



Editorial

La crisis económica y su influencia en el mundo sanitario

HSJD, a prop teu

• **Publicació del llibre “Evaluación neurológica del recién nacido”, del Dr. García-Alix**

• **Objectiu: minimitzar el dolor i el malestar associats a l'experiència hospitalària**

L'Hospital Sant Joan de Déu va posar en marxa fa gairebé un any i mig el pla “Hospital sense Dolor”, amb l'objectiu d'impulsar i definir iniciatives per millorar el control del dolor i l'ansietat que sovint s'associen a l'experiència hospitalària, implementant estratègies i actuacions tant farmacològiques com no farmacològiques. En aquest article es revisa el moment en que es troba aquesta iniciativa

• **Recomanacions per pacients i famílies a l'alta hospitalària**

Amb la intenció de facilitar el coneixement entre els diferents proveïdors que ens dediquem a l'atenció de la salut pediàtrica, al temps que satisfem diverses demandes que ens han arribat per diferents canals, ens ha semblat útil fer incloure en aquest apartat de HSJD a prop teu els documents d'informació que facilitem a pacients i famílies, referits a diferents procediments

Coneixement professional

• **Vídeo sessió sobre prevenció de la plagiocefàlia**

Com a complement de l'article publicat al número anterior, us oferim el vídeo d'una part de la sessió de protocolització sobre aquesta patologia de tan elevada prevalença en l'actualitat, en el que es repassen les mesures de prevenció.

• **Pubarquia precoz, pubertad precoz y pubertad adelantada**

La Dra. Lourdes Ibañez, de la secció d'Endocrinologia de HSJD, actualitza els conceptes diagnòstics relacionats amb les anomalies de la pubertat.

• **Cas clínic: Leishmaniasis cutània**



Actualitat

• **5è Informe FAROS: l'adolescent i el seu entorn en el segle XXI**

En aquest informe s'analiza la situació i evolució en la darrera dècada de la població adolescent pel que fa a diferents aspectes: demografia, entorn familiar, salut, salut sexual, noves tecnologies i valors.

Què hi ha de nou en Vincles?

• **Un exemple de col·laboració entre nivells: maneig de l'obesitat infantil**

Durant els últims mesos s'ha consensuat el protocol de maneig de l'obesitat infantil. Aquest consens, impulsat des del Projecte Vincles, s'ha elaborat per part d'un grup multidisciplinari de professionals que formen part dels equips de pediatria d'atenció primària de Barcelona-Esquerre, Baix Llobregat, Alt Penedès i Garraf, així com membres de la secció d'endocrinologia de HSJD.

Formació continuada

• **Cursos Àula de Pediatria HSJD**

Ciència i humanitat

• **Resenya llibre: Bioètica en pediatria**

El racó d'en Santi

• **5 consells KidsHealth / Recurs de xarxa**

• **Un nuevo capítulo de los Tratados de Pediatría**

El Santi reflexiona sobre l'aparició de noves patologies pediàtriques relacionades amb la incorporació de les noves tecnologies.

• **Farewell**

En el context de crisi econòmica en que ens trobem, sobre la qual hem reflexionat en la nostra Editorial d'aquest número de Nous Vincles, el Santi ens planteja una estratègia possible per enfocar-la.

Actualmente en nuestro país estamos inmersos en una situación económica realmente crítica. Al parecer es ineludible, a los ciudadanos nos parece injusta y la percibimos como una imposición. Esta crisis económica requiere para su tratamiento medidas que conducen de manera inexorable a un recorte del gasto público, que tristemente y de forma discutible ha incidido de manera notabilísima en una reducción del gasto sanitario.

La sostenibilidad del sistema sanitario es una de las cuestiones fundamentales en los países avanzados, en éstos, la cobertura sanitaria es un derecho de los ciudadanos y una cuestión nuclear del estado del bienestar. Es imprescindible señalar que desde hace años los costes sanitarios han experimentado un incremento progresivo y desde diversas áreas, fundamentalmente desde el propio ámbito sanitario, se ha cuestionado la viabilidad de un sistema de acceso universal a unas prestaciones sanitarias cada vez más onerosas para los fondos públicos. Se ha argumentado la necesidad de rentabilizar los recursos sanitarios al máximo, con una gestión cuidadosa de éstos a la que podían añadirse opciones como el copago, o el control estricto del gasto farmacéutico, pero en un clima de bonanza económica y posiblemente, por tratarse de medidas supuestamente impopulares, han sido sistemáticamente desestimadas por los diferentes gobernantes que han ostentado el poder.

La crisis económica nos ha golpeado con dureza, y sabemos que es necesario afrontar las crisis con voluntad de mejora, las crisis deben ayudarnos a crecer, deben ser un aldabonazo en nuestras conciencias que nos impulse a una situación nueva y mejor, y eso deseamos y pretendemos conseguir los profesionales de la salud. No obstante, es necesario reflexionar sobre el porqué de la crisis; los poderes financieros han crecido desmesuradamente con la aquiescencia de un poder político que no ha sabido o no ha podido gestionarlos correctamente, una vez se ha puesto de manifiesto, es imprescindible poner coto al gasto público y como decíamos líneas arriba, tristemente y de forma discutible las medidas restrictivas necesarias han incidido sobre la sanidad pública. En un brevísimo período de tiempo, mucho más corto que en otros países, se ha exigido al mundo sanitario una reducción del gasto muy difícil de integrar sin que sea traumática, así los profesionales sanitarios hemos tenido que asumir tanto

en el ámbito hospitalario como en la asistencia primaria sobrecargas asistenciales así como recortes importantes en nuestros emolumentos y en muchos casos, situaciones mucho más dramáticas, como la pérdida del puesto de trabajo. Pensemos ahora en lo más importante para nosotros, en nuestros pacientes, seguir manteniendo el acceso universal a la salud como hasta ahora, con las medidas restrictivas tomadas, sin que se vea afectada la calidad asistencial parece al menos poco probable y un deseo o una ilusión de aquellos que propugnan estas draconianas medidas restrictivas.

Los profesionales de la salud ni podemos ni debemos admitir, que todos los problemas se pueden resolver mejorando la gestión de los recursos y siendo más eficientes, como parece querer darse a entender desde diversos estamentos que pretenden justificar el diagnóstico y tratamiento de la crisis en el ámbito sanitario; sería reconocer que el gasto sanitario es hoy día inasumible por una inadecuado desarrollo de nuestra labor profesional. Es indudable que debe gestionarse más y mejor, pero no únicamente en situación de crisis si no siempre, hemos de valorar la vertiente positiva de la crisis como catalizador de un cambio y pensar que debemos capacitarnos para mejorar nuestra actuación profesional y salir fortalecidos de ella, pero es fundamental mantener nuestro profesionalismo a ultranza y reclamamos para ello, autonomía para desarrollar nuestra labor profesional buscando la excelencia como hemos pretendido siempre. Es necesario llevar a cabo una serie de medidas que contengan el gasto sanitario y a la vez mejoren la productividad asistencial. Con recursos escasos deben priorizarse las prestaciones en función de su rentabilidad y de quiénes son sus destinatarios, teniendo en cuenta que para mantener la equidad los más necesitados deberían ser protegidos.

Es también una oportunidad única, para que el ciudadano, mediante un debate público bien ponderado y profundo conozca y aprenda lo que el sistema sanitario puede hacer por él y lo que él puede hacer por el sistema sanitario, ahora y en el futuro, a la vez que los presupuestos para sanidad deberían contemplarse como prioritarios para cualquier gobierno porque la sanidad para el ciudadano sin duda lo es.

Francisco José Cambra Lasaosa

Adjunto a la Unidad de Críticos del hospital Sant Joan de Déu

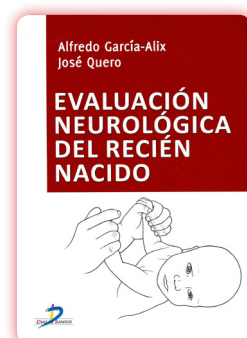


L'Hospital Sant Joan de Déu, a prop teu

El doctor García-Alix publica un llibre sobre l'avaluació neurològica del nounat.

El doctor Alfredo García-Alix, facultatiu del servei de neonatologia de l'Hospital Sant Joan de Déu, ha escrit el llibre "Evaluación neurológica del recién nacido". Es tracta d'un llibre adreçat a neonatòlegs i pediatres que ofereix una ampla aproximació a tots els aspectes que comprenen l'avaluació neurològica del nounat. L'autor repassa una per una des de les àrees clàssiques de l'avaluació neurològica com vigília, to, força o reflexes fins a d'altres importants com la pell, el cabell, la morfologia, la son, etc.

L'obra, editada per Diaz de Santos, ja es pot adquirir a les llibreries especialitzades.



Servei de Comunicació
Hospital Sant Joan de Déu
Barcelona



Objectiu: minimitzar el dolor i el malestar associats a l'experiència hospitalària.

L'Hospital Sant Joan de Déu va posar en marxa fa gairebé un any i mig el pla Hospital sense Dolor, amb l'objectiu d'impulsar i definir iniciatives per millorar el control del dolor i l'ansietat que sovint s'associen a l'experiència hospitalària, implementant estratègies i actuacions tant farmacològiques com no farmacològiques.

Sota la coordinació de l'anestesiòloga Marina Perelló, es va crear un equip de treball format per metges, infermeres, psicòlegs i especialistes en qualitat. Aquest equip s'encarrega d'impulsar i definir les iniciatives i ho fa treballant de forma transversal amb una xarxa de professionals de referència ubicats a tots els serveis de l'hospital.

L'Hospital sense dolor és una de les tres línies, junt amb l'Hospital Amic (acollida dels nens i les seves famílies en les millors condicions) i l'Hospital Segur (seguretat del pacient), que complementen els pilars fonamentals de l'activitat del centre, és a dir, l'assistència, la recerca, la docència i la innovació.

L'objectiu ha estat institucionalitzar conductes davant del dolor i l'ansietat incorporant principis bàsics en el patrons de la pràctica diària per a tot l'hospital, de manera que tots els serveis disposin d'unes pautes, normes i protocols que els permetin un millor tractament del dolor i l'ansietat, les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any.

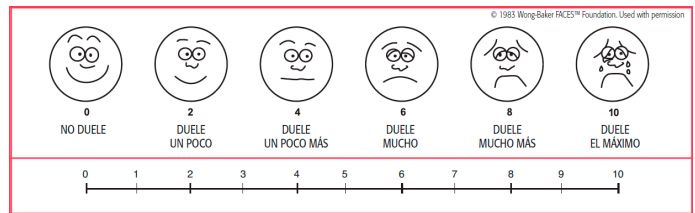
Segons afirmen els membres de l'equip de treball de l'Hospital Sant Joan de Déu, "els nostres pacients de vegades tenen dolor o estan sotmesos a situacions que els provoquen emocions negatives, ansietat i/o por. Tenim clar que per nosaltres qualsevol dolor és important, i per tant el que volem és anar més enllà de l'exclusiu tractament mèdic per fer-li front. Per això, ens centrem en un abordatge integral que a més del tractament mèdic té en compte les emocions negatives vinculades al dolor i l'entorn social del nen".

De fet, l'Hospital sense dolor treballa en un model d'atenció centrada en el pacient i la seva família "i ho fa des de l'exigència moral de fer les coses ben fetes", afirma Perelló. I afegeix: "és a dir, es fa un enfocament multidimensional que suposa millorar la prevenció i el tractament del dolor i l'ansietat, que implica educar als professionals, als pacients i a les famílies sobre el dolor i, finalment, que promou la recerca i investigació en l'àmbit del dolor i l'ansietat".

El primer pas va ser trobar les referències de treball que es poguessin alinear amb l'Hospital i els seus valors. Es va fer una recerca dels Organismes reconeguts a l'àmbit de la Salut, Dolor i Qualitat.

Seguidament la feina es va centrar en fer un diagnòstic de com estava el centre en aquell moment. Es van prioritzar les accions i es van planificar i implantar fent grups de treball amb els referents dels serveis implicats.

Pel seguiment de les accions posades en marxa, s'han definit indicadors que mesuren l'avaluació i registre del dolor i contemplen també el tractament farmacològic i la seva adequació, així com la presència / participació de familiars davant de procediments terapèutics o diagnòstics, la utilització de tècniques no farmacològiques (pallassos, música, Childlife, posicions de confort...), la formació dels professionals, la informació a pares i pacients i la medicació de la satisfacció.



Durant l'any 2010 s'ha aconseguit millorar l'ús dels sistemes PCA-NCA (dispositius que administren una quantitat programada de medicació analgèsica segons les necessitats individuals), estandarditzant la seva implantació a tot l'Hospital, creant un registre específic i uns protocols de tractament per aquests pacients. A Urgències s'ha implantat el "Protocol de sedació/analgèsia per a procediments". A UCI s'ha adequat un registre específic de dolor. A l'hospital maternal s'ha protocol·litzat l'entrada de la parella durant l'anestèsia i la cesària.

Finalment, Perelló remarca la importància de que un hospital pediàtric disposi d'una "Pauta farmacològica hospitalària de prevenció i tractament del dolor", com la que s'ha actualitzat, "ja que els nens són orfes terapèutics, i això és així ja que fins fa dos anys la legislació no obligava a fer assajos clínics en nens. Estandarditzar i protocol·litzar tractaments que ja es fan dona molta seguretat al metge".

Algunes d'aquestes accions ja s'han pogut avaluar. Com ha estat el cas de la millora de l'ús de sistemes de tractament del dolor amb bombes d'analgèsia (PCA-NCA). Una actuació que va suposar, entre altres coses, formar específicament sobre aquest sistema al 90% de les infermeres d'hospitalització, o l'elaboració de tríptics informatius en castellà i català per a les famílies. L'enquesta per avaluar aquesta intervenció, i que es va passar el darrer trimestre de 2010, mostra, entre d'altres valors, que un 93% dels beneficiaris considera que el control del dolor mitjançant PCA és excel·lent o bo, i un 99% considera que és una manera positiva de controlar el seu dolor.

El registre hospitalari del dolor es realitza de forma completa en el 91% dels pacients hospitalitzats.

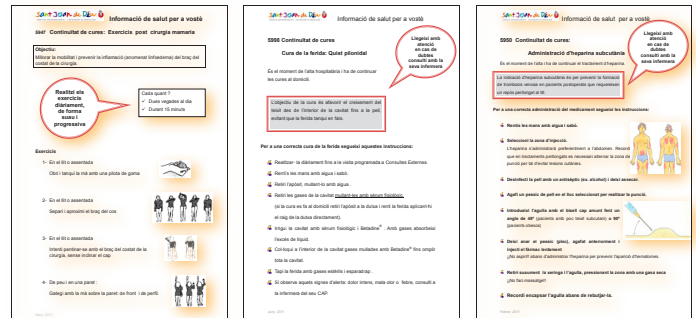
Aquest any 2011 s'està fent la difusió de les noves "Escala de dolor de butxaca" i el "Curs bàsic de Formació en dolor i ansietat". Actualment es treballen les "Pautes hospitalàries per a venopunció i cateterització venosa". També està previst validar una "Escala d'ansietat lligada al dolor" i millorar la "Sedació farmacològica preoperatòria", així com iniciar l'entrada dels pares a quiròfan, durant la inducció anestèsica. A Urgències s'aplicaran els indicadors per a avaluar les noves pautes de sedo-analgèsia. A més, a nivell d'investigació, l'Hospital disposa d'una beca per implantar els "Indicadors de l'Hospital sense dolor".

També s'està treballant en el procés quirúrgic amb un model centrat en la família amb l'objectiu de reduir l'ansietat, tant adequant els espais del bloc quirúrgic per fer possible l'acompanyament, com en la posada en marxa del projecte d'entrada dels pares en la Unitat de Cirurgia Ambulatoria.

Documents d'informació per a pacients i famílies.

Amb la intenció de facilitar el coneixement entre els diferents proveïdors que ens dediquem a l'atenció de la salut pediàtrica, al temps que satisfem diverses demandes que ens han arribat per diferents canals, ens ha semblat útil fer incloure en aquest apartat de HSJD a prop teu els documents d'informació que facilitem a pacients i famílies, referits a diferents procediments. En aquest número s'inclouen:

- Exercicis post cirurgia mamària.
- Cura de la ferida: quist pilonidal.
- Administració d'heparina subcutània.



Inmaculada Oliveras i equips d'infermeria de suport i d'hospitalització
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona



Coneixement professional

Vídeo sessió sobre prevenció de la plagiocefàlia

A l'últim número de la revista *Nous Vincles* publicàvem, com a exemple de coordinació entre nivells assistencials, un article sobre el consens arribat entre pediatres d'atenció primària i neurocirurgians de l'Hospital Sant Joan de Déu en relació al maneig preventiu, diagnòstic i terapèutic de la plagiocefàlia. Assenyalàvem en aquell article el fet que es tracta d'una patologia de molt elevada prevalença des que els pediatres insistim en que s'ha d'evitar que el nadó dormi en decúbit pro, com a mesura de prevenció de la mort sobtada.

En aquest número us volem complementar la informació recollida en aquell article mitjançant el vídeo d'una part de la sessió sobre aquest tema que va tenir lloc el propassat mes de maig, com a part del curs de protocolització transversal de l'any 2011 que s'impulsa des del Projecte Vincles. En aquest vídeo es repassen les mesures de prevenció. Properament us oferirem una monografia sobre la plagiocefàlia, que serà publicada gràcies a de la col·laboració entre el Departament de Salut, el Institut Català de la Salut i l'Hospital Sant Joan de Déu.

Enllaç al vídeo



Pubarquia precoz, pubertad precoz y pubertad adelantada

Pubertad y adrenarquia: ¿qué es normal?

La pubertad fisiológica se inicia cuando se reanuda la actividad del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal. Como consecuencia, aparecen los caracteres sexuales secundarios.

El primer signo bioquímico de pubertad es el aumento pulsátil de la síntesis de hormona liberadora de las gonadotropinas (GnRH), que estimula a su vez la secreción de gonadotropinas hipofisarias (luteostimulante-LH-y foliculostimulante-FSH-), en especial de la LH, que inicia su pulsatilidad nocturna. Las gonadotropinas estimulan la síntesis gonadal de testosterona y estradiol.

El primer signo clínico de la pubertad es la aparición del botón mamario en las niñas y el aumento del volumen testicular en los niños (que pasa de 2 mL a 4 mL), con o sin aparición simultánea de vello pubiano. La pubertad se inicia en las niñas entre los 10,0 y los 11,5 años, tiene una duración promedio de 2,5 años y finaliza con la aparición de la menarquia; ésta ocurre como promedio, en nuestra población a los 12,5 años. En el niño la pubertad comienza entre los 12,0 y los 12,5 años y tiene una duración de 3,5-4 años.

El inicio de la pubertad suele estar precedido por la adrenarquia, que es un proceso independiente caracterizado

por el aumento de la síntesis de andrógenos suprarrenales, fundamentalmente de deshidroepiandrosterona (DHEA) y de su sulfato (DHEAS), que se convierte en el andrógeno más abundante en plasma, y que es el marcador del proceso. La adrenarquia tiene lugar entre los 6 y los 8 años de edad, y no suele tener traducción clínica.

Pubarquia prematura

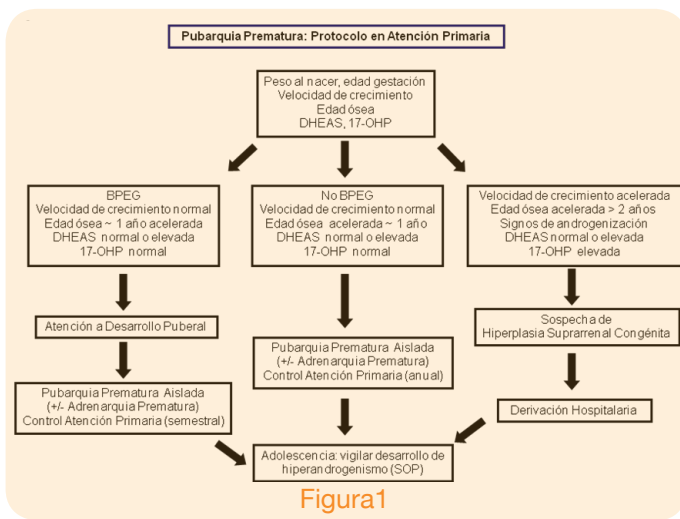
La pubarquia prematura es la aparición de vello púbico antes de los 8 años en niñas y antes de los 9 años en niños, sin telarquia ni aumento del tamaño testicular. La causa más frecuente es la adrenarquia prematura –o aumento precoz de la síntesis de andrógenos suprarrenales– y se puede acompañar de otros signos de androgenización como acné, axilarquia y cambios en el olor corporal. Es mucho más frecuente en niñas que en varones (10/1).

La talla suele ser alta para la talla familiar, y la edad ósea suele estar avanzada ~ 1 año con respecto a la edad cronológica.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con una forma tardía de hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 21-hidroxilasa (<5% de los casos). En estos casos, la velocidad

de crecimiento y la edad ósea suelen estar aceleradas, y puede haber signos de androgenización de genitales (hipertrofia de clítoris, aumento del tamaño del pene). El diagnóstico se realiza determinando las cifras de 17-hidroxiprogesterona (17-OHP); se consideran patológicas si son > 100 ng/dL. En ese caso, se debe derivar al hospital para realizar un test de estimulación con ACTH. Otras entidades como la producción tumoral de andrógenos son excepcionales.

Las niñas con pubarquia prematura tienen más riesgo de desarrollar hiperandrogenismo y *síndrome de ovario poliquístico en la adolescencia*; esta evolución es más frecuente si existe un antecedente de *bajo peso al nacer para la edad gestacional* (BPEG). Las pacientes con pubarquia prematura y BPEG tienen también mayor riesgo de desarrollar pubertad adelantada rápidamente evolutiva, por lo que requieren un seguimiento más exhaustivo por parte del pediatra de primaria. El protocolo recomendado de seguimiento se describe en la **Figura 1**.



Pubertad precoz

La *pubertad precoz* es la aparición de caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años en la niña y antes de los 9 años en el varón.

La *pubertad precoz* de origen central es la más frecuente en ambos sexos, y es debida a una activación precoz del eje hipotálamo-hipófiso gonadal. En las niñas, la causa más frecuente es la "idiopática"; en los niños hay que descartar una causa orgánica, que puede existir en el 50% de los casos. Es importante diferenciar las formas progresivas de las no progresivas, ya que las primeras requerirán derivación hospitalaria (Tabla 1). Las formas no progresivas suelen observarse en el sexo femenino; en los niños es excepcional que la pubertad regrese espontáneamente.

Tabla 1. Pubertad Precoz Central Evolutiva. Criterios de progresión

Criterios	PP Progresiva	PP No Progresiva
Progresión estadios Tanner	Rápida, en 3-4 meses	Estables o en regresión
Velocidad de crecimiento	Acelerada	Normal
Edad ósea	Avanzada > 1 año	Adecuada edad cronológica
Pronóstico de talla final	Inferior a la talla genética	En el rango de la talla genética
Longitud uterina (Eco)*	≥ 35 mm	< 35 mm

*niñas
Carel & Léger. N Engl J Med 2008; 358:2366-77.

En los casos evolutivos, la progresión de la pubertad es gradual. En las niñas, puede existir inicialmente desarrollo mamario unilateral; la menarquia no suele acontecer hasta al menos un año después del inicio del botón mamario. Es importante destacar que el seguimiento clínico a corto plazo (3-6 meses) es el parámetro más decisivo en la valoración de las características progresivas de la pubertad. La edad ósea puede ser inicialmente adecuada a la edad cronológica y avanzar rápidamente en casos de pubertad evolutiva, por lo que es un parámetro poco fiable. Del mismo modo, el hallazgo de concentraciones basales normales de gonadotrofinas y esteroides gonadales no descarta el carácter progresivo de la pubertad. En las niñas, el hallazgo de un útero de características puberales apoya el diagnóstico de pubertad evolutiva.

La *pubertad precoz periférica* es mucho menos frecuente y se debe a la producción de hormonas sexuales de manera autónoma por la gónada o de forma ectópica tumoral. En este caso, el eje hipotálamo-hipófiso gonadal no está activo. En las niñas, el desarrollo mamario suele ser de evolución rápida, y aún en los casos que no sea completo, puede acompañarse de sangrado vaginal. En los niños, en general, existe mayor desarrollo del pene que de los testículos. En ambos casos, la aceleración de la edad ósea suele ser muy superior a la observada en la pubertad precoz de origen central. En la pubertad precoz periférica las concentraciones basales de gonadotrofinas y esteroides gonadales son diagnósticos; los niveles de gonadotrofinas está suprimidos, y los de esteroides gonadales elevados.

Pubertad adelantada

La pubertad adelantada se manifiesta con los mismos signos y síntomas que una pubertad normal, pero a una edad temprana, en las niñas entre los 8 y 9 años y en los niños entre los 9 y 10 años. En general, la pubertad adelantada no altera la talla adulta, ya que suele existir una relación inversa entre la edad de inicio de la misma y su duración; por consiguiente, no es recomendable intervenir de manera sistemática. Sin embargo, existen dos poblaciones de pacientes –en general del sexo femenino– en los que una pubertad adelantada puede determinar una talla final por debajo de la talla genética:

- Pacientes con historia de BPEG
- Niñas adoptadas

Pacientes con historia de BPEG

En pacientes con BPEG que realizan una recuperación ("catch-up") de talla y sobre todo de peso rápida y marcada, la pubertad puede iniciarse antes y ser rápidamente evolutiva, con menarquia temprana y talla final por debajo de la talla genética (como promedio inferior a -1 DE de la esperada). Esta evolución también puede ocurrir en pacientes con BPEG y sin "catch-up" completo, aunque es menos frecuente. Por consiguiente, el pediatra de primaria debe controlar de cerca el desarrollo puberal en estas pacientes y realizar derivación hospitalaria si la progresión de la pubertad en 3 meses es superior a un estadio de Tanner. La edad ósea, al igual que en el caso de la pubertad precoz evolutiva, no es un parámetro fiable de progresión; en las niñas, la existencia de una longitud uterina (ecografía) ≥ 35

mm apoyará las características progresivas de la pubertad. Es necesario controlar el peso, ya que una ganancia rápida de peso o la existencia de sobrepeso u obesidad pueden acelerar el desarrollo puberal.

Pacientes adoptadas

En las últimas décadas en nuestro país hemos visto incrementadas las adopciones internacionales. En muchas ocasiones los antecedentes personales (obstétricos, perinatales, del desarrollo psicomotor) y familiares son inciertos. Incluso la edad cronológica a veces es dudosa y plantea al pediatra dudas en cuanto a definir los límites normales.

El grupo más susceptible son las niñas adoptadas en países asiáticos o de Europa del Este, entre los 3-9 años. Estas niñas en su nueva familia experimentarán una alimentación diferente y con cantidades muy superiores a las que estaban acostumbradas en sus países de origen con una consecuente ganancia de peso rápida. Estos cambios corporales alteran señales neuroendocrinas, como la secreción

de leptina, que incrementan los picos de GnRH llevando a la aparición temprana de caracteres sexuales secundarios por activación del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal. Estas niñas presentan pubertades rápidamente progresivas con una evolución parecida a la de las pacientes con BPEG, por lo que el protocolo de seguimiento recomendado es el mismo.

En la **Figura 2** se resume el protocolo de seguimiento y derivación de los pacientes con pubertad adelantada.

Bibliografía

- Akglaede L, Sørensen K, Petersen JH, Skakkebaek NE, Juul A. Recent decline in age at breast development: the Copenhagen Puberty Study. *Pediatrics* 2009; 123:e932-9.
- Carel J.C., Léger J. Precocious Puberty. *N Engl J Med* 2008; 358:2366-77.
- Ibañez L., Ferrer A., Marcos MV., Rodríguez-Hierro F., d Zegher F., Early puberty: rapid progression and reduced final height in girls with low birthweight. *Pediatrics* 2000; 106:e72.
- Ibañez L., Jiménez R., de Zegher F. Early puberty-menarche after precocious pubarche: relation to prenatal growth. *Pediatrics*. 2006; 117:117-21.
- Parent AS, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek N, Toppari J, Bourguignon JP. The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration. *Endocr Rev* 2003; 24:688-93.
- Teilmann G, Pedersen CB, Skakkebaek NE, Jensen TK. Increased risk of precocious puberty in internationally adopted children in Denmark. *Pediatrics* 2006; 118: 391-9.
- Vizmanos B, Marti-Henneberg C. Puberty begins with a characteristic subcutaneous body fat mass in each sex. *Eur J Clin Nutr* 2000, 54:203-208.

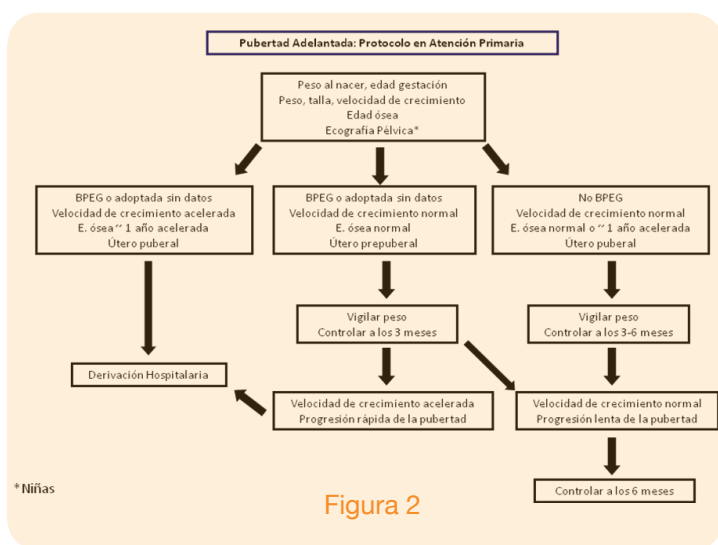


Figura 2

Nuria Sanz Marcos y Lourdes Ibañez Toda
Sección de Endocrinología. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

Cas clínic: leishmaniosi cutània

Nena de 10 anys derivada pel seu pediatra a urgències per valoració de lesions cutànies que no responen al tractament iniciat.

Tant els pares com la pacient són d'origen marroquí, i resideixen a Barcelona. Com a antecedents personals expliquen un viatge al Marroc recent, del qual han retornat fa uns 3 mesos. No refereixen infeccions de repetició ni al·lèrgies medicamentoses conegudes i la vacunació és correcta. Dels antecedents familiars no hi ha res a destacar.

Refereixen que tres setmanes abans de la visita consultaren al seu pediatra habitual després d'objectivar l'aparició de lesions cutànies papuloses a zona facial (cella esquerra), avantbraços i extremitats inferiors. Malgrat el tractament antibiòtic prescrit pel seu pediatra (amoxicil·lina-clavulànic i cefuroxima oral i mupirocina tòpica) aquestes lesions evolu-

cionaren a nòduls que posteriorment s'ulceraren pel centre (**Fig.1**), motiu pel que es remesa al nostre centre. La pacient no refereix altre simptomatologia acompanyant.

A urgències es fa el diagnòstic diferencial de:

- Furunculosi
- Impetigen
- Ectima
- Leishmaniosi cutànea
- TBC cutànea

I amb això es remet a dermatologia per valoració. Allà fan biòpsia cutània, gram i cultiu bacterià i per micobacteries i PCR Leishmania a les lesions.

Uns dies més tard, la pacient torna a urgències per empitjorament de les lesions (**Fig 2**):



Figura 1. Lesions nodulars infiltrades al tacte amb ulceració central, situades a extremitats inferiors.



Figura 2. Empitjorament de les lesions.

Leishmaniosi cutània

El Servei de Dermatologia tenint en compte les dades clíniques exposades i l'antecedent de viatge recent al Marroc sospita el diagnòstic de leishmaniosi cutània.

La PCR a leishmania és positiva i el resultat de la biòpsia és el d'una lesió compatible amb dermatitis granulomatosa, amb estructures rodones que podrien correspondre a Leishmanies. Davant la confirmació del diagnòstic i l'evolució tòrpida de les lesions i número de les mateixes (7), es decideix ingrés per a realitzar tractament endovenós amb amfotericina B liposomal (5 dies de tractament) i es completa la pauta d'amfotericina B liposomal (dosis els dies 14 i 21) a Hospital de dia. Els controls a consultes externes de Dermatologia mostren una evolució correcta amb milloria progressiva de les lesions.

La leishmaniosi és una malaltia infecciosa, granulomatosa crònica, transmesa per picada de la femella del mosquit Anopheles. El 10% dels casos apareixen en menors de 12 anys. La conca mediterrània és una zona endèmica d'aquesta malaltia però malgrat això al món occidental estén encara poc acostumats a aquestes lesions que per altre banda són cada vegada més freqüents degut a l'immigració.

És important tenir un diagnòstic de sospita per poder arribar al diagnòstic definitiu.

Normalment es presenta als nens com una lesió única ("Botó d'Orient") a àrees exposades i més rarament com lesions múltiples o amb afectació visceral (Kala Azar). Poden tenir un període d'incubació que va de setmanes a mesos.

El tractament és diferent segons el tipus d'afectació. A la leishmaniosi cutània localitzada es probable que les lesions presentin una involució espontània i per això es pot adoptar una actitud expectant, encara que de vegades s'administraran infiltracions d'antimonials. Davant de lesions cutànies múltiples i leishmaniosis visceral s'utilitzen antimonials sistèmics i/o amfotericina B liposomal. Cal recordar que els antimonials sistèmics poden presentar toxicitat elevada, pel que a pediatria és més freqüent la utilització de l'amfotericina B.

Destacar que en aquesta malaltia és molt important la prevenció. A nivell general les actuacions preventives han d'anar dirigides a diferents àmbits, com són la informació, el control dels vectors (ús d'insecticides) i el control dels reservoris (a Catalunya són els gossos).

Dra. Lorena Algarrada i Dra. Yolanda Fernández,
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.



Actualitat

L'Hospital Sant Joan de Déu presenta el cinquè informe Faros, Observatori de Salut de la Infància i l'Adolescència, dedicat a l'adolescent i el seu entorn en el segle XXI

L'Observatori de Salut de la Infància i l'Adolescència Faros ha presentat un informe sobre l'adolescent i el seu entorn en el segle XXI. Aquest informe, elaborat per especialistes de diferents disciplines com sociòlegs, demògrafs i metges, ana-

litz la situació i evolució en la darrera dècada de la població adolescent pel que fa a diferents aspectes: demografia, entorn familiar, salut, salut sexual, noves tecnologies i valors.

L'estudi alerta que la globalització, els moviments migratoris, els mitjans de comunicació, les tecnologies del coneixement, l'educació, la natalitat, l'augment de malalts crònics i persones de la quarta edat, la crisi econòmica i els canvis en l'estructura familiar suposen una nova concepció de l'entorn i comporta, per a una part de la població jove, una difícil adaptació o acceptació.

Els autors de l'informe conclouen que els adolescents d'avui són la generació que més mitjans i recursos culturals i formatius té al seu abast però a la vegada és la que més sola està creixent i, per això, recorre per a la seva autoformació al grup d'amics i als mitjans de comunicació. Constaten, a més, un increment significatiu del percentatge d'adolescents amb malalties cròniques.

Servei de Comunicació
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona



Enllaç al pdf

Enllaç al format en línia



Què hi ha de nou en Vincles?

Nou model d'atenció compartida de l'obesitat infantil a l'Hospital Sant Joan de Déu

El creixement de l'obesitat infantil a Espanya és espectacular i preocupant: si fa 15 anys, el 5% dels nens espanyols eren obesos, actualment la xifra d'obesos entre 6 i 12 anys se situa en el 16%. La causa d'aquesta verdadera epidèmia és bàsicament el canvi en l'estil de vida, sobretot els canvis en alimentació i el sedentarisme de la societat actual. L'obesitat en la infància, sobretot en la segona dècada de la vida, és un potent predictor d'obesitat en la vida adulta. El tractament de l'obesitat és difícil i moltes vegades refractari. A pesar de les dificultats en el tractament, és necessari insistir en ell degut a les conseqüències tan negatives que té la obesitat, tant a nivell de salut mèdica com psicològica del nen/a i del adolescent. Per tant, és necessari actuar el més aviat possible i és essencial treballar en la prevenció de l'obesitat conscienciant als professionals de salut, educadors i pares de la importància de la educació nutricional dels nens/es des de les primeres etapes de la vida.

Es per això que el grup d'obesitat de la secció d'endocrinologia de l'Hospital Sant Joan de Déu s'ha aproximat centres d'atenció primària per treballar en conjunt i potenciar la prevenció i el tractament de l'obesitat infantil.

Ja des de l'any 2008 existeix a l'hospital un protocol ben definit d'atenció compartida entre l'hospital i alguns centres d'atenció primària per els casos d'obesitat amb més complicacions o de difícil maneig. La nova estratègia pretén, d'una banda, ampliar aquesta col·laboració

a tots els centres d'atenció primària de la zona d'influència, i d'altra banda, establir uns criteris comuns de diagnòstic i maneig del sobrepès i l'obesitat. Amb aquest objectiu es va crear un grup de treball integrat per membres de l'àmbit de primària i d'endocrinologia de l'hospital Sant Joan de Déu. De les reunions de consens va sorgir un diagrama que pretén posar en comú criteris de diagnòstic i maneig adaptables a la realitat particular de cada centre.

En les jornades de treball de protocolització conjunta del projecte VINCLES del 18 de Maig i 1 de Juny, el grup de treball va presentar l'esquema d'abordatge a primària i els criteris de derivació a l'hospital. En aquesta jornada es pretenia a més compartir experiència professional, facilitar la comunicació entre professionals dels diferents àmbits i agilitzar la incorporació del centres d'atenció primària al circuit de tractament i maneig del nen obès.

Críters de derivació a l'Hospital Sant Joan de Déu:
<p>Obesitat ($\geq p95$) amb una o més de les següents comorbiditats:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hipertensió arterial (3 determinacions amb TAS i/o TAD $\geq p95$) o ALT elevada pel valor normal de referència de cada laboratori de forma mantinguda o sospita esteatosis hepàtica o Colesterol en dejú: colesterol LDL>130 o Triglicèrids en dejú > 150 mg/dL (que no respon a les mesures dietètiques)# o Insulina en dejú elevada pel valor normal de referència de cada laboratori o Glucèmia en dejú > 100 mg/dl o Sospita de SAHOS (Apnea- hipoapnea obstructiva del son) <p>Obesitat ($\geq p95$) amb una mala resposta a la intervenció realitzada a primària (intervenció mínim de 6 mesos o 6 visites).</p>
<p># Si el pacient presenta valors de colesterol elevats però s'adhereix de forma adequada al tractament dietètic, pot realitzar-se un control analític en 6 mesos i valorar llavors la necessitat de derivar a l'Hospital.</p>
En els següents casos derivar al Servei d'Endocrinologia Infantil i no al programa d'obesitat:
<ul style="list-style-type: none"> o Nens < 2 anys o Sospita d'endocrinopatia o obesitat endògena (Prader-Willi, Cushing, etc) o Si hi ha sospita d'hipotiroidisme: <ul style="list-style-type: none"> o TSH > 10 o entre 5-10 amb antiTPO positiu (TSH 5-10, repetir analítica als 3 mesos amb T4L i anti TPO) o TSH > 5 en nens < 5 anys

El diagrama de maneig del pacient amb sobrepès i obesitat es basa en la detecció i tractament amb visites seriades a nivell ambulatori destacant el rol de la infermeria en la educació dels hàbits saludables. Els pacients amb obesitats més complexes i de més difícil maneig, segons els criteris establerts, són derivats a l'hospital.

L'objectiu del programa dissenyat des de l'hospital és la modificació de l'estil de vida, pèrdua de pes i milloria de la qualitat de vida. Per això es requereix una estreta col·laboració amb la família, el nen/a,

els professionals del àmbit de primària i els professionals de l'hospital. Així, el protocol dissenyat per aquests pacients té una durada inicial de 1 any durant el qual seguiran un tractament compartit alternant visites amb l'endocrí i la dietista a l'hospital amb controls d'infermeria al centre atenció primària, a més de les visites amb psicologia o altres especialistes en funció de les necessitats de cada pacient. D'aquesta manera podem unir esforços i recursos i donar una atenció més intensiva de forma multidisciplinària, que a la llarga esdevé més efectiva.

Per facilitar la comunicació entre els professionals dels diferents àmbits en el maneig de cada pacient, hem creat una Carpeta Viatgera del Pacient que es lliura al pacient en la primera visita a l'hospital. La primera plana conté una graella de control de pes, talla i IMC, consum de fruites i verdures i hores d'activitat física. En aquesta carpeta s'incorpora també material educatiu que es farà servir en les visites. D'aquesta manera tots els professionals poden fer ús d'aquest material i veure si s'ha treballat o si s'ha escrit recomanacions específiques.

El programa ofereix la possibilitat de programar les visites d'obesitat a l'hospital directament des del centre d'atenció primària sense necessitat de volant de derivació. Per tal d'activar aquest circuit és necessari fer un procés senzill d'incorporació del centre d'atenció primària en particular. Si un centre vol incorporar-se al circuit ha de contactar amb la persona de referència del seu àmbit: Jordi Fernandez com a

referent per a la Costa de Ponent i Susanna Gutierrez, SAS Esquerre. D'altra banda, hem posat a disposició un correu electrònic específic per obesitat: obesitat@hsjdbcn.org.

Amb aquesta iniciativa es pretén millorar la qualitat assistencial a través de la optimització de l'ús dels recursos, reforçar les relacions entre nivells assistencials, i fomentar la formació continuada. L'objectiu de l'intervenció conjunta és que després de una any de tractament el pacient i la seva família tinguin uns hàbits d'alimentació i exercici adequats que permetin obtenir un pes saludable per a que siguin controlats posteriorment des del seu centre d'atenció primària. En cas que l'objectiu no es compleixi o que persisteixen comorbiditats importants, el pacient continuarà el tractament compartit fins a resoldre la situació.

Som conscients que el tractament de l'obesitat infantil és un llarg camí que comença amb la prevenció, que els resultats són a llarg termini i que en algunes ocasions no s'acompleixen els objectius marcats; però estem convençuts que el maneig multidisciplinari i l'empenta i entusiasme de tots els professionals amb la que afrontem aquests reptes són el pilar fonamental per la lluita contra aquesta malaltia.

Fruit d'aquest grup de treball s'han creat diversos documents (diagrama, protocol, material educatiu) que estaran disponibles properament a la web de l'HSJD (apartat de Vincles amb Primària)

- o Protocol de diagnòstic i maneig
- o Presentacions orals de la jornada de protocolització conjunta del projecte VINCLES
- o Material educatiu
 - o Piràmide de l'alimentació saludable (Generalitat de Catalunya)
 - o Roda dels aliments (SENC)
 - o Document de recomanacions generals
 - o Model de Plat: Grups d'aliments dels àpats principals (2 plats)
 - o Model de Plat: Grups d'aliments dels àpats principals (plat únic)
 - o Graella de registre alimentari setmanal
 - o Calendari de recompte de fruites i verdures

Enllaç al material

Marta Ramon
Grup de treball transversal SAP Barcelona Esquerra, SAP Alt Penedès i servei endocrinologia HSJD.



Formació continuada

Cursos de l'Àula de Pediatria

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

- Sessions de protocols patologia pediàtrica prevalent en Atenció Primària
19 d'octubre de 2011
- El nen hospitalitzat: de la pediatria ambulatoria a la pediatria hospitalària.
20 d'octubre de 2011
- Curs d'infectologia.
27 d'octubre de 2011
- Curs d'actualització en al·lèrgia i immunologia clínica.
27 d'octubre de 2011
- Curs-taller d'expertesa en extraccions de sang a pediatria.
31 d'octubre de 2011
- II curs de formació en trastorns de l'espectre de l'autisme (TEA) per a professionals).
02 de novembre de 2011
- IV Curs d'avanços en neuropediatria.
10 de novembre de 2011



- XLVII Curs de progressos i terapèutica en pediatria i cirurgia pediàtrica.
24 de novembre de 2011
- III Curs per a metges i infermeres d'electroencefalograma integrat per amplitud (aEEG) en el nadó .
24 de novembre de 2011

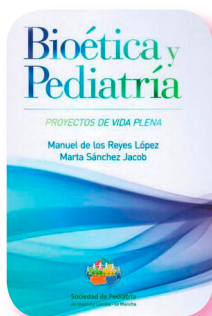
Si voleu més informació:
Ana Sáez

Direcció Docència / Àula de Pediatria / Hospital Sant Joan de Déu
 Telèfon 932532130 / FAX 932804179 / direcciodocencia@hsjdbcn.org



Bioètica y Pediatría. Proyectos de vida plena

Manuel de los reyes López. Marta Sánchez Jacob. Ed Ergón Madrid 2010



Se trata de una importante novedad editorial en el ámbito de la bioética en pediatría. Además se trata de una obra singular, dado que no existe ninguna semejante en todo el estado. Era muy necesaria y va a colmar un vacío al permitir iluminar situaciones, en ocasiones, sumamente complejas que aparecen en la medicina pediátrica. Está, sin duda, llamada a convertirse en una obra de referencia y de obligada lectura

para pediatras, sin olvidar a todos aquellos profesionales que traben contacto con el amplísimo campo de la promoción de la salud del niño y del adolescente e, incluso, para aquellos interesados en las situaciones ubicadas en la preconcepción y en el embrión.

Participan en esta primera edición 124 autores, procedentes de diversas áreas geográficas de nuestro país y representantes de América Latina, todos ellos con una amplia trayectoria y acreditada experiencia en los capítulos tratados y que representan disciplinas y ámbitos laborales diversos; estos datos nos dan una idea de la variedad de temas y de la riqueza de esta obra en la que se garantizan visiones complementarias que incluyen, como se señala en la introducción, discrepancias en diversas cuestiones, de manera que se comprueba la autonomía de los autores para realizar sus exposiciones. Todos ellos han contado con enorme libertad para desarrollar sus temas y se ha fomentado la pluralidad de ideas y de expresión.

Un acierto más de los editores es la inclusión de un CD con una magnífica serie de fotografías, cuyos protagonistas, niños de diferentes razas y países, son capaces de agitar nuestras conciencias como nos explica su autor, fotógrafo y pediatra, en el último capítulo del libro, en el que de manera honesta reflexiona sobre la moralidad de la fotografía del dolor.

Completa sus páginas un amplio y certero glosario que ayudará, sin duda, a clarificar conceptos y dar cohesión a las ideas, así como un utilísimo índice temático.

Debe recomendarse su lectura de manera encarecida, además de al pediatra ya formado, a los residentes de pediatría cuya formación en bioética puede resultar relativamente escasa en diversas ocasiones y, por supuesto podrán beneficiarse de los conocimientos expuestos en el texto, todos los profesionales que orbiten alrededor de la asistencia y la investigación en pediatría como médicos de familia, investigadores, enfermeras, psicólogos, educadores, trabajadores, sociales, juristas, psiquiatras...)

Finalmente, resta felicitar a los editores Manuel de los Reyes López y Marta Sánchez Jacob por su encomiable labor y a la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla - La Mancha por esta brillante iniciativa que debe continuarse en ulteriores ediciones de este magnífico libro.

Para que ellos que deseen conocer más detalles sobre la estructurada y contenidos de este libro, pueden consultar la siguiente información:

El texto está desglosado en siete secciones, I) Fundamentos, Marcos de referencia, aplicaciones. II) Cuestiones preconcepcionales, prenatales y neonatales. III) Cuestiones socio-sanitarias y de salud pública. El niño crónicamente enfermo. IV) Cuestiones durante la adolescencia. V) Cuestiones en el final de la vida. VI) La investigación clínica en niños y adolescentes. VII) La responsabilidad profesional en Pediatría.

En sus 756 páginas se exponen un total de 79 capítulos repartidos entre las diferentes secciones, la primera contiene 14 capítulos mediante los cuales se desarrollan cuestiones generales de la bioética, como su evolución histórica, fundamentación, o metodología de actuación. Un capítulo está dedicado a los Comités de Ética y otro desarrolla la Enseñanza de la Bioética en Pediatría, no faltan los aspectos legales en relación a la asistencia al menor y la relación entre el bioderecho y la bioética. En un capítulo sobre ética y narración se contempla la función pedagógica del cine y la literatura en la bioética pediátrica. Desarrolla, a través de ellos y en profundidad, las cuestiones fundamentales concernientes a la bioética en pediatría, ya sea en su vertiente asistencial o en el ámbito de la investigación. Su lectura permite la detección de los problemas éticos inherentes a las diversas situaciones tratadas y nos ofrece herramientas para meditar y tomar decisiones.

En la segunda sección, con diez capítulos, se analiza la problemática fundamental relacionada con el embrión humano, con las técnicas de fecundación in Vitro, para finalizar analizando los límites de la viabilidad en el recién nacido prematuro y la toma de decisiones en neonatología.

La tercera que abarca 11 capítulos, se inicia desarrollando la problemática ética relacionada con las vacunas; trata después acuciantes problemas en la asistencia pediátrica, como el enfoque de las enfermedades raras, la calidad de vida en el niño con enfermedades crónicas o la discapacidad en la infancia; desarrolla también las cuestiones relacionadas con el maltrato, la adopción infantil o la separación de los padres. Finaliza con un capítulo dedicado a la inmigración y su repercusión sanitaria.

La cuarta sección con 16 capítulos analiza el ámbito de la adolescencia.

La quinta, a través de 9 capítulos, detalla la problemática relacionada con el final de la vida, con cuestiones como la información y la verdad en el niño enfermo de cáncer, la limitación del esfuerzo terapéutico, los cuidados paliativos o la eutanasia.

La sexta, que se desarrolla en 5 capítulos, comenta interesantes aspectos en la investigación clínica en niños y adolescentes.

La séptima y última sección, titulada "La responsabilidad social en pediatría", con un contenido repartido en 14 capítulos, trata temas como los errores médicos en pediatría, la objeción de conciencia, aspectos éticos de la enfermería pediátrica desde la ética del cuidar, el ejercicio de la pediatría basada en la evidencia o los medios de comunicación y la infancia.





Consells KidsHealth.

Consells per a pares i joves

Tendinitis rotuliana

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?lic=194&article_set=83430

Acantosis Nigricans

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?lic=194&article_set=83503

Enfermedad de Sever

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?lic=194&article_set=83432

Superar el rechazo

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?lic=194&article_set=83602c

Epifisiolisis

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?lic=29&article_set=83434



**Dr. Santi
García-Tornel**

El portal KidsHealth ofereix una font inesgotable de recursos educatius de gran utilitat a la consulta diària. Aquest mes m'he permès de seleccionar els següents:

Webs d'interès

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



Nuevo capítulo en los libros de pediatría

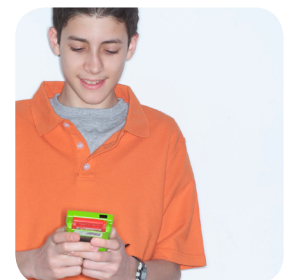


El uso creciente de ordenadores y tecnología entre los estudiantes ha provocado que se añadan nuevos conocimientos sobre su impacto sobre la salud de niños y adolescentes. Estos avances incuestionables de la tecnología dan paso a patologías nuevas desconocidas hasta hace poco; algunas por movimientos repetitivos como la witiis, el pulgar de Blackberry o el codo de móvil que, en realidad, no son más que versiones recientes de problemas antiguos como, tendinitis, bursitis o síndrome del túnel carpiano. Otras patologías derivan de fijar la mirada en una pantalla provocando el síndrome de la pantalla que es el conjunto de síntomas de ojos resecaos y cansados, visión borrosa, fatiga y dolores de cabeza por disminución del parpadeo frente a los videojuegos. El uso continuado y el esfuerzo ocular frente a los ordenadores favorecen la aparición de

miopía comparado con la lectura sobre el papel (libros/cuadernos/revistas) y el libro electrónico. Unos buenos hábitos posturales y ejercicios de estiramientos pueden evitar muchos problemas derivados de un uso poco ergonómico de la tecnología. El ejercicio y una vida activa contribuirán también a la buena salud de los estudiantes.

Algunas conductas en los niños y los adolescentes pueden alertar de una posible dependencia a los aparatos tecnológicos, que pueden convertirse en una adicción. Entre los comportamientos que alertan de una posible adicción están:

- Pasar delante del ordenador, por ocio, más de cuatro horas al día y preferir estar conectado a Internet a salir con los amigos o la familia.
- Sentir la necesidad de conectarse constantemente a las redes sociales o al correo electrónico.
- Ser incapaz de salir a la calle sin el teléfono móvil.
- Tener cambios de humor bruscos, aislarse, perder el interés por los amigos reales.



Las últimas evidencias muestran que los adolescentes adoptan conductas multiriesgo relacionadas entre sí (varias a la vez) por estar unas 4 horas al día delante del ordenador. Esas conductas, ya conocidas, son:

- Tener relaciones sexuales antes de los 13 años.
- Tener relaciones sexuales sin protección.
- Tristeza y apatía persistente.
- Pensamientos o intentos de suicidio..
- Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia y otras).
- Disminución del ejercicio físico (obesidad).
- Fumar frecuentemente.
- Consumo exagerado de alcohol (borracheras).
- Consumo de drogas en especial marihuana.
- Peleas contantes con compañeros o agresiones.
- Llevar armas.

Al parecer Internet es más peligroso que la TV y las videoconsolas. La razón es simple, no hay ningún control externo al acceso a sus contenidos (excepto si los padres están "al tanto") y tanto en los programas televisivos como en los videojuegos hay cierta legislación reguladora.

El día 17 de mayo fue el día de Internet y los medios de comunicación pusieron en evidencia lo que ya se había señalado en la presentación del informe Faros 5. Por primera vez en la historia los niños y adolescentes son los maestros de sus padres y sus abuelos. Con el tiempo se equilibrará y se volverá a invertir la enseñanza pero esta claro que hemos entrado en la Era Digital o del Conocimiento. Todos los utensilios actuales de almacenamiento como DVD, pendrive o disco duro ya están obsoletos ¿Quién se acuerda ya del VHS?

Santiago García-Tornel Florensa
 Profesor Asociado de la UB

Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu



Farewell



Final de la segunda guerra mundial. Los barcos de la flota alemana, derrotada, navegan en fila por delante del buque insignia de las fuerza aliadas. Los marineros germanos, con sus mejores galas, están formados en la cubierta de los

barcos y saludan al llegar delante del vencedor. Es una ceremonia amistosa y caballerosa a pesar de haber sufrido los horrores de la guerra. Un silencio sólo roto por las olas del mar y el ruido de las salas de máquinas.

Muchos de los marineros alemanes, al pasar justo por delante del buque que representa a los vencedores, tragan saliva, otros tienen los ojos húmedos y muchos lloran claramente sin perder la compostura con su saludo militar. Todos tienen los ojos puestos en una lucecita que desde el barco vencedor va enviando un mensaje. Un marine-

ro aliado encargado de las transmisiones, sin permiso de sus jefes, va dando golpes a la manivela que abre y cierra las persianas del foco luminoso de señales. El mensaje es simple pero esperanzador. Sin parar va transmitiendo el mismo mensaje. "Hasta la vista, en tiempos mejores", "Hasta la vista, en tiempos mejores"...

El mundo nunca ha sido estático. Ha habido momentos tranquilos y de crisis. Actualmente estamos en la crisis económica más importante desde la Gran Depresión de 1929. Aquello queda lejos y el mundo se recuperó. En la actualidad los servicios pediátricos y de atención al niño y al adolescente están sufriendo uno de los peores recortes sanitarios y sociales más grandes después de la guerra civil española.

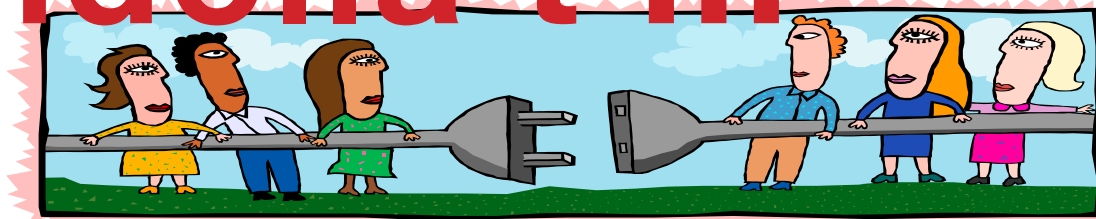
No es momento para desanimarse. El mundo cambiará y, como siempre, a mejor aunque de otra forma. Sólo hemos de recordar el mensaje: "Hasta la vista, en tiempos mejores".

Santiago García-Tornel Florensa
 Profesor Asociado de la UB

Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu



Endolla't !!!



Endolla't a Nous Vincles !!!



Grup de treball Hospital sense dolor

Telèfon/MAIL de consulta entre professionals

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

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

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



Telèfon de consulta professional?

605 695 348

Correu electrònic:
aps@hsjdbcn.org



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

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

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



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

nousvincles@hsjdbcn.org

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

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

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

Sant Joan de Déu 

HOSPITAL MATERNOINFANTIL - UNIVERSITAT DE BARCELONA

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

<http://www.hsjdbcn.org>

Germans de  Sant Joan de Déu



Comitè de redacció

Francisco José Cambra. Metge pediatre. UCI Pediàtrica de l'HSJD. Responsable projecte Cuida'm. **Araceli Cuerva.** Infermera. Cap de l'àrea d'Hospital de Dia de l'HSJD. **Manel Enrúbia.** Metge pediatre. Referent de Pediatria de Barcelona Esquerra de l'ICS. **Jordi Joan Fàbrega.** Webmàster / Tècnic comunicació de l'HSJD. **Yolanda Fernández.** Metgessa pediatra. Servei pediatria i urgències de l'HSJD. **Albert Moltó.** Periodista. Cap de comunicació de l'HSJD. **Francisco Vicente Morales.** Metge pediatre. Direcció Equip de Pediatria Alt Penedès. **Jaume Pérez Payarols.** Metge pediatre. Director d'Innovació, recerca i docència de l'HSJD. **Cèlia Pujol.** Infermera. Direcció Equip de Pediatria Alt Penedès. **Marisa Serra.** Metgessa. Adjunta a la Direcció de Qualitat i Planificació Àrea d'Atenció al Client de l'HSJD. **Josep Lluís Vega.** Metge cirurgià. Adjunt a la Direcció Mèdica de l'HSJD. **Col·laborador: Santi García-Tornel.** Metge pediatre. Cap Clínic de Pediatría de l'HSJD.

La informació relativa a aspectes diagnòstics i terapèutics que es publica a NOUS VINCLES, reflecteix el procés d'atenció habitual dels professionals de l'Hospital Sant Joan de Déu i de les entitats col·laboradores. En el moment de ser aplicada a un cas clínic concret, no es pot considerar com un substitut del judici professional qualificat de qualsevol proveïdor de salut, que haurà de contemplar també la història clínica, exploració i condicions de salut específics del pacient.