendari vacunal. Es va utilitzar la pauta de vacunació de 3 dosis (sèrie primària de 2 dosis + 1 dosis de reforç), la mateixa que es proposa al calendari de vacunació sistemàtica.

Al 30 dies de la sèrie primària de 2 dosis les taxes de respostes d'IgG específiques de cada serotipus van ser en general comparables per als 13 serotipus compartits i superiors per els 2 serotipus addicionals (22F i 33F) en els que van rebre VNC 15-valent, respecte els que van rebre VNC 13-valent. Als 30 dies de la dosi de reforç, VNC15-valent no és inferior a la VNC 13-valent pels 13 serotipus compartits i és superior pels 2 serotipus addicionals, segons la taxa de resposta d'anticossos.

Què passa en cas de vacunació incompleta amb VNC 13-valent (Prevenar 13), y que calgui completar la pauta amb VNC 15-valent? Quins resultats s'han obtingut?

La fitxa tècnica de VNC15-valent conclou que pels serotipus comuns no hi ha diferències estadísticament significatives entre la pauta mixta amb les 2 vacunes i la pauta completa amb VNC 13-valent. En canvi com era d'esperar, per als serotipus addicionals els títols d'anticossos no donen una protecció completa en una pauta mixta. En qualsevol cas, es recomana completar la pauta vacunal amb el mateix producte sanitari.

Composició i posologia de les vacunes antipneumocòcciques conjugades disponibles actualment

Vacuna (laboratori)	Composició antigènica	Indicació i Pauta
Prevenar 13 (Pfizer)	13 Polisacàrids capsulars conjugats amb la proteïna CRM197 (mutant atòxic de toxina diftèrica): 2,2 µg de los polisacàrids capsulars dels serotipus: 1, 3, 4, 5, 6A, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F y 23 F 4,4 µg del polisacàrid capsular del serotipus 6B	Edat mínima: 6 setmanes. Pauta: 2+1 2m + 4m i 11m
Vaxneuvance (MSD)	15 Polisacàrids capsulars Conjugats con la proteïna CRM197 (mutant atòxic de la toxina diftèrica) : 2,2 µg de los polisacàrids capsulars dels serotipus: 1, 3, 4, 5, 6A, 7F, 9V, 14, 18C, 19A,19F, 22F, 23F, 22F i 33F 4,4 µg del polisacàrid capsular del serotipus 6B	Edat mínima: 6 setmanes. Pauta: 2+1 2m + 4m i 11m
Prevenar 20 (Pfizer)	15 Polisacàrids capsulars Conjugats con la proteïna CRM197 (mutant atòxica de la toxina diftèrica) : 2,2 µg dels polisacàrids capsulars dels serotipus: 1, 3, 4, 5, 6A, 7F, 9V, 14, 18C, 19A,19F, 22F, 23F,y 33F 2,2 µg dels polisacàrids capsulars dels serotipus: 8,10A,11A,12F, 15B 4,4 µg del polisacàrid capsular del serotipus 6B	Edat mínima 6 setmanes. Pauta: 3 +1 2m + 4m + 6m i 11m

Vacuna antipneumocòccica conjugada 20-Valent:

Actualment també existeix una nova vacuna antipneumocòccica, que des de Març del 2024 té indicació pediàtrica.

Els 20 polisacàrids capsulars pneumocòccics que conté aquesta vacuna estan tots conjugats amb una proteïna transportadora CRM197. Aquesta proteïna transportadora, té la particularitat de modificar la resposta immune al polisacàrid, passant d'una resposta independent de limfòcits T a una resposta dependent de limfòcits T induint la producció d'anticossos sèrics i la memòria immunològica contra els serotips continguts a la vacuna.

Aquesta vacuna va ser dissenyada per abordar l'epidemiologia actual de la malaltia meningocòccica i conté 5 serotips no presents en cap altra vacuna antipneumocòccica conjugada disponible. Els 7 serotips addicionals que inclou PCV20 respecte a PCV13 són clínicament significatius, i important causa de ENI arreu del món, així com d'altres manifestacions rellevants tals com meningitis, otitis mitja i resistència antimicrobiana.

Respecte a la cobertura potencial de malaltia pneumocòccica invasiva de les diferents vacunes en nens de fins a 5 anys a Espanya, disposem de dades del Centre Nacional de Micro-

biologia (Instituto de Salud Carlos III). A l'any 2019, PCV13 tenia una cobertura potencial del 25% i PCV15 del 33% dels casos de ENI. En canvi, el 59% dels casos de malaltia invasiva en nens menors de 5 anys van estar causats per serotips inclosos a PCV20. Això suposa que PCV20 donaria una cobertura potencial 2,5 vegades major que PCV13 y 1,8 vegades major que PCV 15.

En aquest mateix estudi es va observar que el serotip més freqüent en nens menors de 5 anys va ser el serotip 24F, que és un serotip no vacunal, seguit del serotip 8, únicament inclòs a PCV20.

En quant a la otitis mitja aguda, presentació molt comú de malaltia pneumocòccica en nens < 5 anys, un estudi realitzat en dos hospitals d'Espanya (H.U. de Donostia y H. Sant Joan de Déu) va observar la cobertura potencial de vacunes antipneumocòcciques que en el període 2014-2016 era d'un 37%. Malgrat això, es va observar que, al territori espanyol, el 70% dels casos de OMA en nens menors de 5 anys van estar produïts per serotips inclosos a PCV20. Això suposaria, en cas de vacunació amb aquesta vacuna, un increment potencial la cobertura per a OMA de 1,8 vegades superior respecte a PCV13 i PCV15. Dins dels serotips inclosos a la vacuna 20 valent, el més freqüentment associat a OMA en nens menors de 5 anys en aquest període va ser el serotip 11A, que a més es caracteritza per tenir elevades taxes de resistències antimicrobianes.

Com sempre, és molt important donar una informació adequada a les famílies i recomanar la vacunació per part dels professionals de la salut, fins i tot independentment de si les vacunes estan o no incloses al calendari de vacunació sistemàtica. Disposem de dues vacunes conjugades amb un perfil de seguretat i unes dades en quant a la prevenció de Malaltia pneumocòccica molt bones.

Vaccine	1	3	4	5	6A	6B	7F	9V	14	18C	19A	19F	23F	22F	33F	8	10A	11A	12F	15B
PCV13 (Pfizer)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●							
PCV15 (Merck)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●					
PCV20 (Pfizer)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

PCV13: vacuna antineumocòccica conjugada 13-valente (Pfizer); PCV15: vacuna antineumocòccica conjugada 15-valente (MSD); PCV20: vacuna antineumocòccica conjugada 20-valente (Pfizer).

Bibliografia

- 1.- Gierke R, et al. Pneumococcal disease. In: Hall E, et al, eds. Epidemiology and Prevention of Vaccine- Preventable Diseases. 14th ed. Public Health Foundation; 2021:255-274. 2. Dagan R, et al. J Infect Dis.2005;192(3):367-376.
2. Soneira MS, Sastre-García M, Amillategui-Dos-Santos R, López-Peréa N, Masa-Calles J, Portero RC. Boletín Epidemiológico Semanal (BES). BES [Internet]. 2023 [citado el 12 de abril de 2023];31(1):23-36. Disponible en: <https://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1284>
3. Balsells E, et al. PLoS One. 2017;12(5):e0177113.
4. García Quesada M, et al. Microorganisms. 2021;9(4):738.
5. Morales M, Ludwig G, Ercibengoa M, et al. Changes in the serotype distribution of Streptococcus pneumoniae causing otitis media after PCV13 introduction in Spain. PLoS One. 2018 Dec 18;13(12):e0209048. doi: 10.1371/journal.pone.0209048.
6. de Miguel S, Pérez-Abeledo M, Ramos B, García L, Arce A, Martínez-Arce R, et al. Evolution of Antimicrobial Susceptibility to Penicillin in Invasive Strains of Streptococcus pneumoniae during 2007–2021 in Madrid, Spain. Antibiotics 2023;12:289. <https://doi.org/10.3390/antibiotics12020289>
7. de Felipe B, et al. Molecular epidemiology of pneumococcal carriage in children from Seville, following implementation of the PCV13 immunization program in Andalusia, Spain, Enfermedades infecciosas y microbiología clínica (English ed.), 2023, ISSN 2529-993X, <https://doi.org/10.1016/j.eimce.2023.04.008>.
8. de Miguel S, Domenech M, González-Camacho et al. Nationwide trends of invasive pneumococcal disease in Spain (2009–2019) in children and adults during the pneumococcal conjugate vaccine era. Clin Infect Dis. 2020 Sep 29;ciaa1483. doi: 10.1093/cid/ciaa1483.

Justificación del cribado universal del TEA en Cataluña

Aritz Aranbarri

Psicólogo Adjunto UnimTEA,
Área Salud Mental, HSJD

María Díez Juan

Psicóloga Adjunta UnimTEA,
Área Salud Mental, HSJD

30

La edad media de diagnóstico del Trastorno del espectro del autismo (TEA) en Cataluña se sitúa en los 8,8 años, con una prevalencia asociada al 1,23% según datos de los registros de salud en Cataluña. Sin embargo, las recomendaciones internacionales de consenso clínico plantean la importancia de establecer un diagnóstico temprano alrededor de los 24 meses.

La importancia de adelantar la detección y el posterior diagnóstico de TEA dentro de los 3 primeros años de vida está fundamentada en la evidencia científica firme de los principios de neuroplasticidad. En concreto, se ha demostrado empíricamente que la intervención temprana del TEA por debajo de los 30 meses resulta en una mejor respuesta al tratamiento. Esto ha llevado a recomendar que la detección, la confirmación del diagnóstico y sobre todo la intervención temprana específica del TEA se debe de facilitar antes de los 36 meses de vida con el objetivo de estimular la adquisición de habilidades y la disminución de la sintomatología propia del autismo, llegando a tener una función preventiva para un mejor pronóstico.

Sociedades profesionales, científicas y de familias de relevancia, se han basado en estos principios para posicionarse a favor de la importancia de apoyar la implementación de protocolos de un cribado universal del TEA en edad temprana. Ejemplo de esto son la Academia Americana de Pediatría, que recomienda cribado universal a los 18 y 24 meses, el CDC (Centers for Disease Control and Prevention) y Autism Speaks, todas de Estados Unidos (EEUU). En esta línea, la Sociedad Catalana de Pediatría y la Federación Catalana de Autismo, ambas se han posicionado a favor de recomendar el beneficio del cribado universal del TEA en el sis-

tema público de atención primaria pediátrica catalana, basados en los datos de este artículo.

A pesar de esta evidencia y de las recomendaciones internacionales provenientes de EEUU, existe un innegable debate con la contraposición del "Preventive Services Task Force" (PSTF) también de EEUU, que plantea que no existe una evidencia suficiente que permita vincular una mejor respuesta al tratamiento en aquellos niños/as cribados a los 18 y 30 meses sin preocupación previa, frente a los que hayan podido ser detectados sin un cribado por una preocupación. De acuerdo también con la guía NICE del 2011, sigue existiendo la necesidad de generar más estudios de implementación comunitaria del cribado universal del TEA en el contexto pediátrico de atención primaria, así como estudios longitudinales de tratamiento de la población cribada desde edad temprana para acumular evidencia de su beneficio directo.

Mientras no existan estos estudios, es importante resaltar que tampoco existe una evidencia suficiente del perjuicio de un cribado universal del TEA y, sin embargo, sí existe un consenso y una destacada evidencia sobre la eficacia de la intervención implementada a una edad temprana por debajo de los 3 años de edad, lo que respalda la necesidad de políticas proactivas que permitan una detección temprana que favorezcan el acceso a las intervenciones en edades con una demostrada mejor respuesta.

En este contexto y en base a los datos existentes, los servicios públicos de salud de Cataluña deben considerar los preocupantes datos actuales de la edad de diagnóstico del TEA en Cataluña, que con una media de edad de 8,8 años es considerada muy tardía frente a la recomendación del consen-

so internacional de los 24 meses. Estos datos nos deben hacer reflexionar sobre el impacto de que una importante población con TEA en Cataluña sea detectada e intervenida fuera de los rangos de edad en las que la evidencia científica ha demostrado la mayor respuesta al tratamiento.

Ante la dificultad de facilitar un diagnóstico temprano (antes de los 36 meses) de TEA en Cataluña, el cribado específico de TEA se ha demostrado como una herramienta eficaz para la detección temprana del TEA, donde se detalla, que, aunque el valor predictivo específico del cribado TEA rodea el 50% (distintos instrumentos y distintas edades), este valor aumenta al 95% cuando se incluye la detección de otros trastornos del neurodesarrollo con este mismo cribado del TEA, lo que implica que el porcentaje de falsos positivos es marginal de cara a un sistema sanitario que abogue por la prevención.

Además, estudios que han evaluado el impacto del proceso de derivación y evaluación en las familias que han resultado en un falso positivo tras un cribado de TEA, no se ha demostrado un impacto negativo debido a esta experiencia. Las familias describen que, a pesar de haber transitado por un período de ansiedad durante el tiempo de espera de la evaluación de confirmación, el proceso les ha facilitado un mayor conocimiento del neurodesarrollo de su hijo/a, declarando que no sólo recomendarían un cribado universal del TEA, sino que además volverían a pasar por el proceso de evaluación.

Por otro lado, respecto a la opinión de profesionales de atención primaria pediátrica que han participado en estudios de cribado del TEA, el 87% informa del beneficio de una mayor sensibilidad y aprendizaje sobre los signos de alarma del TEA.

A la hora de pensar en la alternativa de no ofrecer ningún tipo de detección sistematizada a través de la implementación de instrumentos validados de cribado, se ha demostrado que hasta un 50% de casos que habrían podido ser detectados por

estos instrumentos, no fueron detectados por la práctica pediátrica habitual (sin cribado universal). En esta línea, nuestros datos del programa de atención temprana del TEA del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona (programa TEA CARE Mas Casadevall) evidencian la dificultad del sistema en la detección de todo el espectro y heterogeneidad de neurodesarrollo que se ha asociado actualmente al TEA. El contexto comunitario presenta claras dificultades de detectar el número de casos esperables según niños nacidos y la prevalencia mundial actual (1-2%). En concreto, nuestros datos objetivan la dificultad en detectar señales de alarma del TEA por debajo de los 36 meses, junto a un infra-diagnóstico de niñas y casos de sintomatología leve sin afectación en el desarrollo del lenguaje. Los casos derivados a nuestro programa desde todo el territorio catalán muestran un sesgo hacia el perfil clínico de mayor severidad del TEA, con una marcada afectación del desarrollo del lenguaje.

Otro estudio de nuestro hospital, donde se realiza un seguimiento del neurodesarrollo con un triple screening del TEA en una cohorte de prematuros (N=114), ha demostrado la capacidad de detectar hasta un 20% de casos que posterior se ha confirmado el diagnóstico de TEA. Del total de casos con un resultado de cribado positivo, más del 70% han confirmado el diagnóstico y el total de estos casos presentaba un retraso clínicamente significativo del lenguaje y/o del área cognitiva, no habiendo casos de un falso positivo sin alteración clínica del neurodesarrollo.

Todos estos resultados empujan a la necesidad de considerar políticas públicas proactivas para la detección del TEA, que faciliten el acceso a una intervención lo más temprana posible. La alternativa de no fomentar estrategias de detección temprana y asentar la detección únicamente sobre grupos de riesgo, la preocupación de la familia o el sistema escolar sí está evidenciando un efecto sobre la edad de diagnóstico actual.

Conclusiones resumen:

A pesar de existir una necesidad de incrementar el número de estudios de implementación que puedan testear el beneficio del cribado universal en el mejor pronóstico del TEA, resulta innegable la evidencia acerca del papel preventivo de una intervención que se inicia en una edad temprana, lo que fuerza a apostar por políticas proactivas de detección temprana.

- La edad media de diagnóstico del TEA en Cataluña se sitúa en los 8,8 años, lo que exige un cambio de estrategia en la detección temprana del TEA.
- La detección temprana del TEA se ha planteado como un factor de mejor pronóstico, asociado a una mejor respuesta al tratamiento en la edad temprana.
- Sociedades profesionales, científicas y de familias de relevancia internacional y local se han posicionado a favor de un cribado universal del TEA.
- El PSTF de EEUU argumenta que no hay una evidencia suficiente a favor del cribado universal del TEA, pero tampoco aporta una evidencia que demuestre su perjuicio.
- Existe un importante cuerpo de evidencia a favor de la eficacia de las herramientas de cribado para la detección temprana del TEA. Nuestros datos avalan el potencial de utilizar un triple screening temprano del TEA.
- El porcentaje de falsos positivos en los cribados de TEA resulta ser marginal cuando se tiene en cuenta la detección de otros trastornos del neurodesarrollo.
- Las familias que han experimentado el proceso de un falso positivo declaran estar a favor del cribado universal.
- Son numerosas las publicaciones de estudios aleatorizados y controlados que demuestran la eficacia de la intervención temprana del TEA, que demuestran además una mejor respuesta de tratamiento vinculada al inicio precoz.
- Los pediatras que han participado en estudios de cribado sistemático declaran el valor educativo que esto ha tenido en su práctica clínica.
- Se estima que hasta un 50% de los casos de TEA no cribados pueden no ser detectados por la práctica pediátrica habitual.
- Nuestros propios datos evidencian la dificultad del sistema en la detección no sistematizada de casos por debajo de los 36 meses, sexo femenino y casos leves sin afectación del lenguaje.

Las políticas públicas con un sistema sanitario capaz de asumir el seguimiento del desarrollo y la promoción de medidas médicas preventivas en su población pediátrica deberían considerar la incorporación de medidas preventivas en cuanto a las alteraciones del neurodesarrollo.

REFERENCIAS RELEVANTES

- [1] Pérez-Crespo L, Prats-Urbe A, Tobias A, Duran-Tauleria E, Coronado R, Hervás A, Guxens M. Temporal and geographical variability of prevalence and incidence of autism spectrum disorder diagnoses in children in Catalonia, Spain. *Autism Research*. 2019 Nov;12(11):1693-705.
- [2] Zwaigenbaum L, Bauman ML, Choueiri R, Kasari C, Carter A, Granpeesheh D, Mailloux Z, Smith Roley S, Wagner S, Fein D, Pierce K. Early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: recommendations for practice and research. *Pediatrics*. 2015 Oct 1;136(Supplement_1):S60-81.
- [3] Lord C, Charman T, Havdahl A, Carbone P, Anagnostou E, Boyd B, Carr T, De Vries PJ, Dissanayake C, Divan G, Freitag CM. The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet*. 2022 Jan 15;399(10321):271-334.
- [4] Gabbay-Dizdar N, Ilan M, Meiri G, Faroy M, Michaelovski A, Flusser H, Menashe I, Koller J, Zachor DA, Dinstein I. Early diagnosis of autism in the community is associated with marked improvement in social symptoms within 1–2 years. *Autism*. 2022 Aug;26(6):1353-63.
- [5] American Academy of Pediatrics [AAP]. Autism Spectrum Disorder [internet]. 2023 May 4. [citado 24 de enero de 2024]. Recuperado a partir de: <https://www.aap.org/en/patient-care/autism/>
- [6] Levy SE, Wolfe A, Coury D, Duby J, Farmer J, Schor E, Van Cleave J, Warren Z. Screening tools for autism spectrum disorder in primary care: A systematic evidence review. *Pediatrics*. 2020 Apr 1;145(Supplement_1):S47-59.
- [7] Pierce K, Courchesne E, Bacon E. To screen or not to screen universally for autism is not the question: Why the task force got it wrong. *The Journal of pediatrics*. 2016 Sep 1;176:182-94.

ATENCIÓ COMUNI TÀRIA

Educació nutricional grup

Rita Simorra Puigdollers

Núria Díaz Rodríguez

EAP Sarrià / Vallvidrera / Les Planes

Paula García Criado

Montserrat Sánchez Juárez,

Julia Rodríguez Hernández

EAP Sant Vicenç dels Horts- El Serral

34

El procés d'aprenentatge d'hàbits alimentaris és especialment important durant els primers anys de vida, ja que, a més de facilitar un bon estat nutricional i un creixement òptim, pot ajudar a consolidar l'adquisició d'hàbits saludables i una bona relació amb el menjar durant la infància, que perduri a l'adolescència i l'edat adulta.

La primera infància és l'etapa de major creixement físic i desenvolupament psicomotor, i l'alimentació hi juga un paper molt important.

Durant el primer any de vida, la llet materna i/o de fórmula són la base de l'alimentació del nadó. A partir dels 6 mesos (i mai abans dels 4 mesos) podem iniciar l'alimentació complementària (AC), introduint nous aliments progressivament, sempre mantenint l'alletament com a principal font alimentària. Idealment es recomana iniciar l'AC un cop veiem que l'infant presenta interès pels aliments, ha perdut el reflex extrusor, s'aguant més o menys bé assegut i té una bona coordinació mà-boca. No tots els aliments i les textures són aptes per aquesta edat. A la Guia d'alimentació en la primera infància (disponible a gencat.cat) podem trobar de forma detallada quins són els aliments i les textures per oferir i quines es recomana evitar pel risc d'asfíxia, almenys fins a edats més avançades.

Podem introduir els nous aliments en textura tritu-

rada (el típic triturat de verdures amb patata i pollastre o fruita triturada), en textura sòlida (que es pugui aixafar amb els dits d'una persona adulta o amb una forquilla) o fer una combinació d'ambdues opcions.

Fins fa relativament poc temps, tot el referent a l'inici de l'AC s'explicava dintre de la revisió dels 6 mesos, les recomanacions en la introducció de l'alimentació estaven basades en unes directrius molt rígides d'introducció d'aliments i molt pautades. Els canvis que s'han anat produint tant en consells alimentaris, basats en evidència científica, així com els canvis en el tipus d'alimentació i la manera en que oferim els aliments fa que aquest temps de revisió se'ns quedi petit, donat que s'han d'abordar diverses situacions de salut dintre de la mateixa revisió.

Donat que és un moment en que les famílies estan molt sensibilitzades i receptives, és important dedicar el temps necessari per poder abordar i resoldre els dubtes que es generin així com fer educació sanitària per instaurar hàbits saludables que perdurin. Per poder abordar aquest tema d'una manera extensa, optimitzant els recursos dels quals disposem, en molts centres d'Atenció Primària s'estan portant a terme activitats grupals per arribar al màxim de població amb col·laboració de les dietistes-nutricionistes d'Atenció Primària, figura important que s'ha incorporat als equips.

A continuació exposarem l'experiència de com es porten a terme en 2 centres del territori:

- Organitzat com a taller mensual fixe en horari de divendres tarda a les 18:00h, donat que es l'horari que es va valorar tenia millor acceptació i assistència de les famílies, amb una durada de 1,30h. Està dirigit a les famílies amb infants de 6 mesos de vida, les informem i programem quan venen a la revisió dels 4 mesos i uns dies abans reben un recordatori via SMS. Consta de dues parts, una primera més teòrica en la qual s'aborda tot el tema de l'AC amb suport de presentació i imatges, deixant un espai per la resolució de dubtes, i una segona part més pràctica en la qual es dona informació i coneixements d'actuació en cas d'Obstrucció de la Via Aèria per Cos Estrany (OVACE), tema que angosta molt a les famílies al inici de l'AC. El taller està preparat conjuntament amb l'equip de pediatria i la nutricionista i és portat a terme per 2 infermeres.
- Taller destinat a famílies d'infants menors d'un any basat en una metodologia grupal, participativa i basada en l'evidència i l'experiència. L'estructura del taller es de dues sessions d'una hora i mitja de durada que es desenvolupen en grups d'aproximadament deu participants. Amb la finalitat de transmetre tota la informació necessària per a iniciar l'alimentació complementària amb seguretat i sense dubtes, d'igual manera que es vol contribuir en la construcció d'una dinàmica familiar saludable i positiva entorn del menjar. Al final de cada sessió es passa un qüestionari d'avaluació i, en general, el *feedback* és molt positiu per part de les famílies, comenten que poden resoldre dubtes concrets, agraeixen els consells pràctics i el material compartit està molt ben valorat (exemples de menús per infants, com interpretar etiquetes de productes infantils...).



Tan important és el què menja l'infant com el com ho menja. La família ha d'educar amb l'exemple donat que és l'entorn en el qual l'infant aprendrà a menjar. Considerem fonamental transmetre a les famílies la importància de crear una relació positiva amb l'alimentació des del primer instant ja que és un moment vital clau per prevenir malalties relacionades amb l'alimentació.

Les activitats grupals tenen molts beneficis, entre ells, la possibilitat de resoldre dubtes en un ambient més informal (comparat amb les visites de revisió) i la possibilitat de conèixer i compartir experiències amb persones i famílies del barri que estan en el mateix moment vital. A més, es donen eines i recursos per tal de millorar l'alimentació de les famílies tot insistint en la importància de la planificació dels àpats, com cuinar i combinar aliments, i sempre basat en l'evidència científica. Tot el material elaborat s'envia a través d'e-mail perquè les famílies el tinguin com a referència i puguin revisar-ho a casa i resoldre dubtes a la següent sessió.

NOU A VINCLLES

36

Criteris de derivació al Servei d'Al·lergologia

Des del Servei d'Al·lergologia i Immunologia Clínica de l'Hospital Sant Joan de Déu es van dissenyar uns criteris de derivació per tal de poder remetre de la manera més eficient els pacients a l'especialitat més adequada. Es pretén de manera breu i esquemàtica mostrar què pot oferir cada nivell assistencial per a cada una de les patologies al·lèrgiques. Aquests criteris de derivació es van consensuar amb la resta d'hospitals de la zona que actuen com a 2n nivell (Parc Sanitari Sant Joan de Déu -Sant Boi, Hospital Sant Joan de Déu de Martorell i Hospital Sant Camil) i amb centres d'atenció primària.

L'Atenció Primària té un paper fonamental en la detecció de casos de malaltia al·lèrgica donat que és la porta d'entrada habitual al sistema sanitari i perquè els pediatres realitzen el seguiment dels infants, nens i adolescents. Així, el pediatre de primària és qui realitza l'anamnesi i exploració físi-

ca, inicia les mesures d'evitació i instaura el tractament controlador i de rescat, quan sigui necessari, i posteriorment realitzarà el seguiment dels pacients. EL 2n i 3r nivell centraran la seva taca en els pacients amb patologia moderada-greu.

Creiem, que aquests criteris de derivació elaborats des del consens dels diferents especialistes són una bona eina de col·laboració per al millor tractament dels nostres pacients pediàtrics amb malaltia al·lèrgica.

Podeu consultar els criteris a:

<https://www.sjdhospitalbarcelona.org/sites/default/files/content/file/2022/05/24/1/criteris-derivacio-allergologia-hospital-sant-joan-deu-barcelona.pdf>

37

Criterios de derivación a hematología y protocolos de atención básica

Uno de los objetivos de nuestro centro es dar una atención especializada a los pacientes pediátricos de nuestra comunidad. Para ello, los y las profesionales de atención primaria realizan derivaciones cuando detectan síntomas o signos que pueden estar detrás de un problema de salud que precise de atención más dirigida por uno o varios de los especialistas del centro.

Sin embargo, si bien algunos motivos de consulta son claros, hay muchos otros que pueden hacer generar dudas al pediatra general. Conscientes de

poder dar una respuesta a esta necesidad, el servicio de hematología decidió trabajar, de manera consensuada con pediatras de atención primaria de nuestra área de referencia, en la creación de una serie de **protocolos de atención básica** y en un **listado de motivos de derivación**. Además, cada uno de estos algoritmos fue tratado y pactado durante la Jornada del Curso de Protocolización que tuvo lugar el pasado mes de febrero en nuestro centro. Estamos seguros de que todo este trabajo ayudará a mejorar, todavía más, a poder dar una atención de mayor calidad a los y las pacientes.

FOR MACIÓ I RECER CA

38

CAS CLÍNIC:

Alteració aguda del comportament en un adolescent

Guillem Brullas Badell

Àrea d'Urgències HSJD

Araceli Domingo Garau

Àrea d'Urgències HSJD

Laura Plaza Luna

Àrea d'Urgències HSJD

Sílvia Marín del Barrio

Servei d'Endocrinologia HSJD

Introducció:

L'alteració aguda del comportament pot suposar un repte per al pediatre per l'ampli diagnòstic diferencial (infecció, intoxicació, neurològic, metabòlic, psiquiàtric...) i la necessitat d'estabilització que sol imperar.

Cas Clínic:

Un adolescent de 12 anys és portat pels seus pares a urgències per un quadre d'irritabilitat, desorientació i somnolència des que ha despertat tres hores abans de consultar, i febre des del dia previ. Neguen possibilitat de contacte amb fàrmacs o tòxics, ni traumatisme recent. No s'acompanya de vòmits, quadre comicial, ni cap altra simptomatologia destacable. Està correctament vacunat, excepte per a SARS-CoV-2.

Com a antecedents destaca un escàs guany ponderal i talla baixa que es troba en estudi.

A la valoració inicial presenta un Triangle d'Avaluació Pediàtric (TAP) amb una disfunció del sistema nerviós central (SNC). Està febril amb la resta de constants en rang. A l'exploració física s'objectiva agitació i un discurs incoherent, sense altres alteracions destacables.

Davant la clínica d'alteració aguda del comportament associada a pic febril s'orienta inicialment com a possible meningo-encefalitis aguda, per la qual cosa es canalitza una via venosa perifèrica, es sol·licita una analítica sanguínia i una Tomografia

Computeritzada (TC) cranial, i s'administra una càrrega de volum de sèrum fisiològic a 10 ml/kg associada a cefotaxima endovenosa (EV).

A l'analítica inicial destaca PCR 88 mg/L, sodi 122 mmol/L i clor 85 mmol/L. Davant la hiponatrèmia i la hipoclorèmia amb potassi normal es decideix repetir l'analítica per a confirmar valors. La TC cranial sense contrast realitzada és normal. S'obté líquid cefaloraquídi (LCR) per punció lumbar (PL) que no presenta alteracions en la bioquímica. S'inicia aciclovir EV tot esperant resultats de PCR de virus herpes simple (VHS) en LCR.

L'analítica de control confirma les alteracions iòniques, orientant que la clínica conductual pot ser deguda a la hiponatrèmia, per la qual cosa s'inicia una correcció amb sèrum salí hipertònic al 3% EV a 2 ml/kg.

En comentar aquesta sospita diagnòstica amb la família refereixen que en els darrers 3 anys el pacient presenta una intensa avidesa per a la ingesta de sal. Es decideix ingrés amb sospita diagnòstica d'alteració del comportament secundària a quadre de meningo-encefalitis, hiponatrèmia o tòxics, pendent de recollida d'orina per a estudi de tòxics i ions. Previ a l'ingrés se sol·licita PCR SARS-CoV-2 que és positiva per la qual cosa s'afegeix remdesivir EV.

A l'analítica realitzada després de l'administració del sèrum salí hipertònic, persisteix hiponatrèmia de 121 mmol/L i apareix hiperpotassèmia de 6 mmol/L, per la qual cosa es manté l'administració

del sèrum salí hipertònic, persisteix hiponatrèmia de 121 mmol/L i apareix hiperpotassèmia de 6 mmol/L, per la qual cosa es manté l'administració de sèrum salí hipertònic 3% i s'inicia hidrocortisona a 100 mg/dia (dosi d'estrès màxima) per sospita d'insuficiència suprarenal.

Després d'iniciar hidrocortisona desapareix la clínica neurològica i es normalitza el ionograma. A l'estudi posterior presenta nivells de cortisol basal baix (6,2 ug/dL), ACTH elevat (744 pg/mL) i 17-OH-progesterona normal (0,6 ng/mL), confirmant una insuficiència suprarenal primària (ISRP) o malaltia d'Addison.

L'estudi d'orina és negatiu per a tòxics i no presenta alteracions iòniques. La resta d'ions a la sang (calci, fosfat i magnesi) són normals. Es manté el tractament amb remdesivir, aciclovir i cefotaxima EV fins a la negativitat de l'estudi microbiològic. Durant l'ingrés es manté tractament amb hidro-cortisona EV a dosi d'estrès (44 mg/m²/dia) amb posterior descens a dosi de 22 mg/m²/dia, i s'hi afegeix fludrocortisona 0,1 mg/dia. Per identificar l'etiologia de la ISRP se sol·licita estudi immunològic, que queda pendent a l'alta, i prova de tuberculina i quantiferon que són negatives.

Es dona d'alta amb el diagnòstic d'ISRP i infecció per SARS-CoV-2, amb tractament de manteniment amb hidro-cortisona i fludrocortisona, i pauta de dosi d'estrès en cas de malaltia intercurrent. Es cita per a seguiment ambulatori per Endocrinologia.

Posteriorment s'obtenen els resultats pendents amb positivitat per a anticossos anti-adrenals, confirmant-se el diagnòstic d'ISRP autoimmune.

Discussió:

Els quadres aguts d'alteració del comportament són d'extrema importància en pediatria ateses les seves possibles conseqüències. En el seu maneig, davant de l'alteració del TAP és prioritària l'estabilització inicial del pacient mitjançant la seqüència ABCDE. Un cop estabilitzat es procedirà amb una correcta anamnesi i exploració física. Segons la sospita diagnòstica etiològica es sol·licitaran proves complementàries pertinents: analítica sanguínia (hemograma, ionograma, gasometria, glucosa, perfil hepàtic i renal, reactants de fase aguda i lactat), hemocultiu, estudi toxicològic en orina i/o

TC cranial amb contrast per descartar lesions ocupants d'espai i hipertensió intracranial. Si l'estat del pacient ho permet, es realitzarà una PL per a estudi de LCR (bioquímica, Gram, cultiu i PCR per a VHS). Obtingudes les mostres cal iniciar tractament empíric antibiòtic, antiviral i/o corticoide segons la sospita diagnòstica i els resultats preliminars. Altres estudis complementaris no urgents són les PCR, serologies, anticossos específics, ressonància magnètica cranial o electroencefalograma. Segons els resultats es podrà ajustar el tractament específic a cada cas¹.

L'alteració aguda del comportament pot ser desencadenada per diverses causes [Taula 1]^{2,3}. Una de les principals etiologies que cal descartar és l'encefalitis, una inflamació del parènquima cerebral que es manifesta amb febre, episodis comicials i alteració del comportament i estat mental, amb pleocitosi en LCR, canvis visualitzables per neuroimatge i alteracions a l'electroencefalograma⁴. Pot ser causat per agents infecciosos, principalment virus [cal iniciar precoçment aciclovir com a tractament de VHS], o per processos autoimmunes com ara la variant anti-NMDAR^{1,5}.

Altres possibles causes d'alteració del comportament són el consum voluntari o accidental de fàrmacs i tòxics, els quadres psiquiàtrics i les alteracions iòniques, com ara la hiponatrèmia per ISRP⁶⁻⁸.

La ISRP o malaltia d'Addison consisteix en la impossibilitat de producció de suficients hormones adrenals (glucocorticoides, mineralcorticoides i/o andrògens) a causa d'una destrucció/disfunció de la glàndula suprarenal. Aquestes hormones són fonamentals per a l'equilibri de líquids, l'homeòstasi de l'aigua i electrolits, l'equilibri energètic i el desenvolupament sexual. Es manifestarà amb debilitat, fatiga, pèrdua de pes, hiperpigmentació, ingesta excessiva de sal, i de manera excepcional com a edema cerebral per hiponatrèmia. En ocasions, en context d'un procés agut com una infecció es pot desencadenar una situació potencialment mortal coneguda com a crisi Addisoniana⁸. La principal etiologia de ISRP en adults és autoimmune, seguida d'infecció tuberculosa; en la població pediàtrica la principal causa sol ser genètica. El tractament consistirà en administrar les hormones deficitàries (en alta dosi en situacions d'estrès) i en tractar l'etiologia en cas que sigui possible⁸.

Taula I: Possibles causes d'alteració aguda del comportament en pacients pediàtrics.

Encefalitis virals: virus herpes simple 1 i 2, virus varicella-zòster, virus Epstein-Barr, citomegalovirus, virus herpes 6, enterovirus, adenovirus, parechovirus, virus JC, virus parotiditis, VIH, SARS-CoV-2, ràbia, virus encefalitis japonesa, virus encefalitis centre-europea, virus West-Nile, Dengue, Chikungunya
Meningitis bacterianes: N. meningitidis, S. pneumoniae, S. agalactiae, Listeria monocytogenes, Mycoplasma pneumoniae, sífilis, rickettsias, sepsis
Tuberculosi cerebral
Infecció cerebral per protozous: malària, toxoplasmosi
Infecció cerebral per fongs: criptococcosi, histoplasmosi
Quadres autoimmunes: anti-NMDAR, anti-LGI-1, anti-Hu, anti-Ma, anti-GAD, encefalomièlitis aguda disseminada, encefalitis de Bickerstaff
Causes inflamatòries: vasculitis, lupus eritematós sistèmic, malaltia de Behçet, neurosarcoidosis
Malalties metabòliques: encefalopatia hepàtica, hipoglucèmia
Tumors cerebrals: tumor primari cerebral, metàstasis
Hipòxia cerebral
Hemorràgia cerebral
Quadre comicial: estatus epilèptic, estatus post-crític
Alteracions iòniques: hiponatrèmia, hipernatrèmia
Tòxics: alcohol, drogues, fàrmacs
Quadres psiquiàtrics

REFERÈNCIES

1. Aneja S, Sharma S. Diagnosis and Management of Acute Encephalitis in Children. Indian J Pediatr. 2019;86(1):70-75.
2. Ellul M, Solomon T. Acute encephalitis - diagnosis and management. Clin Med (Lond). 2018;18(2):155-159.
3. Halperin JJ. Diagnosis and management of acute encephalitis. Handb Clin Neurol. 2017;140:337-347.
4. Venkatesan A, Tunkel AR, Bloch KC, Luring AS, Sejvar J, Bitnun A, et al. Case definitions, diagnostic algorithms, and priorities in encephalitis: consensus statement of the international encephalitis consortium. Clin Infect Dis. 2013;57(8):1114-1128.
5. Garg D, Mohammad SS, Sharma S. Autoimmune Encephalitis in Children: An Update. Indian Pediatr. 2020;57(7):662-670.
6. Santiago P, Bilbao N, Martínez-Indart L, Mintegi S, Azkunaga B. Epidemiology of acute pediatric poisonings in Spain: a prospective multi-center study from the Spanish Society of Pediatric Emergency Medicine. European journal of emergency medicine. 2020;27(4), 284-289.
7. Kim KT, Jeon JC, Jung CG, Park JA, Seo JG, Kwon DH. Etiologies of altered level of consciousness in the emergency room. Sci Rep. 2022;12(1):4972.
8. Barthel A, Benker G, Berens K, Diederich S, Manfras B, Gruber M, et al. An Update on Addison's Disease. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2019;127(2-03):165-175

Descubre toda la oferta formativa pediátrica y obstétrica de alta especialización y aprende con los profesionales del Hospital

<https://formacion.sjdhospitalbarcelona.org/>

Potencia tus habilidades para brindar atención a niños, niñas y adolescentes con autismo y a sus familias, desde la atención temprana hasta la transición a la vida adulta, con nuestras formaciones online.

Te formarás con los profesionales de la Unidad multidisciplinar altamente especializada en TEA (UnimTEA) del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.

42



Atención temprana en el TEA

La atención temprana en TEA favorece un desarrollo con el menor impacto funcional posible asociado al autismo.

Aprende a identificar signos tempranos del autismo y domina estrategias de detección e intervención temprana actualizadas.

04/06/2024 - 16/07/2024



Intervención en el TEA en la infancia y la adolescencia

Desarrollar habilidades de comunicación, competencia social, regulación emocional y conducta es fundamental para niños, niñas y adolescentes con TEA.

Adquiere estrategias efectivas de intervención en TEA.

10/09/2024 - 08/10/2024

43



Transición a la vida adulta en el TEA

La transición a la vida adulta de los niños y niñas con Autismo puede presentar desafíos importantes.

Actualízate para acompañar a personas con TEA en esta nueva etapa.

05/11/2024 - 03/12/2024

Ensayo clínico para niños de 18 a 30 meses con señales de alarma para TEA

Aritz Aranbarri

Psicólogo Adjunto UnimTEA,
Área Salud Mental, HSJD

María Díez Juan

Psicóloga Adjunta UnimTEA,
Área Salud Mental, HSJD

44

“¿Dónde puedo derivar un caso con riesgo de TEA en edad temprana?”.

Los niños y niñas, entre los 0-5 años, que presenten señales de alarma para el Trastorno del espectro del autismo (TEA) deben derivarse al centro de atención temprana (CDIAP) de zona lo antes posible para garantizar una valoración específica de sus dificultades de neurodesarrollo y de la sintomatología asociada al TEA, así como para obtener confirmación diagnóstica si procede. No obstante, tanto el diagnóstico como las señales de alarma deben abrir paso a la estimulación temprana del infante y al acompañamiento de la familia en la implementación de estrategias que, aplicadas en contexto cotidiano, proporcionen a los infantes oportunidades de aprendizaje social en su contexto natural de desarrollo.

Otra posibilidad de derivación actual sería ofrecer a la familia la opción de participar en el ensayo clínico **CARE C-ESDM** de la UnimTEA, Área de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, si el caso presenta señales de alarma para TEA y tiene entre 18-30 meses de edad en el momento de la detección.

CARE C-ESDM es el ensayo clínico controlado del proyecto TEA CARE Mas Casadevall, que realiza evaluación y diagnóstico precoz e implementa un programa clínico de atención temprana, mediado por la familia, y un programa de seguimiento basado en la herramienta digital HelpisInYourHands (<https://es.helpisinyourhands.org/>), recientemente traducida y adaptada al español. El proyecto TEA CARE Mas Casadevall ha sido impulsado por las familias de la Fundació Autisme Mas Casadevall (Girona) en colaboración con el Hospital Sant Joan de Déu Barcelona y el apoyo de Fundació la Caixa.

La **web** del ensayo describe los detalles de participación, los criterios de inclusión/exclusión y los pasos a dar para contactar con el equipo responsable:

<https://www.irsjd.org/es/participa/participa-en-la-investigacion/ensayo-care-c-esdm/>

Soy un profesional clínico, ¿Cómo participo en el ensayo CARE C-ESDM?

SOY UNA FAMILIA,
¿CÓMO PARTICIPO?

SOY PROFESIONAL
CLÍNICO, ¿CÓMO
PARTICIPO?



Formulario de contacto

* Los campos son obligatorios

NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO*

APELLIDOS*

TELÉFONO DE CONTACTO*

CORREO ELECTRÓNICO*

DISCIPLINA MÉDICA*

POBLACIÓN DONDE REALIZA SU TRABAJO*

¿SUEDES ATENDER HABITUALMENTE A NIÑOS/AS CON MENOS DE 30 MESES CON SIGNOS DE ALARMA DE TEA?*

¿TE INTERESARÍA COLABORAR CON NOSOTROS O DERIVARNOS A NIÑOS/AS DE ESTAS EDADES Y CARACTERÍSTICAS?*

Seleccione una opción

Seleccione una opción

SI
 No

Doy mi consentimiento con el fin de que me puedan contactar para facilitarme más información sobre el estudio.

☐ HE LEÍDO Y ACEPTO QUE MIS DATOS SERÁN RESPONSABILIDAD DE LA FUNDACIÓ SANT JOAN DE DÉU - INSTITUT DE RECERCA SANT JOAN DE DÉU PARA LA GESTIÓN DE MI SUSCRIPCIÓN, Y DEBAJO LA BASE LEGAL DEL CONSENTIMIENTO. LOS DATOS NO SE CEDERÁN A TERCEROS. PARA MÁS INFORMACIÓN O COMO EJERCER LOS DERECHOS PUEDES CONSULTAR LAS [CONDICIONES DE USO](#) Y LA [POLÍTICA DE PRIVACIDAD](#) *

Para cualquier
duda nos puedes
escribir o llamar a:



teacaremc@mascasadevall.net



673 201 235

CIÈNCIA I HUMA NISME

46

Celebració dels 50 anys de l'Hospital Sant Joan de Déu a Esplugues

L'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona ha commemorat recentment amb una gran festa el 50 aniversari del seu trasllat a Esplugues de Llobregat, i la seva conversió en un hospital de pediatria general concertat per la sanitat pública.

La festa va començar amb una petita cercavila -integrada per professionals de Sant Joan de Déu- que va sortir dels jardins del centre comercial L'illa Diagonal, l'indret on durant prop de cent anys va estar ubicat l'Hospital, per fer el mateix recorregut que va fer el centre l'any 1973. El 1973 va ser un any clau en la història de Sant Joan de Déu. El centre no tan sols es va traslladar a un nou edifici, sinó que va deixar de ser un hospital de beneficència finançat per donacions de la societat barcelonina i va esdevenir un hospital obert a tota la població infantil i concertat per la sanitat pública.

Aquest va ser el punt de partida que ha portat al centre, el primer hospital pediàtric que es va crear a Espanya i un dels primers d'Europa, a créixer de manera espectacular al llarg de les darreres cinc dècades fins a convertir-se en un centre de referència mundial en el tractament de malalties pediàtriques complexes.

L'Hospital, que pertany a l'Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu, va néixer fa més de 150 anys, l'any 1867, en una casa del barri de Gràcia per atendre els infants escrofulosos, raquítics i amb discapacitats físiques més pobres de la ciutat de Barcelona. A la dècada dels anys 50, els nous avenços mèdics van fer que el perfil dels infants que acudien a l'Hospital anés canviant i vinguessin, cada cop més, per motius més diversos. Es va iniciar llavors un procés que va culminar amb un canvi d'orientació de l'Hospital i el trasllat a un nou edifici a Esplugues de Llobregat l'any 1973.

Al nou centre, el Hospital Sant Joan de Déu va començar a atendre, per primer cop a la seva història, parts, i va obrir un servei d'urgències i unitats de cures intensives. Actualment, l'Hospital compta amb més de 330 llits i atén cada any més de 130.000 urgències, 17.000 ingressos i 310.000 visites.



47



POSANT EN VALOR

48



ENTREVISTA AMB: Òscar Mercadé Garcia

Elba Clots Figueras

Pediatra de l'ETAP del Garraf

L'Òscar Mercadé Garcia és el treballador social que forma part de l'Equip de Pediatria del Garraf. La figura dels/de les treballadors/es socials en els equips de pediatria és essencial en el treball diari. La seva presència ha marcat un abans i un després en la manera de treballar. En el nostre equip estem molt contents amb la feina que realitza i de poder compartir el dia a dia amb ell. És per aquest motiu que hem decidit posar en valor la seva feina i fer-li una entrevista per donar a conèixer la seva tasca.

Òscar, explica una mica com et vas iniciar en el món del Treball social? Què has estudiat? On has treballat?

El meu interès inicial pel treball social era sobre la relació. Sense relació no hi ha treball social. Em refereixo a la relació entesa com la capacitat d'obrir-se a l'altre, com empatia, a allò que és diferent, més enllà de nosaltres. Vaig estudiar la diplomatura de Treball Social entre els anys 2002 i 2005 a la Universitat de Barcelona. I la meua companya d'aleshores també era treballadora social. Tot seguit, vaig fer la llicenciatura d'Antropologia entre el 2005 i el 2007. Més tard, en acabar la llicenciatura la impressió de no tenir pròpiament una formació en Antropo-

logia em va dur a estudiar el Màster en Antropologia i Etnografia fins a l'any 2011. Estudiar altres disciplines socials és important pel treball social sanitari, per no quedar-se aïllat i no perdre coneixement. Fins que no exerceixo la professió de treball social sanitari dins el sistema sanitari, aviat farà 3 anys, la meua trajectòria professional havia estat vinculada a l'acció social en diversos àmbits: centre ocupacional per a persones amb discapacitats, hospital de dia per a pacients afectats d'esclerosi múltiple, salut mental, gent gran... Però, en general, podem dir que sempre dins l'àmbit de la salut. Vaig treballar a Barcelona fins que l'any 2018 torno a viure al Garraf (on vaig néixer) i començo a treballar aquí.

Quines millores creus que aporteus als treballadors socials que us heu incorporat en els equips de pediatria? Des de la nostra visió com a pediatres és fantàstic que hi sigueu!

Penso que el treball social sanitari possibilita el model biopsicosocial també en l'atenció a la infància, perquè la sola presència de treballadors socials als equips de pediatria amplia la visió global de l'entorn i incideix en els factors psicosocials que influeixen en el procés de salut-malaltia dels pacients. Fem la fotografia social dels infants i del grup familiar o cuidador. Alhora, garantim la continuïtat assistencial entre l'atenció primària i l'especialitzada i la coordinació entre el social i el sanitari. També som referents dins els equips en maltractament i violència masclista i liderem i/o participem en programes específics com ara el d'atenció a les dones embarassades en risc social i el del pacient crònic complex pediàtric.

Respecte el model anterior, quan compartíem el/la treballadora social amb els adults, quines millores creus que heu aportat?

Evidentment, ha augmentat la detecció de casos i ha ajudat a què el treballador social sanitari deixés de ser reactiu per ser proactiu, és a dir, que puguem fer un treball proactiu amb determinats tipus de pacients, com els nens amb discapacitat, crònics complexos, gestants en risc social...

Consideres beneficis, per l'atenció a l'infant i a les seves famílies, el model d'atenció pediàtrica basat en equips de pediatria?

No ho sé i amb prou feines puc contestar si és suficient l'autonomia de gestió dels equips de pediatria. Em sembla que hi ha moltes maneres de donar resposta a les necessitats de salut de la població infantil que poden ser vàlides. Serà beneficis aquest model sempre que vagi acompanyat dels recursos necessaris per garantir que el nen tingui un pediatre de referència, que sigui accessible i que pugui conèixer el seu entorn social, comunitari i educatiu.

Segons tinc entès teniu relació amb professionals del vostre sector d'altres equips de pediatria, per exemple amb la treballadora social del Penedès. Teniu algun tipus de coordinació? Rebeu formació conjunta?

Formem part d'un grup de treball propi dins l'equip de treball social sanitari de la SAP Alt Penedès-Garraf-Baix Llobregat Nord i treballem conjuntament a partir de protocols, procediments... Recentment, s'ha incorporat una tercera companya dedicada a pediatria a Baix Llobregat Nord. Sí que rebem formació conjunta i vam participar en sessions de supervisió grupal d'equip. També vam fer plegats, per exemple, la primera edició del curs de treball social sanitari de l'Hospital de Sant Joan de Déu, "Infancia y salud: la atención social sanitaria en el contexto hospitalario".

Explica una mica: com és la coordinació que teniu vosaltres amb els treballadors/es socials de l'Hospital Sant Joan de Déu?

Cada especialitat mèdica de l'hospital té un treballador social referent, això fa que cadascun d'ells tingui un coneixement específic d'aquesta especialitat que li serveix per comprendre millor l'experiència i la vivència dels pacients atesos a la unitat. Llavors això fa que la coordinació sigui fàcilment a partir d'una valoració social feta i no sols des d'uns indicadors de risc detectats. Són professionals de primera divisió.

En quins aspectes creus que aquesta coordinació beneficia als infants?

Un exemple d'això serien les reunions de coordinació pels casos de complexitat i atenció paliativa pediàtrica del Garraf i l'Alt Penedès. Ens coordinem en casos concrets davant la multiplicitat d'especialitats diferents que atenen el nen, la qual cosa pot dificultar tenir una visió global i un referent clar, com pot ser la figura del gestor de cas. Detectem necessitats psicosocials del pacient i del seu entorn, reforcem el paper de cuidadors dels pares i la seva capacitat, vetllem pels germans i identifiquem signes d'alarma.

Desgraciadament cada vegada estem veient més situacions de risc social a les consultes. Creus que cada vegada, a les consultes de pediatria, detectem millor aquests casos? Creus que ens falten eines, formació i/o temps per a la detecció?

El maltractament infantil no és infreqüent i tota intervenció no ha de tenir la certesa total de maltractament. La detecció ha de ser tan precoç com sigui possible per evitar conseqüències més greus a l'infant o adolescent i per incrementar les possibilitats d'èxit de la intervenció, tractar les seqüeles i evitar la reiteració. Per fer-ho, cal una actitud proactiva per part de tots els agents implicats. La diferència entre una cura inadequada i un maltractament pot ser difícil. Cal consensuar amb l'equip els factors de risc que poden suggerir dificultats posteriors i protocolitzar la intervenció del treballador social sanitari.

Vull dir que cal actuar per protocol i no d'una opció personal. Estar a l'aguait de possibles situacions de risc a consulta pediàtrica sí que està al nostre abast.

Quins aspectes creus que caldria millorar de la teva feina per a poder treballar de manera més satisfactòria?

Em sembla que la proactivitat hauria de ser cada cop més la base de l'activitat professional dels treballadors socials sanitaris als equips de pediatria. Em refereixo a aquella activitat que va per davant d'alguna cosa, que s'anticipa. Poder treballar més amb llistes de pacients mitjançant la història clínica i avançar-nos a les necessitats psicosocials associades a la malaltia. Aconseguir així un sistema d'estratificació dels pacients pediàtrics que permeti identificar a quin pacient acudir proactivament amb més celeritat. També poder disposar d'una agenda de treball social sanitari semblant a la dels psicòlegs del programa de col·laboració amb la primària on poder compartir i valorar els casos amb els pediatres de referència del pacient.

Has participat en la creació de la intervenció social sanitària per gestants en situació de risc social i del nadó, explica una mica de què es tracta?

Seguint amb la proactivitat com la base de treball per la intervenció de treball social sanitari, el passat dia 1 de febrer vam presentar un procediment compartit entre nivells hospitalari i de la primària de salut per a aquesta població: pacients gestants en risc social. Des que el febrer de 2021 ens incorporem els treballadors socials sanitaris a les unitats pediàtriques del Garraf i l'Alt Penedès, posem de manifest que el sistema de salut no detecta a temps aquests casos per poder actuar de forma preventiva. Al cap d'uns mesos, comencem un treball de revisió del circuit d'atenció compartida on participen els treballadors socials sanitaris d'hospitals d'aguts i de primària de salut i de les unitats pediàtriques. De seguida apareix la necessitat d'incorporar altres disciplines com ginecologia i llevadores de l'ASSIR

per fer-les sabedores de l'actuació i alhora integrar aquesta actuació de forma interdisciplinària. L'objectiu de la intervenció psicosocial liderada per treball social sanitari dels àmbits hospitalari i de la primària de salut és la prevenció del maltractament prenatal. Per tal de detectar possibles casos de maltractament prenatal i prevenir futurs casos de maltractament infantil, es fa necessària una coordinació entre l'ASSIR i les unitats de pediatria, que no sempre existia abans. La detecció, que anirà a càrrec de l'ASSIR en la major part dels casos, permet treballar de forma preventiva amb la gestant i la comunitat evitant, en algunes ocasions, la presa de mesures de desamparament del menor. Garantim la continuïtat assistencial entre els serveis de l'APS i hospitalaris. Generem un vincle i un espai de confiança de la gestant en visita prenatal amb la futura pediatra del nadó com a element innovador. En aquesta intervenció hi és present el treballador social sanitari de pediatria per acompanyar a la gestant en el canvi de servei i professionals, facilitant l'exposició de factors més vulnerables, com poden ser: la precarietat econòmica i d'habitatge; dona sola, sense parella o suport familiar insuficient; violència masclista; consum de tòxics; manca de seguiment de l'embaràs... La intervenció del treballador social sanitari anirà associada a un diagnòstic social sanitari de la nostra valoració, que definirà el pla de treball i la vinculació/derivació de la dona als dispositius més adients de la comunitat. Podem dir que la maternitat és un moment en què es produeixen canvis essencials a nivell biopsicosocial i, per tant, les dones estan més disposades a rebre suport i a generar canvis, en si mateixes i el seu entorn, en un espai de temps determinat i únic com és l'embaràs. No ens consta procediments existents que defineixin marcs d'intervenció com els que hem establert els serveis de salut d'atenció primària i especialitzada de les comarques del Garraf i l'Alt Penedès.

Estàs content de treballar en l'Equip de pediatria del Garraf?

Estic content quan penso que soc un més de l'equip.

vincloces

PEDIATRIA TERRITORIAL