



Editorial

En Josep Serrat ha estat un dels principals impulsors d'aquest butlletí electrònic, així com de la resta d'iniciatives dirigides a millorar la col·laboració entre HSJD i l'atenció primària. Recentment ha canviat de feina i volem agrair-li tot el seu esforç...

HSJD, a prop teu

• Servei d'atenció domiciliària

Des de HSJD s'ofereix aquest servei d'atenció domiciliària per a nens amb patologies específiques, que tracta de complementar els equips d'atenció primària en tasques de l'entorn comunitari.

Coneixement professional

• Cerca de bibliografia per Internet

Qualsevol cerca a la xarxa serà més ràpida i productiva quan millor coneguem les eines que ens ofereix. L'article ens classifica i ens informa de les principals.

• Cas clínic: estancament ponderal

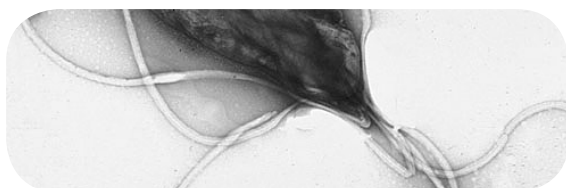
Davant d'un cas d'estancament ponderal hem d'avaluar les corbes de creixement, el perímetre cranial, assegurar un estudi complet i un seguiment evolutiu, donat que es pot tractar en ocasions d'una patologia greu i tributària d'un tractament precoc.

• Ús d'adhesius tòpics com a sutures cutànies

Es interessant conèixer nous productes que apareixen per millorar el confort dels tractaments que apliquem, és el cas dels adhesius tòpics que eviten la injecció d'anestèsics locals, tot substituint les sutures tradicionals.

• Infecció por *Helicobacter pylori*

La infecció per *Helicobacter pylori* és freqüent i requereix un maneig adequat per evitar les conseqüències que determina a llarg termini, per això hem volgut repassar aquesta entitat.



Actualitat

• Actualización de conocimientos sobre la vacuna de la varicela

Actualització de coneixements sobre la vacuna de la varicel·la a la llum de les últimes investigacions.

Què hi ha de nou en Vincles?

• Què estem fent amb aps@hsjdbcn.org? .

Us informem de l'activitat relacionada amb dues de les eines de connexió entre atenció primària i el HSJD amb més èxit, el telèfon i el correu electrònic de consulta.

Formació continuada

• Fullets informatius de l'HSJD

Us facilitem diferents tríptics informatius que seran d'utilitat per a la consulta diària: colesterol i triglicèrids, intolerància a la lactosa, al·lèrgia als fruits secs, al·lèrgia a les proteïnes d'ou.

• Cursos Àula de Pediatria HSJD

Ciència i humanitat

• La circuncisión cultural o religiosa en nuestro entorno sanitario

Ens plantejem reflexionar al respecte de la circumcisió cultural vista des del prisma dels professionals de la salut.

El racó d'en Santi

• 5 consells KidsHealth / Recurs de xarxa

• L'Observatori FAROS

L'Observatori FAROS de la Salut en l'Infància i l'Adolescència, impulsat per l'HSJD, va néixer ja fa 2 anys amb la missió de recollir i analitzar informació de rellevància en l'àmbit de la salut infantil i juvenil. Us expliquem que hi podeu trobar.

• Dos metges, dues tendències

Cal ser autoritari o permissiu amb els fills? Aquesta qüestió suscita un debat que, com veurem, ve de lluny.

Al novembre del 2008 s'editava el primer número de la revista electrònica *Nous Vincles*. En la seva editorial Manel del Castillo, director gerent de l'Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues, la presentava fent tota una declaració d'intencions: *"neix amb la pretensió de ser un vehicle de contacte i de difusió del coneixement pediàtric, sempre centrat en aquells aspectes rellevants per a l'Atenció Primària de Salut"*. Al març del 2009 veia la llum el segon número. Vicente Morales i Cèlia Pujol Puyané, companys de l'Atenció Primària, afirmaven a l'editorial: *"la nostra realitat assistencial, professional i social ha canviat i s'imposa el treball col·laboratiu, en primer lloc pel benefici del nen, però també per millorar l'eficàcia i eficiència del nostre sistema sanitari i augmentar la satisfacció dels propis professionals"* i *"el butlletí finalment serà útil si és fruit i resultat d'un treball de reflexió conjunt, us animem a contribuir amb les vostres aportacions i participar en la creació de Nous Vincles"*. Al març d'enguany, al número 5, Josep

Serrat, que recentment ha canviat de projecte professional, feia balanç i afirmava en relació a les diferents eines que s'han implementat per apropar els pediatres d'atenció primària i els d'atenció especialitzada que aquestes *"han obert un camí de relació estable i de confiança"* i destacava que *"les institucions i els seus professionals estan i es senten més propers que abans"*.

Des del Comitè de Redacció de *Nous Vincles* volem reafirmar-nos en els objectius marcats i en els valors que s'han destacat des del començament d'aquesta experiència de col·laboració. I com sabem que el més important per fer realitat les iniciatives de canvi és que hi ha hagi persones que les impulsin amb coneixement i dedicació, volem agrair de tot cor l'esforç que en Josep Serrat ha dut a terme durant aquests últims anys i desitjar-li els més grans èxits en la nova etapa professional que acaba de començar.

Ens retrobem al NV#7 !

Josep Lluís Vega
(En representació del Consell de Redacció)



L'Hospital Sant Joan de Déu, a prop teu

Servei d'atenció domiciliària

L'Hospital Sant Joan de Déu disposa d'un servei d'atenció domiciliària que permet atendre aquells pacients que, sense haver de continuar ingressats al centre, requereixen d'una cura o suport assistencial especialitzat un cop són a casa. Aquest servei preveu visites al domicili del pacient i trucades telefòniques de seguiment per part dels professionals d'infermeria.

Els beneficis per al pacient i la seva família són evidents: permet reduir l'estada hospitalària del nen de manera que tant ell com la seva família veuen alterats en menor mesura les seves activitats quotidianes; permet als professionals detectar precoçment problemes socials o d'altres problemes relacionats amb la teràpia i ajudar a les famílies a resoldre'ls per complir el tractament adequadament, les famílies se senten satisfetes perquè tenen un professional de referència a qui plantejar els seus dubtes...

Actualment l'Hospital té en marxa tres programes d'atenció a domicili: un per als pacients que requereixen ventilació mecànica no invasiva o mitjançant traqueotomia; un per als infants que necessiten nutrició enteral i un tercer per a l'atenció dels nens que són intervinguts d'hipospàdies. El servei té com a objectiu avançar l'alta hospitalària en el cas de les hipospàdies; i donar suport a les famílies en els primers dies que passen a casa després d'haver implantat el dispositiu de ventilació mecànica i nutrició enteral, en els altres dos casos.

El programa d'atenció domiciliària a pacients de ventilació mecànica és el que registra més activitat. Al llarg del 2009 va atendre 53 infants. Un infermer adscrit a aquest servei acompanya el nen i la seva família a casa el dia que li donen l'alta i el torna a visitar al cap d'una setmana i al cap d'un mes per valorar, entre d'altres aspectes, les característiques



del respirador, el compliment del tractament... Les visites es poden incrementar o reduir en funció de les necessitats de cada familiar. També se'ls atén telefònicament.

L'atenció domiciliària als nens que requereixen nutrició enteral i als quals se'ls implanta un PEG/botó gàstric -33 l'any passat- s'inicia amb una trucada telefònica al pacient 48 hores després que rep l'alta. En els dies següents, i durant la primera setmana, aquest professional es desplaçarà al domicili del nen per a valorar el compliment de la pauta d'alimentació i verificar la col·locació i cura del botó gàstric. Trucarà a la família i tornarà a visitar-los un mes després. A partir de llavors el seguiment serà telefònic, ja sigui programat per infermeria o a demanda de les famílies.

Els pacients intervinguts d'hipospàdies -25 al 2009- requereixen d'una atenció domiciliària menys perllongada en el temps. L'infermer d'aquest programa els visita a casa a les 24-48 hores de l'alta per tal de verificar l'estat de l'apòsit, la sonda i tractar el dolor. L'endemà de la visita, el truca per telèfon per fer-ne seguiment i a partir de llavors es manté en contacte telefònic amb la família per resoldre qualsevol dubte que puguin tenir.

Araceli Cuerva
Coordiadora del programa d'Atenció Domiciliària



Optimització de la cerca a Internet

Cada cop més i amb l'avanç de les noves tecnologies de la informació i la comunicació, l'accés a internet i la facilitat de creació de continguts en web 2.0 tenim més informació disponible. La informació creix de forma exponencial dia rere dia i aquesta "infoxicació" fa que els professionals de qualsevol àmbit, hagin de tenir eines per poder discernir què buscar, on i perquè escollir un recurs o un altre.

La xarxa ens dona grans volums de informació, però no hem d'oblidar que quan cerquem a internet és summament important tenir en compte:

- a) **Si l'autoria de la font d'informació és fiable**, és a dir, qui ha redactat aquesta informació, on surt publicada, hi ha darrera un organisme oficial?
- b) **Si és apropiada al context que necessitem**, és a dir, cercar informació sobre hàbits nutricionals de depèn quines zones geogràfiques no seria adequat si la nostra població té hàbits nutricionals ben diferents.
- c) **Si és una informació comparada**, és a dir si en un assaig clínic s'afirma que una medicació és eficaç contra una malaltia, cal saber si s'ha comparat amb altra medicació i si és més segura o efectiva, així com el cost/benefici.
- d) **Si la informació és accessible**. A vegades el fet de trobar una referència o una citació bibliogràfica a una font és relativament senzill; la complicació s'esdevé quan hem d'anar a buscar el document en si.

A internet podem trobar diferents fonts d'informació que hem de saber localitzar i seleccionar d'acord amb l'ús que farem d'aquestes. En aquest sentit Internet permet l'accés a:

- **Llibres, manuals i tractats electrònics així com a catàlegs on localitzar la versió impresa de qualsevol monografia (biblioteques virtuals, biblioteques especialitzades, nacionals i catàlegs col·lectius)**: els llibres són el recurs més interessant alhora de trobar informació precisa i concisa sobre aspectes bàsics com anatomia, fisiologia, patologies, etc. Permet obtenir un estat de la qüestió de forma resumida, sempre estan redactats per experts i són accessibles en el seu format imprès i electrònic.

- a) **National Library of Medicine (EEUU).**
- b) **Deutsche Zentralbibliothek für Medizin.**
- c) **Library of Congress.**
- d) **British Library.**
- e) **Biblioteca Virtual de Salud de España.**
- f) **Rebiun.**
- g) **CBUC.**
- h) **ISBN.**



- **Revistes electròniques gratuïtes, així com accés a catàlegs col·lectius (biblioteques universitàries, xarxa de biblioteques d'hospitals) de les revistes amb subscripció**: aquestes són la principal font de comunicació dels resultats de la investigació científica i l'agilitat en la publicació és gran. A més, el procés de "peer review" o revisió per experts, fa que es garanteixi la qualitat de la informació. Però hem de tenir en compte que no són la font adequada per a informació bàsica, doncs existeixen diferents nivells informatius, molts d'ells anàlisis experimentals d'una gran cadena del procés investigador i requereixen habilitats informacionals per extreure conclusions.

- a) **ISSN.**
- b) **Journal Browser.**
- c) **Free Medical Journals.**
- d) **Instituto Carlos III.**
- e) **Biblioteca Nacional Española.**
- f) **Rebiun.**



- **Bases de dades gratuïtes i de pagament**: són la font secundària més utilitzada, ja que ens permeten localitzar tot tipus de fonts primàries (majoritàriament articles de revistes). Depenent del tipus de base de dades podem accedir al text complet o caldrà que ens posem en contacte amb la nostra biblioteca de referència.

- a) **Medline.**
- b) **Embase.**
- c) **Web of knowledge.**
- d) **IBECs.**



- **Literatura gris**: com documents d'avaluació tecnològica, tesis doctorals, actes de congressos, assaigs clínics i projectes d'investigació, patents, etc. Aquest tipus de documents donen una informació molt valuosa doncs faciliten dades primeres, encara potser no publicades en els medis habituals. L'inconvenient d'aquest tipus de literatura és la complexitat en la localització i que no està sotmesa a processos de revisió.

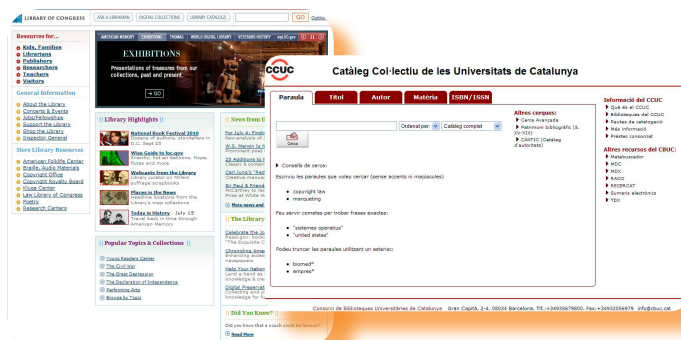
- a) **Dissertation Abstracts International.**
- b) **TESEO.**
- c) **Index to Scientific and technical proceedings (Web of Science).**
- d) **Proceedings First.**
- e) **Conference Papers Index.**
- f) **NLM Gateway.**
- g) **US National Institutes of Health.**
- h) **UK National Research Register.**
- i) **Current Controlled Trials.**
- j) **Oficina Española de Patentes y Marcas.**

- **Portals sanitaris, premsa mèdica i llistes de distribució.**

- Observatorio de la Comunicación Científica (UPF).**
- Proyecto Quiral.**
- Diario Medico.**
- The New York Times.**
- Los Angeles Times.**
- Le Monde.**
- Servicio Eurekalert.**
- BioMedNet.**
- CBS HealthWatch.**
- Doctor's Guide.**
- Medscape.**
- Red Iris.**

- **Guies de pràctica clínica:** són un dels instruments de primer ordre en l'ajut a la presa de decisions per a professionals e inclús per a pacients. Seleccionen i ofereixen alternatives terapèutiques o diagnòstiques que es formulen respecte a problemes de salut, condicions clíniques i procediments o tecnologies sanitàries específiques.

- National Guideline Clearing House.**
- Clinical Practise Guidelines-Infobase.**
- Fisterra.**
- Web mèdica Rafa Bravo.**



Revisions sistemàtiques amb evidència científica i les metaanàlisis: han proliferat pel creixement de literatura científica amb resultats divergents, la heterogeneïtat en les variables que s'estudien i les condicions que es porten a terme. Aquests, tenen per objectiu sintetitzar la informació i l'evidència disponible.

- The Cochrane Database of Systematic Reviews.**
- The Database of Abstract of Reviews of Effectiveness (DARE).**
- The Health Technology Assessment Database (HTA).**
- Tripdatabase.**

Fins aquí aquesta petita pinzellada de cerca a recursos per internet, tot esperant que aquesta informació realment us sigui útil a l'hora d'optimitzar les vostres cerques.

Ana Maria Merino
Cap de l'Àrea de Gestió del Coneixement
Fundació Sant Joan de Déu



Caso clínico: estancamiento ponderal

Niño de 16 meses remitido por su pediatra por estancamiento ponderal de 4 meses de evolución y vómitos alimentarios ocasionales. Mantiene una ingesta calórica adecuada para su edad con apetito conservado y sin otros síntomas acompañantes.

No presenta antecedentes personales ni familiares de interés.

A la exploración física destaca un peso de 8,7 Kg (percentil <3) y un perímetro craneal de 55 cm (percentil >90) (**Fig. 1**), aspecto distrófico con pérdida del pániculo adiposo. El resto de la exploración física por aparatos es normal, incluyendo el desarrollo psicomotor.

Se decide ingreso para estudio y se realiza analítica sanguínea con hemograma, bioquímica e ionograma normales, y estudio de orina negativo. Ante la clínica de vómitos ocasionales y estan-

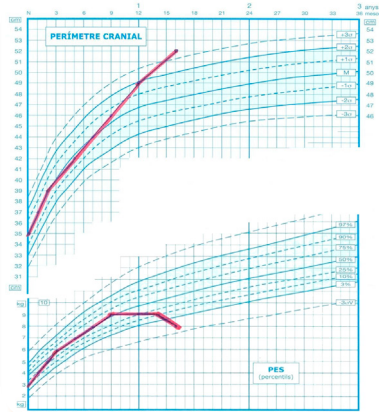
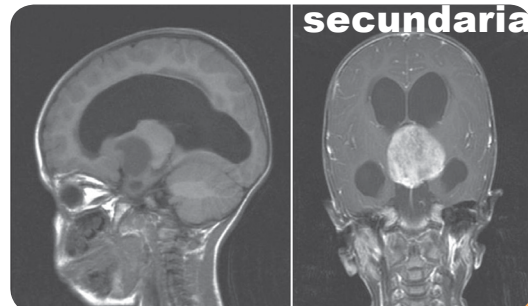


Fig. 1

camiento ponderal, se orienta inicialmente como patología gastrointestinal por lo que se somete a ecografía abdominal, estudio de malabsorción, marcadores de enfermedad celíaca y test del sudor, sin hallazgos patológicos. Se realiza también estudio hormonal para descartar patología endocrina que se encuentra dentro de la normalidad.

Durante el ingreso persiste pérdida de peso y los vómitos se hacen más frecuentes, proyectivos y matutinos. Con la nueva orientación diagnóstica de hipertensión intracraneal se realiza fondo de ojo que muestra edema de papila bilateral, y un TAC craneal con las siguientes imágenes.

Fig 2: Masa a nivel hipotalámico con hidrocefalia obstructiva secundaria



Comentario del caso clínico

El paciente presenta un estancamiento ponderal significativo con macrocefalia reciente y que posteriormente inicia clínica de hipertensión intracraneal progresiva que se corresponden en la neuroimagen a una masa hipotalámica con hidrocefalia obstructiva secundaria. Todo sugestivo de un síndrome diencefálico o caquexia hipotalámica (también llamado síndrome de Russell).

Se trata de una disfunción hipotalámica, casi exclusiva de la infancia, que da lugar a una malnutrición marcada con ingesta conservada y una apariencia de estado de alerta. Puede asociar también clínica secundaria a alteración del sistema nervioso autónomo como palidez, taquicardia, sudoración o distermia.

Se ha descrito asociado a lesiones ocupantes de espacio en la región hipotálamo-quiasmática y en fosa posterior. La causa de la caquexia no está clara, pero podría deberse a un gasto energético aumentado por la lesión hipotalámica que alteraría la regulación metabólica. El aumento o disfunción de la GH (hormona de crecimiento), detectado en algunos casos, podría intervenir también en el fenómeno de afectación de la lipólisis.

El diagnóstico suele ser tardío, ya que los síntomas neurológicos aparecen en fase avanzada, cuando existe compresión del quiasma o hidrocefalia secundaria. Aunque el tratamiento de elección es la cirugía seguida de quimioterapia, el diagnóstico tardío y la localización de la lesión no permiten una exéresis completa en la mayoría de casos, por lo que acostumbra a tener un mal pronóstico. Es importante también el tratamiento de soporte nutricional, así como la corrección de los trastornos electrolíticos y la terapia sustitutiva hormonal en los casos necesarios.

En el paciente expuesto se realizó abordaje quirúrgico del tumor para biopsia y estudio histológico que mostró un astrocitoma de bajo grado. En el mismo acto se colocó válvula de derivación ventrículo-peritoneal para atenuar los sínto-

mas de hipertensión intracraneal y se completó el tratamiento quirúrgico con quimioterapia posterior. A los 9 meses se encuentra en remisión parcial y sigue controles en los servicios de oncología, neurocirugía y nutrición.

Para concluir, recordar la importancia en todo caso de fallo de medro de realizar las curvas de crecimiento y perímetro craneal, así como asegurar un estudio completo y un seguimiento evolutivo, ya que puede tratarse de una patología grave y tributaria de un tratamiento precoz. El síndrome diencefálico, aunque se trata de una enfermedad infrecuente, se debe descartar en un paciente con estancamiento ponderal y macrocefalia en el que tras estudio inicial no se encuentra causa aparente. La sospecha clínica es la clave para el diagnóstico.

Diagnóstico

- Síndrome diencefálico
- Astrocitoma hipotalámico

Bibliografía

1. Moreno JM, Fernández F, Gallego ME. Síndrome diencefálico: una causa poco común de malnutrición. An Pediatr 2002; 56 (5): 466-471.
2. Huber J, Sovinz P, Lackner H. Diencephalic syndrome: a frequently delayed diagnosis in failure to thrive. Klin Padiatr 2007; 219 (2): 91-94.
3. Russell A. A diencephalic syndrome of emaciation in infancy and childhood. Arch Dis Child 1951; 26: 274.
4. Fleischman A, Brue C, Young Poussaint T. Diencephalic Syndrome: A cause of failure to thrive and a model of partial growth hormone resistance. Pediatrics 2005; 115 (6): e742-e748.

C. Durán, M. Castillo, O. Cruzó
Hospital Sant Joan de Déu



Ús d'adhesius tòpics com a sutures cutànies

Reparació de ferides amb adhesiu tòpic per la pell, Dermabond®



L'adhesiu tissular Dermabond® és un adhesiu tòpic, estèril i líquid, que conté una formulació monomèrica (2-octil cianoacrilat) i el colorant D & C violeta # 2. Es subministra amb un aplicador per a un sol ús, en un envàs de bombolla. L'aplicador consta d'una ampolla de vidre que es pot trencar, continguda en un vial de plàstic amb punta aplicadora subjecta a aquesta.

Quant s'aplica a la pell, l'adhesiu líquid és lleugerament viscosos i es polimeritza en uns segons. Forma una pel·lícula o cobertura adhesiva que s'asseca amb pocs segons i queden les vores de la ferida fortament adherides. No interfereix en el procés de curació en curs. **Actua com una sutura** i es desprèn de forma espontània en 1 o 2 setmanes. La seva aplicació no és dolorosa. És l'únic adhesiu d'aquestes característiques pel seu ús en éssers humans.

Les ferides incises – contuses són una de les causes més freqüents de consulta en els serveis d'urgències pediàtriques. Habitualment es resolen amb sutures no reabsorbibles, és a dir, que posteriorment s'han de treure els punts. Utilitzar Dermabond® **evita haver de posar la sutura o les grapes i la injecció anestèsica**. És en si mateix un tancador de ferides. Només caldrà una anestèsia local si la ferida es troba en els teixits més profunds o el malalt no pot



suportar el dolor mentre es neteja la ferida. El fet d'evitar les "agulles" disminueix notablement l'ansietat dels nens.

Paral·lelament, en evitar o almenys reduir la necessitat d'utilitzar agulles, **disminueix el risc de punxada involuntària al personal assistencial.**

Cal destacar també que estalvia haver de tornar a un centre sanitari

per treure els punts, ja que com hem explicat, es reabsorbeix en 1 o 2 setmanes.

Dermabond® és resistent a l'aigua i funciona en si mateix, com un apòsit. Però poder caldrà aplicar algun tipus d'apòsit per a proporcionar protecció addicional contra qualsevol dany o per impedir que els nens es gratin la ferida i s'arrenquin el producte.

L'adhesiu Dermabond® tissular és d'aplicació tòpica. També s'utilitza per mantenir tancades les vores fàcilment aproximades de la pell de ferides causades per incisions quirúrgiques, incloent punxions derivades de cirurgia mínimament invasiva i de laceracions senzilles causades per traumatismes, totalment netes. Es pot utilitzar l'adhesiu Dermabond® conjuntament amb sutures subcuticulars, però no en substitució de les mateixes.

Els estudis han demostrat que, després de l'aplicació l'adhesiu, Dermabond® actua com a barrera per evitar la infiltració microbiana en la ferida que està cicatritzant. Però cal tenir en compte que, com totes les ferides, previ a la seva aplicació caldrà que la neteja de la ferida sigui acuradament realitzada.

Fins ara, el més utilitzat, eficaç i fàcil d'aplicar és el Dermabond®. Al 1998 es va convertir en el primer pegament aprovat pel tancament tòpic de ferides cutànies. Diversos estudis realitzats han demostrat resultats estètics excel·lents similars a les sutures, menys dolor, major rapidesa en la reparació i menors costos econòmics globals, per la qual suposa una bona alternativa per a la reparació de cert tipus de ferides.

Bibliografia

- "Heridas y cortes: tratamiento y cierre de urgencia" capítol 7, 3ª edició, 2006, Alexander T. Trott, Ed. Mosby.
- <http://www2.uca.es/dept/enfermeria/socrates/cmenor/adhesivo.pdf>
- <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003326>
- http://www.zonapediatrica.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=634
- http://www.abcpediatrica.com/index.php?option=com_content&task=view&id=2209&Itemid=84

Anna Mª Segura Casanovas
Supervisora d'Infermeria d'Urgències Infantils
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

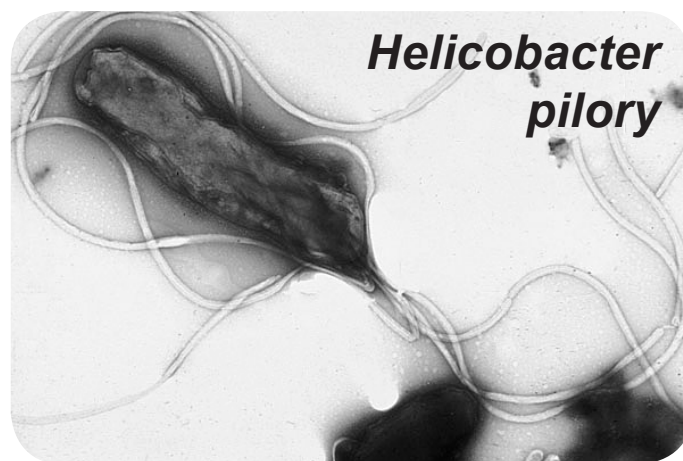


Infección por *Helicobacter pylori*

El *Helicobacter pylori* es uno de los gérmenes más frecuentes que causan infección bacteriana crónica en el ser humano (después de la caries ocupa el segundo lugar en el ranking). El mecanismo de transmisión es oro-fecal y en este contexto se describe un ambiente epidemiológico intrafamiliar, que alcanza al 50% cuando uno de los progenitores está infectado. La infección presenta un efecto cohorte, esto es, la infección se produce en la infancia y los efectos habitualmente se padecen en la segunda década de la vida.

El *Helicobacter pylori* es el principal factor en el desarrollo de una gastritis crónica. De ellas, alrededor de un 15% desarrollarán un úlcus gastroduodenal y entre el 0,5% y el 1% desencadenarán un carcinoma gástrico tipo MALT. Este punto es de especial interés para determinar si hay que tratar de erradicarlo o no. La AGA, la Sociedad Canadiense de Gastroenterología Pediátrica y las del norte de Europa, no aconsejan el tratar la infección, dada la prevalencia de infección en su medio, que no pasa del 5,6 %. En ese contexto, las morbilidades esperables no justifican el tratamiento generalizado. No obstante, la realidad en España es otra, ya que la prevalencia es del 22%, y se da la paradoja de que el riesgo de carcinoma esperable en toda la población de adolescentes canadienses (unos 6.000.000 con una prevalencia del 5,6 %) es la misma que para los adolescentes de Cataluña, que alcanzan los 900.000.

Los métodos diagnósticos más utilizados son el test de Urea C13 y la determinación de antígenos para *Helicobacter pylori* en heces. Ambos han demostrado una sensibilidad y especi-



ficidad muy parecida y son en la actualidad los más utilizados. Los anticuerpos en suero no tienen un valor pronóstico de infección activa, por lo que su uso no está recomendado. La fibroscopia, con toma de biopsias y cultivo, es la actuación preconizada por las guías americanas, antes de iniciar el tratamiento. No obstante, la lesión estadísticamente más esperable en la infancia es la de una gastritis crónica. Eso ha dado pie a otra táctica de acercamiento a la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes que no demuestren hematemesis, antecedentes familiares de cáncer gástrico o anemias refractarias a tratamiento marcial. Se trata de la denominada "test and treat", que consiste en confirmar la infección mediante test de urea o antígeno en heces y a continuación iniciar una

pauta de tratamiento. Posteriormente, se ha de comprobar la negativización de los test, antes de darlo por erradicado. Con frecuencia, se efectúa un control a las 6 – 8 semanas tras el tratamiento para apreciar la negativización del test. En ese punto no podemos hablar con total convencimiento de erradicación, si no de aclaramiento. Si un nuevo test a los 3 meses sigue negativo, podemos afirmar su erradicación.

Con respecto al tratamiento, son varias las pautas preconizadas, dado que las resistencias a los fármacos son cada día más frecuentes. Además, la erradicación, al igual que las complicaciones esperables, dependen de la cepa de *H. pylori* que afecta al individuo y del cumplimiento del tratamiento. La pauta más usada, sobretudo en adultos, es la O.C.A siglas

de Omeprazol®, Claritromicina® y Amoxicilina®. No obstante, en pediatría se han utilizado combinaciones de Omeprazol, Citrato tripotásico de bismuto (Gastrodenol®), Claritromicina® y Flagyl®. Las mayores resistencias se han observado frente a los dos últimos y dependen mucho de la dosis, sobretudo con el Flagyl®, dosis que ha de ser de la banda alta dentro de la posología recomendada. A partir de los 12 años se pueden utilizar tetraciclinas en casos de refractariedad al tratamiento convencional.

Vicente Varea

Jefe del Servicio de gastroenterología, Hepatología y Nutrición del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona



Actualitat

Actualización de conocimientos sobre la vacuna contra la varicela

La varicela es una infección altamente contagiosa causada por el virus varicela zoster. La introducción de la varicela por un paciente infectado en pequeñas comunidades como guarderías o en el ambiente familiar, implica una probabilidad de transmisión superior al 90%. Aunque la varicela cursa generalmente con una sintomatología leve, puede ser severa e incluso fatal, especialmente en niños inmunodeprimidos. Las complicaciones de la varicela incluyen la sobreinfección bacteriana (principalmente por *Streptococcus pyogenes*) neumonía, plaquetopenia, artritis, hepatitis y encefalitis. En España se describen 400.000 casos anuales, con 1.000 hospitalizados y 5-6 muertes cada año. Debido a la alta carga de la enfermedad, aunque las complicaciones son raras, en números absolutos implica un alto coste sanitario. La enfermedad afecta fundamentalmente a niños menores de 10 años, que representan más del 85% de los casos. En el paciente adulto preocupa en especial, la primoinfección en gestantes, ya que la varicela puede inducir aborto espontáneo o anomalías en el feto hasta en un 2% de los casos.

La mejor manera de prevenir la infección por varicela es la vacunación. Existe amplia información sobre la adecuada eficacia y seguridad de la vacuna contra la varicela. La primera vacuna desarrollada frente al VVZ fue desarrollada en Japón en 1974 a partir de la cepa OKA (nombre derivado del apellido del paciente en el que se aisló el virus). Se trataba de una vacuna viva atenuada de la que derivan todas las utilizadas.

Actualmente en España, tenemos disponibles la vacuna Varilrix R®(GSK) au-

torizada en 1998 para su uso en niños mayores de 13 años y adultos sanos, y la vacuna VarivaxR® (Sanofi Pasteur), autorizada en el 2005 para niños >12 meses.

En Estados Unidos la primera vacuna se comercializó en 1995. En este país está incluida en una estrategia de vacunación universal que incluye, por tanto, la administración en niños, adolescentes y adultos sanos susceptibles de primoinfección. En concreto, la pauta de vacunación es una primera dosis a los 12-15 meses de edad y una segunda dosis a los 4-6 años (esta segunda dosis se puede dar antes, pero tiene que ser al menos 3 meses después de la primera dosis), en todos los niños. Además las personas mayores de 13 años que nunca tuvieron la varicela ni se vacunaron contra esta infección, deben recibir dos dosis, la segunda al menos 28 días después de la primera.

En nuestro país, aunque en marzo de 2010 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó elaborar un único calendario vacunal para toda España, a fecha de redacción de esta actualización, no hay consenso sobre las indicaciones y pautas de las diferentes vacunas comercializadas, en las diferentes comunidades autónomas. Este hecho implica desigualdades territoriales que es de esperar que se corrijan en breve. Los calendarios y recomendaciones ac-

tuales son 21: el de la Academia Española de Pediatría, el del Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud y los de las 19 comunidades autónomas (**Tabla 1**). Como se puede observar, hay diferencias en el número de dosis, población diana o en la edad de inicio de vacunación.

Para seleccionar el calendario mas

Tabla1. Pauta de vacunación contra la varicela en los calendarios de vacunación vigentes en España

Calendario	12M	15M	18M	3A	4A	5A	6A	10A	11A	12A	13A	14A	16A
ANDALUCÍA													
ARAGÓN													
ASTURIAS													
BALEARES													
CANARIAS													
CANTABRIA													
CASTILLA-LEÓN													
CASTILLA-LAMANCHA													
CATALUÑA													
C.A.CEUTA													
C.A.MELILLA													
C.VALENCIANA													
EXTREMADURA													
GALICIA													
MADRID													
MURCIA													
NAVARRA													
LA RIOJA													
PAÍS VASCO													
AEPED													
CONSEJO INTERTERRITORIAL SNS													
Universal													
1 dosis. Sólo a los que no hayan pasado la enfermedad ni estén vacunados													
2 dosis. Sólo a los que no hayan pasado la enfermedad ni estén vacunados													

adecuado es importante considerar un estudio realizado por Chaves et al de los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades), publicado en el año 2007 (New England Journal of Medicine 2007;356:1121-9). El objetivo de este estudio era evaluar la duración del efecto inmunitario de la vacuna de la varicela mediante la recogida de datos obtenidos durante un periodo de 10 años (1995-2004). Como medidas de evaluación se consideró la incidencia de casos espontáneos de varicela (aquellos en los que la erupción cutánea aparecía por lo menos 42 días después de la vacunación) y la severidad de la varicela. Los principales resultados fueron que en el rango de edad 8 a 12 años, se observaba que los niños que llevaban al menos cinco años vacunados tenían una significativa mayor probabilidad de sufrir enfermedad de grado moderado a severo,

comparados con los que habían recibido la vacuna en los últimos 5 años. Por otra parte, detectaron un incremento de la incidencia de la varicela según el tiempo pasado tras la vacunación: 1,6 casos por cada mil personas/año en los primeros doce meses desde la aplicación de la vacuna (IC, entre 1,2 y 2,0) incrementándose a 9,0 por mil personas/año (IC, 6,9-11,7) a los cinco años y a 58,2 por mil personas/año (IC, 36,0-94,0) a los nueve años. Las conclusiones del estudio apoyan la necesidad de una segunda dosis para evitar este descenso de la inmunidad tal como se indica en la pauta de los CDC.

Carmen Muñoz-Almagro

Departamento Microbiología Molecular
Hospital Universitario Sant Joan de Déu Barcelona



Què hi ha de nou en Vincles?

Què es fa amb aps@hsjdbcn.org?

Prèviament a la confecció del Butlletí que esteu llegint, les persones que teníem l'encàrrec de fer una revista que fos vehicle de comunicació del coneixement actualitzat en pediatria i també de les noves propostes del nostre hospital com a "vostre hospital de referència", varem realitzar dues sessions de treball amb pediatres i infermeres de primària, tant de Barcelona esquerra com de Costa de Ponent. Volíem la seva opinió sobre la nostra proposta.

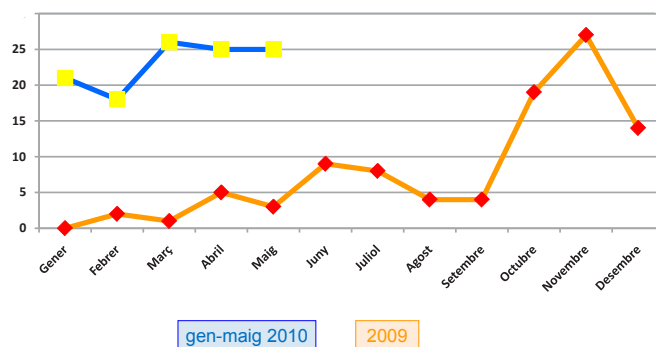
D'aquesta reunió va sortir la idea, la necessitat de millorar la comunicació entre els qui treballen a primària i els professionals de l'hospital. "Voldríem consultar un cas, no sabem qui seria el professional adient per fer-ho, costa molt trobar a les persones"....

Aquests comentaris van ser suficients per obrir una línia de comunicació que fos fàcil, assequible, i que pogués donar-vos una resposta més o menys ràpida, però dins d'uns paràmetres raonables i segons la urgència de la consulta.

Varem aconseguir un mail per oferir a la "consulta ràpida" i un telèfon de contacte directe. Fet el contacte, ens posaríem en marxa per a donar la resposta adient, esperant fos la resposta que necessitàveu i sense haver d'esperar massa.

Durant uns mesos el varem donar a conèixer en unes àrees bàsiques concretes, per tal d'avaluar el nombre de consultes i analitzar la viabilitat del nostre recurs. Al cap d'uns mesos, a la revista Nous Vincles n°3 (juliol 2009), el fèiem extensiu a tots vosaltres.

El mail i el telèfon de contacte, els rebo jo mateixa, Dra. Marisa Serra. Un cop avaluo la consulta, la derivo als professionals que considero adients amb l'encàrrec de resposta ràpida del "Projecte Vincles amb primària". Puc dir que, més del 90% tenen resposta en 24-48 hores. Algunes, requereixen una resposta parcial, en espera de poder tenir més dades de la consulta. Però crec que tots l'han tingut. Estem utilitzant més el mail que el telèfon. Molt més, ja que us ho fa més fàcil a vosaltres i també a nosaltres.

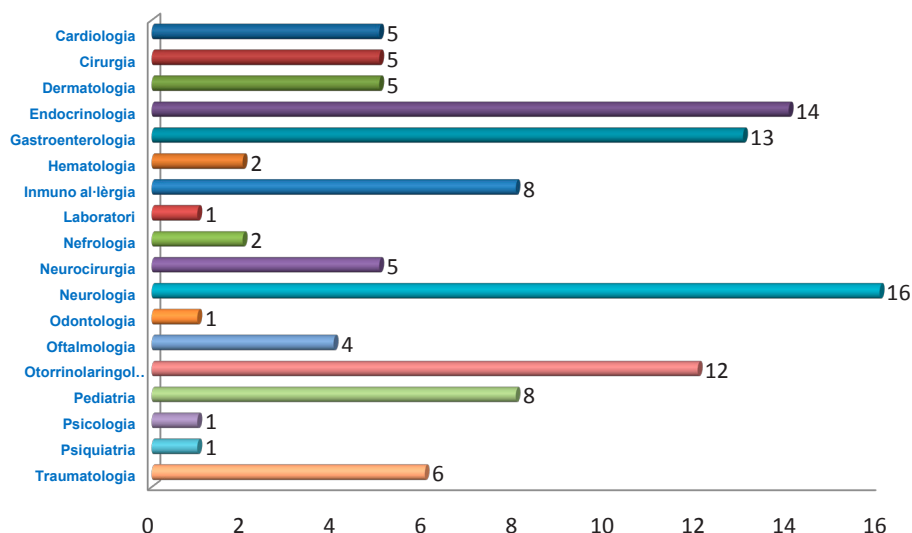


Adjunto les dades de l'activitat i un breu esquema de l'origen de les consultes.

Crec que s'està donant una bona resposta i ho dic amb el recolzament dels vostres comentaris i agraïments que afegeixu en els mails. La vostra manera de donar les gràcies, de fer aquests comentaris, he de dir que són gratificants i li donen valor a la tasca que fem. També crec, i és per mi el més important, que amb aquest tipus de contacte, amb signatures però quasi anònim, hem ajudat a molts nens des del punt de vista mèdic i també social. Només per això, ja ha valgut la pena. Ja sabeu on ens trobareu, aps@hsjdbcn.org. Darrera d'aquest mail, estan tots els professionals de l'hospital. Sense ells, no seria possible.

	Total 2009	2010 (gener - maig)
Nº de Consultes	96	115
Nº de Metges	50	53
Nº de ABS	41	37
Consulta d'Altres Centres	3	

Especialitats més consultades



Com veureu, en el decurs del cinc primers mesos de 2010, hem superat el nombre de consultes que es van fer durant tot l'any 2009.

Marisa Serra

Adjunta a la Direcció de Planificació i Qualitat de l'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

Formació continuada

Folletos informativos de l'HSJD

Debido al interés despertado en una sesión realizada en un centro de atención primaria y a petición de los asistentes, os adjuntamos diferentes trípticos que serán de utilidad para la consulta diaria.

- Tríptico informativo de colesterol y triglicéridos.
- Tríptico de Intolerancia a la lactosa.
- Alergia a los frutos secos.
- Alergia a las proteínas del huevo.
- Alergia a las proteínas de la leche de vaca.



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:

- II Curs actualització patologia del son infantil.
15 d'abril de 2010
- XLVI Curs de progressos i terapèutica en pediatria i cirurgia pediàtrica.
18 de novembre de 2010
- XXIII Curs d'avenços en neuropediatria.
25 de novembre de 2010



Si voleu més informació:

Ana Sáez

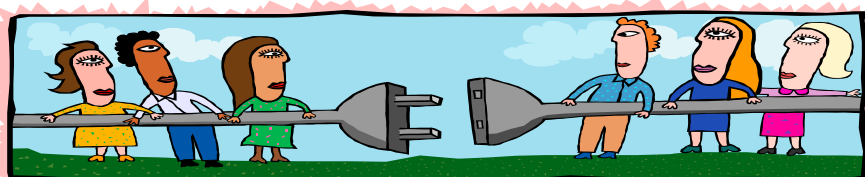
Direcció Docència / Àula de Pediatria

Hospital Sant Joan de Déu

Telèfon 932532130

FAX 932804179

direcciodocencia@hsjdbcn.org



Endolla't a Nous Vincles !!!

La circuncisión cultural o religiosa en nuestro entorno sanitario

La circuncisión masculina obedece a causas higiénicas. Basadas o no en cuestiones religiosas o como ritual de iniciación, su objetivo final es el beneficio del niño.

La circuncisión por razones médicas en el mundo occidental no plantea problemas en cuanto a su realización. Cuando ésta se realiza por razones culturales o religiosas pueden esgrimirse algunas cuestiones que generen discusión, en relación al momento de su realización y al procedimiento seguido. Entre los judíos se realiza al nacer o dentro de la primera semana, aunque a veces se espera hasta los cuarenta días de vida. Entre los musulmanes se acostumbra a realizar más tardíamente.

Fuera de un entorno sanitario, el procedimiento suele realizarse sin anestesia y sin las debidas precauciones higiénicas. Puede considerarse como un atentado a la integridad del niño, ya que resulta una práctica que produce un dolor innecesario y con un riesgo no desdeñable de complicaciones.

En el ámbito de la sanidad pública los profesionales no deberían realizar actos que no obedecieran exclusivamente a indicaciones médicas; no obstante, en el contexto que nos ocupa, este concepto puede resultar excesivamente restrictivo; y un exceso de celo en el mantenimiento de nuestros valores puede hacer que seamos insensibles a cuestiones fundamentales para personas pertenecientes a otras culturas. A pesar de la falta de indicación médica, puede entenderse que es mejor que se practique la circuncisión de manera higiénica, quirúrgicamente reglada, en un hospital o un centro sanitario, que no en un “**contexto ritual**” en donde se seguirá un procedimiento doloroso y con mayores riesgos para el niño en forma de infección, hemorragia etc. El profesional sanitario debe ponderar si su negativa a realizar la circuncisión irá acompañada de una reacción por parte de los padres, que les obligue a acudir a prácticas poco seguras, realizadas por no profesionales, y no beneficiosas para sus hijos.

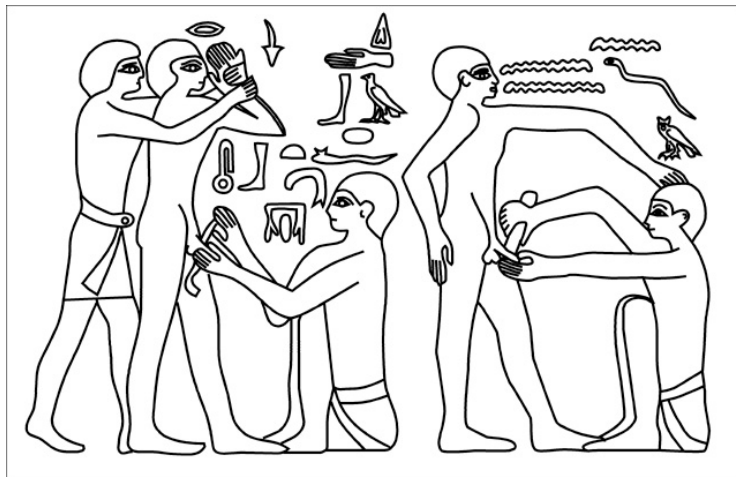
En relación a la ablación del clítoris, debe considerarse como una práctica encaminada a alterar la expresividad sexual de la mujer y que es del todo inadmisibles sin ningún paliativo, aún apelando a criterios religiosos o culturales.

Una actitud práctica a tomar sería la de realizar la circuncisión por razones culturales en centros sanitarios en las mismas edades que las realizadas a niños con fimosis, es decir tratar la situación equiparando las razones médicas

con las razones culturales en cuanto a la necesidad de intervención por fimosis. Desde el punto de vista técnico, las circuncisiones por razones religiosas y culturales se realizan, aún en ausencia de fimosis, cortando la piel en exceso para descubrir el glande en su totalidad; en las situaciones de indicación puramente quirúrgica, es decir ante el diagnóstico de fimosis en niños sin indicación cultural, el cirujano puede dejar algo de piel, si es posible, para recubrir el glande.

Desde el punto de vista de una valoración coste-beneficio, cabe pensar que el coste dentro del presupuesto global de la sanidad sería pequeño. La satisfacción de la familia en cambio, sería muy alta, ya que habitualmente se encuentran en situación muy precaria y se vería ayudada para poder mantener unas tradiciones, vividas como una necesidad prioritaria.

Es fundamental una labor pedagógica dirigida a los inmigrantes residentes en Cataluña y asistidos por nuestro sistema sanitario; médicos, enfermeras, trabajadores sociales y mediadores culturales podemos ser grandes colaboradores en esta labor, para ayudar a las familias a que entiendan la realización de intervenciones médicas, en el contexto de sus indicaciones, así como la suma importancia de una integración progresiva en nuestra cultura. Debe argumentarse la aceptación de la circuncisión en las mismas edades que en los niños afectados de fimosis y fomentar y estar alerta en cuanto a la prevención de la ablación del clítoris.



Francisco José Cambra

Metge adjunt de la UCI Pediàtrica
Coordinador del Projecte Cuidam
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona





Consells KidsHealth.



Consells per l'estiu PER PARES

Sol y seguridad

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?lic=194&dn=%20&article_set=53342&cat_id=20255

Picaduras/mordeduras de insectos

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?lic=194&dn=%20&article_set=53324&cat_id=20255

Evitando los ahogamientos

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?lic=194&dn=%20&article_set=46383&cat_id=20286

Seguridad en el agua

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?lic=194&dn=%20&article_set=52903&cat_id=20255

Evitando ahogamientos en el agua

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?lic=194&dn=%20&article_set=46385&cat_id=20286

Trastornos por calor

http://kidshealth.org/PageManager.jsp?lic=194&dn=%20&article_set=52900&cat_id=20255

WWW



**Dr. Santi
García-Tornel**

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



Recursos de xarxa

Informació aerobiològica: El comitè d'aerobiologia de la SEAIC (Sociedad española de aerobiología y inmunología clínica) ha elaborat una pàgina web (**www.polenes.com**) on es pot consultar informació interessant sobre els pol·lens al·lèrgics més prevalents als diferents territoris, així com una guia d'interpretació del recompte d'aquests pol·lens.

Tot i que és difícil establir una relació directa entre la intensitat dels símptomes i les concentracions atmosfèriques de pol·lens, les gràfiques de concentració que hi trobem, tant per territoris com globals, poden ser de gran ajuda en el control (prevenció i seguiment) dels nostres pacients.

La pàgina esmentada conté així mateix informació rigorosa sobre pol·linosi (estudis multicèntrics, preguntes freqüents, atlas d'aerobiologia i polinos) i com sempre, enllaços d'interès.



Penso que tota aquesta informació pot ser útil, tant si ens aventurem a iniciar un estudi immunoal·lèrgic des de l'atenció primària, com si fem el seguiment d'un pacient ja estudiat per l'especialista.



L'Observatori FAROS de la Salut en l'Infància i l'Adolescència, impulsat per l'Hospital Sant Joan de Déu, va néixer ja fa 2 anys amb la missió de recollir i analitzar informació de rellevància en l'àmbit de la salut infantil i juvenil. Sota una plataforma web (**<http://www.faroshsjd.net/>**), l'Observatori FAROS facilita als seus usuaris la consulta i l'ús dels seus continguts de forma clara i interactiva. El portal s'estructura en dos grans blocs:

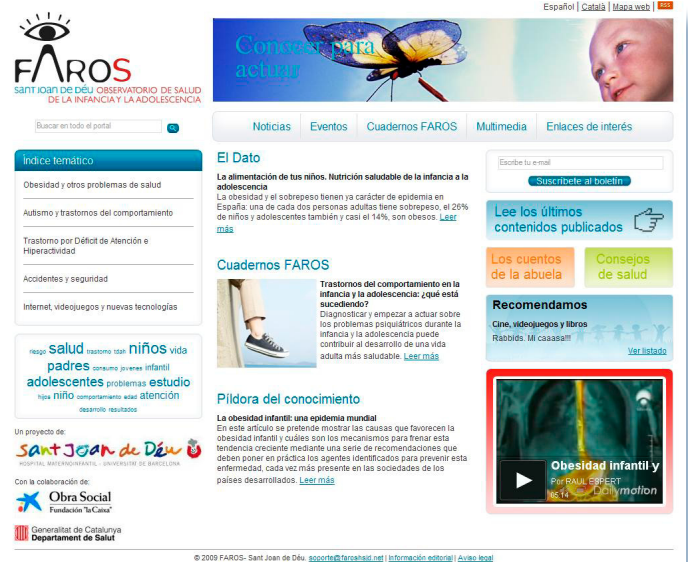
.../...

1. **Continguts de coneixement** → s'hi poden trobar articles, notícies, esdeveniments i enllaços d'interès respecte les tendències en salut infantil. També es publiquen dos informes anuals elaborats pel propi Observatori.

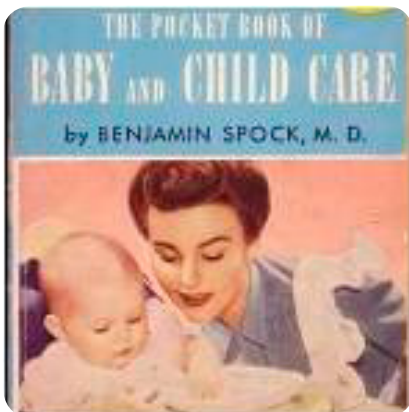
2. **FAROS Família** → secció dedicada a la família en la que s'ofereix un espai de caràcter més lúdic en el qual s'incorporen les següents aplicacions:

- Secció de recomanacions de pel·lícules, llibres i videojocs.
- Secció de Contes de l'àvia: es pretén inculcar valors i hàbits saludables als més petits.
- Consells de salut: ampli ventall de consells sobre multitud de temes d'interès.
- Vídeo multimèdia: tracta sobre algun tema de salut infantil d'actualitat.

L'Observatori FAROS envia mensualment dues *newsletters* (una per a cada un dels dos blocs del portal) a tots aquells usuaris que es registrin prèviament.



metges, dues tendències



“**El llibre del sentit comú en la cura de bebès i nens**”, del Dr. Benjamin Spock, publicat el 1946, va ser un dels grans èxits editorials de la història d'EUA i va crear un corrent de permissivitat desconeguda fins llavors.

El seu revolucionari missatge a totes les mares era “Vostè sap

més del que creu” i les seves idees sobre la cura infantil van permetre a diverses generacions de pares ser més flexibles i afectuosos amb els seus fills, i tractar-los com individus, en un context que la saviesa tradicional propugnava l'ús de la disciplina, i que -per exemple- propugnava que els bebès no han de ser “acaronats” ni calia agafar-los quan ploessin.

En l'actualitat, Dr. Spock és una **empresa editorial i multimèdia per a pares**.

Conec Carlos González i Eduard Estivill perquè ambdós van estar amb mi a l'hospital.

El Dr. González ha estat un fidel seguidor del **Dr. Spock** en alguns aspectes.

En la controvertida entrevista que acaba d'aparèixer en el diari **20 minuts** (“A la dona l'han enganyat amb l'alliberament”), en què parla del seu últim llibre, afirma: “No és que jo hagi criat els meus fills segons les teories dels meus llibres, sinó al revés, he escrit aquests llibres segons la meua experiència criant els meus fills”.

Anteriorment, fa més de 50 anys, el Dr. Spock deia una cosa semblant: “Em va sortir del cap, amb la meua experiència d'anys a atendre les preocupacions i dubtes dels pares que arribaven al meu consultori” i també: “Els nens necessiten somriures, bones paraules, jocs i carícies.... Vostè ha de comportar-se amb tota naturalitat, sense sentir-se cohibida, i gaudir de l'alegria del seu fill”.

Com veuen, res nou sota el sol.

Com diuen en un programa de TV, la vida és una sinya que dóna moltes voltes.

No puc creure que el Dr. González desconegués el llibre del Dr. Spock i les seves recomanacions, ni tampoc que el Dr. Estivill desconegués el llibre del Dr. Farber.

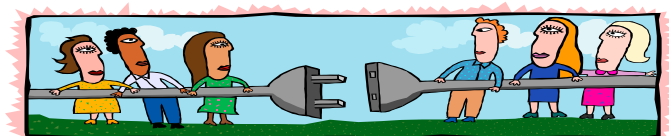
Ambdós han estat i són molt bons comunicadors en la llengua espanyola però el “sentit comú” ens diu que no hem de crear enfrontaments.

El que va ocórrer a EUA va ser un fenomen invers.

Primer va ser, amb diferència, Spock i després Farber, i aquí primer Estivill i després González.

En resum, l'enfrontament es va iniciar a EUA i no a l'Estat espanyol.

Escrit per Dr. Santi el dimarts, 23/març/2010



Endolla't a Nous Vincles !!!



Telèfon/MAIL de consulta entre professionals

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

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

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



Telèfon de consulta professional?

605 695 348

Correu electrònic:
aps@hsjdbcn.org



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

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

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



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

nousvincles@hsjdbcn.org

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

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

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



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

<http://www.hsjdbcn.org>

Germans de  Sant Joan de Déu



Comitè de redacció

Francisco José Cambra. Metge pediatre. UCI Pediàtrica de l'HSJD. Responsable projecte Cuida'm. **Araceli Cuerva.** Infermera. Cap de l'àrea d'Hospital de Dia de l'HSJD. **Manel Enrúbia.** Metge pediatre. Referent de Pediatria de Barcelona Esquerra de l'ICS. **Jordi Joan Fàbrega.** Webmaster / Tècnic comunicació de l'HSJD. **Yolanda Fernández.** Metgessa pediatra. Servei pediatria i urgències 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 Serrat.** Metge MFIC. 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.