OCTUBRE-DESEMBRE 2019 • VOLUM 79 • NÚM. 4

PEDIATRIA CATALANA

SUMARI

EN AQUEST NÚMERO
124 Hi trobareu...

EDITORIAL
125 L'Associació de Metgesses de Catalunya
I. Jordan, I. Gonzáñez-Gómez

TREBALL ORIGINAL
127 Relació entre aportacions de vitamina D i nivells plasmàtics en prematurs
J. Ariño, A. García, E. Parada, M. Albújar

QUIN ÉS EL SEU DIAGNÒSTIC?
133 Nounat amb tumoracions a les extremitats superiors
MC. Maldonado, A. Borja, C. Corberó, A. Monfort, M. González-Farré, S. Ortigosa
135 Nena de 8 anys amb lesió cutània hiperpigmentada de creixement ràpid
S. Artigas, M. Calles, C. Fernández, A. Finestres, R. Salvà, Y. Mora
137 Nen de 3 anys amb exantema i astènia d'un mes d'evolució
L. Morato, G. Jiménez, E. Lera, JM. Samarra

PROVES DIAGNÒSTIQUES
139 Ús, desús i mal ús del test de diagnòstic ràpid per a estreptococ
J. de la Flor, J. Marès

EN CINC MINUTS
144 Breu recull bibliogràfic

ELS PEDIATRES DE CATALUNYA
145 Els pediatres de Catalunya publiquen fora

NOTÍCIES
146 Memòria d'activitats de la Societat Catalana de Pediatria (curs 2018-19)
151 Informació de la pàgina web de la SCP

CRÍTICA DE LLIBRES
152 *El último cooperante. Por un mundo de igual a igual*

IN MEMORIAM
153 Juan José Ortega Aramburo
154 Juan Brotóns Gimeno

ÍNDEX VOLUM 79
155 Índex de matèries
156 Índex d'autors
157 Índex de casos QD? / Fe d'errades / Agraïments

CONTRAPORTADA
Per acabar: imatge amb missatge

la teva nova web a internet:

www.scpediatria.cat

BUTLLETÍ DE LA SOCIETAT CATALANA DE PEDIATRIA

Publicació oficial de la Societat Catalana de Pediatria iniciada l'any 1928. ***Indexada a EMBASE/Excerpta Medica i Índice Médico Español***

PEDIATRIA CATALANA

OCTUBRE-DESEMBRE 2019 · VOLUM 79 · NÚM. 4

Fundada l'any 1926

Director
Carlos Rodrigo Gonzalo de Liria

Caps de Redacció
Araceli Caballero
Pedro Domínguez

Consell de Redacció
Pilar Abad
Núria Brun
Roger Esmel
Berta Ferran
Anna Habimana
Cristian Launes
Esther Lera
Maria Margaret Mercadal-Hally
Alba Pérez *(Alemanya)*
Marta Pérez
Victoria Rello
Adela Retana
Sílvia Ricart
Carles Rodríguez-Galindo *(EUA)*
Consol Sánchez
Lluís Subirana
Mireia Tirado
Maite Turpin
Aina Valls
Marta Velázquez

Comitè Editorial
Gemma Claret *(Mort sobtada)*
Anna Gatell *(Trastorns aprenentatge)*
Marcos Linés *(Neonatologia)*
Núria López *(Malalties infeccioses)*
Carles Luaces *(Urgències)*
Antoni Martínez-Roig *(Pediatria social)*
Montse Montraveta *(Gastroenterologia)*
Sergi Navarro *(Cures pal·liatives)*
Enrique Pérez *(Activitat física i esport)*
Mónica Piquer *(Al·lèrgia)*
Luis Renter *(Cures intensives)*
Ernesto Sánchez *(Pneumologia)*
Pere Soler *(Immunodeficiències)*
Rosangela Tomasini *(Endocrinologia)*
Pablo Velasco *(Hematologia)*

Secretària de Redacció
Natàlia Corominas

Junta Directiva de la Societat

Presidència
Valentí Pineda

Vicepresidència de l'àrea científica
Mireia del Toro

Vicepresidència de l'àrea professional
Vicente Morales

Vicepresidència de l'àrea econòmica
Salvador Rigol

Secretaria
Cristina Bonjoch

Vocal 1
Laura Montfort

Vocal 2
Anna Gatell

Vocal 3
Pepe Serrano

Vocal 4
Albert Balaguer

Vocal 5
Ferran Rosés

Vocal 6
Núria Brun

Vocal d'atenció primària
Ma. Amor Peix

Vocal coordinador de residents
Carla Crous

Vocals Vegueries
Barcelona: Montserrat Montraveta
Girona: Borja Guarch
Lleida: Núria Visa
Manresa: Carme Jou
Reus: Susana Larrosa
Tarragona: Albert Batista
Tortosa: Maria Esteller
Vic: Eudald Sellarès

Edita: Fundació Catalana de Pediatria. Fundació Privada registrada amb el núm. 904 al registre de Fundacions de la Generalitat de Catalunya. **Redacció, Administració i Publicitat:** Fundació Catalana de Pediatria. Major de Can Caralleu, 1-7. 08017 Barcelona. Tel. 93 203 03 12 Fax 93 212 35 69. E-mail: scpediatria@academia.cat / http://www.scpediatria.cat
Correcció de català: Lurdes Monguillot. **Realització i maquetació:** Pícsel Traç, sl. Sabadell.
Imprimeix: CODIPRE, Arts Gràfiques. Tel. 93 725 55 14. Costa i Déu, 107. 08205 Sabadell. **Dipòsit legal:** B- 13.887-1958. **ISSN:** 1135-8831.
Suport vàlid M. Sanidad SVR 201. ©1997 Pediatria Catalana. Reservats tots els drets.

PEDIATRIA CATALANA

Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria

2019

Octubre-Desembre
Volum 79 · Núm. 4

EN AQUEST NÚMERO	124	Hi trobareu...
EDITORIAL	125	L'Associació de Metgesses de Catalunya *I. Jordan, I. Gonzáñez-Gómez*
TREBALL ORIGINAL	127	Relació entre aportacions de vitamina D i nivells plasmàtics en prematurs *J. Ariño, A. García, E. Parada, M. Albújar*
QUIN ÉS EL SEU DIAGNÒSTIC?	133	Nounat amb tumoracions a les extremitats superiors *MC. Maldonado, A. Borja, C. Corberó, A. Monfort, M. González-Farré, S. Ortigosa*
	135	Nena de 8 anys amb lesió cutània hiperpigmentada de creixement ràpid *S. Artigas, M. Calles, C. Fernández, A. Finestres, R. Salvà, Y. Mora*
	137	Nen de 3 anys amb exantema i astènia d'un mes d'evolució *L. Morato, G. Jiménez, E. Lera, JM. Samarra*
PROVES DIAGNÒSTIQUES	139	Ús, desús i mal ús del test de diagnòstic ràpid per a estreptococ *J. de la Flor, J. Marès*
EN CINC MINUTS	144	Breu recull bibliogràfic
ELS PEDIATRES DE CATALUNYA	145	Els pediatres de Catalunya publiquen fora
NOTÍCIES	146	Memòria d'activitats de la Societat Catalana de Pediatria (curs 2018-19)
	151	Informació de la pàgina web de la SCP
CRÍTICA DE LLIBRES	152	*El último cooperante. Por un mundo de igual a igual*
IN MEMORIAM	153	Juan José Ortega Aramburo
	154	Juan Brotóns Gimeno
ÍNDEX VOLUM 79	155	Índex de matèries
	156	Índex d'autors
	157	Índex de casos QD? / Fe d'errades / Agraïments
CONTRAPORTADA		Per acabar: imatge amb missatge

PEDIATRIA CATALANA

Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria

2019

October-December
Volume 79 · Num. 4

IN THIS ISSUE	124	You will find...
EDITORIAL	125	The Association of Women Doctors of Catalonia *I. Jordan, I. Gonzáñez-Gómez*
ORIGINAL ARTICLE	127	Relationship between the enteral intake of vitamin D and plasma levels in premature newborns *J. Ariño, A. García, E. Parada, M. Albújar*
WHAT IS YOUR DIAGNOSIS?	133	Infant with tumors in the upper extremities *MC. Maldonado, A. Borja, C. Corberó, A. Monfort, M. González-Farré, S. Ortigosa*
	135	Eight-year-old girl with rapidly enlarging hyperpigmented lesion of the skin *S. Artigas, M. Calles, C. Fernández, A. Finestres, R. Salvà, Y. Mora*
	137	Three-year-old boy with a one-month history of exanthema and asthenia *L. Morato, G. Jiménez, E. Lera, JM. Samarra*
DIAGNOSTIC TESTS	139	Use, lack of use, and misuse of the rapid strep test *J. de la Flor, J. Marès*
IN FIVE MINUTES	144	Brief bibliography review
CATALAN PEDIATRICIANS	145	Catalan pediatricians publishing abroad
NEWS	146	Summary of activities of the Catalan Society of Pediatrics (2018-2019)
	151	Information in the website of the Catalan Society of Pediatrics
BOOK REVIEW	152	The last cooperator. For an equal world
IN MEMORIAM	153	Juan José Ortega Aramburo
	154	Juan Brotóns Gimeno
INDEX VOLUME 79	155	Subject
	156	Author
	157	What's your diagnosis? Cases / Acknowledgements
BACK COVER		To end: image with message

En aquest número de Pediatria Catalana hi trobareu...

pòrtic ■ editorial ■ observatori pediàtric ■ article especial ■ treball original ■ treball de revisió ■ cas clínic ■ cas problema ■ quin és el seu diagnòstic? ■ formació continuada ■ fonaments metodològics ■ tècniques diagnòstiques ■ novetats terapèutiques ■ informe ■ protocol ■ observatori pediàtric ■ comentari bibliogràfic ■ en cinc minuts ■ els pediatres de catalunya publiquen fora ■ carta al director ■ notícies ■ *in memoriam* ■ crítica de llibres ■ observatori pediàtric ■ tema monogràfic ■ altres seccions

- **Editorial.** En aquest número, les doctores Iolanda Jordan i Iris González-Gómez de Agüero escriuen sobre la situació i el paper de les dones en el mon de la medicina, a propòsit de la presentació de l'**Associació de Metgesses de Catalunya** (*metgesses.cat*) (pàg. 125).

- **Treball original.** En l'estudi **«Relació entre les aportacions enterals de vitamina D i els nivells plasmàtics en nadons prematurs»** (pàg. 127), dut a terme en la Unitat de Neonatologia de l'Hospital Joan XXIII de Tarragona, es revisa la possible correlació entre aportacions de vitamina D i els nivells inadequats d'aquesta vitamina.

- **Quin és el seu diagnòstic?** En aquest número es presenten tres casos: **«Nounat amb tumoracions a les extremitats superiors»** (pàg. 133), **«Nena de 8 anys amb lesió cutània hiperpigmentada de creixement ràpid»** (pàg. 135) i **«Nen de 3 anys amb exantema i astènia d'un mes d'evolució»** (pàg. 137), posant èmfasi, com sempre, en el diagnòstic diferencial.

- **Proves diagnòstiques a la capçalera del pacient.** El tercer capítol d'aquesta secció està dedicat al tema **«Ús, desús i mal ús del test de diagnòstic ràpid per a estreptococ»** (pàg. 139). Els autors són els doctors Josep de la Flor i Josep Marès.

- **En cinc minuts.** Aquest apartat (pàg. 144) ens porta un breu recull bibliogràfic amb els resums de cinc articles sobre la punció lumbar en infeccions urinàries en menors de 2 mesos, dexametasona *versus* prednisolona en el tractament del crup, revisió del xarampió a partir d'un cas clínic, un cas de diftèria amb imatge, i fractures en edat pediàtrica i evolució de la densitat òssia.

- **Els pediatres de Catalunya publiquen fora.** Es comenten quatre articles (pàg. 145) publicats en revistes internacionals durant l'any 2018, en què, com a mínim, un autor treballa en un CAP o en un hospital de Catalunya.

- **Crítica de llibres.** El Dr. Ferran A. Moraga-Llop fa una recensió del llibre ***El último cooperante. Por un mundo de igual a igual*** (pàg. 152), escrit pel pediatre Iñaki Alegría Coll. És un llibre solidari, ja que tots els beneficis que generi es destinaran a l'Hospital de Gambo, a Etiòpia.

- ***In memoriam.*** Malauradament, en aquest número es publiquen dos obituaris: un dedicat al **Dr. Juan José Ortega Aramburo** (pàg. 153) i un altre al **Dr. Joan Brotóns Gimeno** (pàg. 154).

- **Notícies.** Es publica la **Memòria d'activitats de la Societat Catalana de Pediatria** (pàg. 146), amb l'informe de l'Assemblea General Ordinària de Socis 2019, l'**Índex del volum 79** de la revista (pàg. 155), i, com en cada número, la **Informació de la pàgina web de l'SCP** (pàg. 151).

Carlos Rodrigo

L'Associació de Metgesses de Catalunya

Iolanda Jordan[1], Iris González-Gómez de Agüero[2]

[1] *Unitat de Cures Intensives Pediàtriques, Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona). Vicepresidenta Associació* Metgesses.cat. [2] *Servei de Pediatria, Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa (Barcelona)*

El passat 16 de maig es va presentar de forma oficial l'Associació de Metgesses de Catalunya Metgesses.cat, en la jornada «Ser metgessa i dona a Catalunya», amb l'objectiu prioritari de promoure la cooperació i els interessos generals de les metgesses de tot el país, així com desenvolupar relacions d'amistat i comprensió mútua entre elles, i combatre situacions d'injustícia i discriminació per raó de gènere [1]. Aquesta Societat ha estat avalada per la Conselleria de Salut, la Direcció General d'Igualtat del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies i pel Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, ja que vol abordar diferents situacions que solen perjudicar de manera més específica el sector femení de la professió i aportar-hi solucions que forçosament han de provenir dels recursos i els esforços de diferents institucions [2].

L'any 2013, després que el Col·legi de Metges de Barcelona decidís dedicar l'any a la Dra. Dolors Aleu i Riera (Barcelona, 1857-1913), primera metgessa catalana de l'era moderna i primera doctora en Medicina de l'estat espanyol, es va organitzar una jornada en què metges i metgesses van discutir sobre la situació laboral, acadèmica i de recerca de les metgesses de Catalunya enfront dels metges. D'aquesta jornada es van poder extreure dues idees principals: la primera, que malgrat ser més del 50% dels facultatius, hi havia una manca evident de metgesses en tasques de lideratge en tots els àmbits explorats; i la segona, que si es volia avançar, calia actuar [3].

L'Associació de Metgesses de Catalunya neix, doncs, d'aquesta necessitat, i pretén englobar metgesses i dones estudiants de Medicina per donar-los veu i promoure'n la progressió en tots els àmbits. A nivell internacional ja s'han desenvolupat associacions que han estat pioneres en abordar la problemàtica de la dona metgessa, i en donar eines per poder trencar barreres i promoure l'equitat de gènere en medicina, com l'*American Women's Medical Association*, amb més de 100 anys de recorregut i bons resultats [4].

La medecina és un sector majoritàriament femení, de manera que a Catalunya les dones representen el 70% de l'alumnat a les facultats, el 61% dels interns residents i el 55% dels professionals sanitaris, una tendència que, a més, no s'atura. Un exemple palès és que, de 2.011 socis pediatres de la Societat Catalana de Pediatria, la població de metgesses representa el 67,08% [5]. En aquest context, és especialment important atendre al concepte de la conciliació quan les dones treballen una mitjana setmanal de 5 hores més que els homes en les feines de la llar, tenen cura en més proporció dels familiars, especialment si tenen fills, i s'acullen a reduccions de jornada o excedències de treball en el 41% dels casos, mentre que els homes només ho fan en el 8,6% [3]. Només aquest fet ja condueix a situacions de desigualtat, ja que resta menys temps per poder dedicar al desenvolupament professional en l'àmbit de la recerca o la docència. A més, es genera una pèrdua de guany adquisitiu tenint en compte que s'assoleixen menys càrrecs de responsabilitat o de trams de carrera professional, a part de la pèrdua salarial pròpia de la reducció horària, que arriba a diferències salarials importants.

Treballar activament per assolir l'equitat i la igualtat entre metgesses i metges en els diferents aspectes del desenvolupament professional és un altre objectiu de l'associació. Els homes continuen tenint la majoria de càrrecs de responsabilitat a les institucions, mentre que les dones només ocupen el 30% dels espais de lideratge. Aquest fet esdevé no tan sols en l'àmbit assistencial, on només el 22% de les dones arriben a ser caps de servei, sinó també en el món acadèmic (només el 25% del conjunt de professors i catedràtics de les Universitats són dones) i en el de la recerca, on el sector femení encara està infrarepresentat [3, 6] (tot i que es concedeixen un nombre molt similar de beques entre homes i dones, només el 10% dels responsables de grups d'investigació en ciències de la salut són dones).

Els motius que condueixen a aquestes situacions de desigualtat són diversos, però hi ha uns punts clau, com ara l'educació esbiaixada que encara reben les dones, l'autoexclusió per ser menys ambicioses o per por que sigui més un sacrifici que una oportunitat, la discriminació positiva envers els homes, la falta de models femenins de lideratge, la cultura del presentisme als llocs de treball o, fins i tot, la discriminació que es rep dels pacients. En

aquest sentit, hi ha dades a nivell nacional que fins al 55% de les metgesses s'han sentit desconsiderades o assetjades per part d'alguns pacients pel fet de ser dona [7].

L'associació pretén oferir a les metgesses l'oportunitat de compartir fòrums, debats i dubtes sobre com donar eines a les dones per treballar cap a l'equitat i la igualtat d'oportunitats. En aquesta línia, les metgesses més sènior o amb més expertesa en els diferents àmbits de la professió podran actuar com a *mentorship* d'altres metgesses, especialment de les més joves, per tal que puguin assolir plenament el seu desenvolupament professional.

Un altre àmbit de treball de l'associació és promoure el reconeixement de les diferències en salut, cura de la salut i recerca en salut entre homes i dones, pel que fa a l'àmbit de la professió mèdica, però també en la perspectiva de la societat i els pacients. Òbviament, hi ha una patologia específica de la dona, condicionada pel seu sistema sexual i reproductiu, però hi ha un seguit de malalties més comunes o més greus en el gènere femení, com els dolors crònics, algunes malalties cardiovasculars o la depressió, que necessitarien un abordatge causal diferent i des de la perspectiva de gènere [8].

Per últim, s'està dissenyant un programa d'activitats científiques amb diferents objectius. Un d'ells és posar números a tots aquests problemes que afecten més les dones, mitjançant la posada en marxa d'enquestes a la població mèdica que arribin als diferents punts assistencials, com han fet altres associacions internacionals. Sovint les dades reflecteixen l'àmbit hospitalari, però manquen resultats en el món de la primària, en el camp privat, i en la repercussió que tenen segons l'especialitat. D'altra banda, s'organitzaran jornades per exposar els diferents problemes i proposar solucions, i es desenvoluparan grups de treball específics de cada tema. Tanmateix, serà imprescindible col·laborar amb altres entitats que tinguin objectius similars tant a escala nacional com internacional [9].

En conclusió, l'Associació de Metgesses de Catalunya vol fer avançar les dones en el món de la medicina, tant en l'àmbit assistencial com en l'acadèmic, així com ajudar a millorar el coneixement de la salut de les dones.

Les eines per assolir aquestes fites són el lideratge, la dedicació, l'educació, l'experiència, el suport mutu i l'apoderament, dins d'una estreta col·laboració amb tots els metges.

Sovint sentim que la feminització de la professió es planteja com un problema en lloc de com un motor o una oportunitat de canvi [10], que és el que ha de ser.

Bibliografia

1. Associació de Metgesses de Catalunya. Accessible a la xarxa [data de consulta: 07-07-2019]. Disponible a: http://www.metgesses.cat/
2. Decàleg per l'equitat de gènere en l'àmbit dels col·legis professionals de Catalunya. Accessible a la xarxa [data de consulta: 12-07-2019]. Disponible a: http://www.tscat.cat/download/web/2019/Mar%C3%A7/DECALEG.pdf
3. La conciliació de la vida laboral, familiar i personal de metges i metgesses. Propostes i pla d'acció. Accessible a la xarxa [data de consulta: 08-07-2019]. Disponible a: https://www.comb.cat/Upload/Documents/7281.pdf
4. American Women's Medical Association Committee, task force chair resources and requirements. Accesible a la xarxa [data de consulta 08-07-2019]. Disponible a: https://www.amwa-doc.org/our-work/initiatives/
5. Baraibar R. La secretaria de la Societat Catalana de Pediatria. Els socis. A: Domestre X, ed. L'atenció pediàtrica a Catalunya. 90 anys de la Societat Catalana de Pediatria. Barcelona: Fundació Catalana de Pediatria. 2017;p.134.
6. Gottenborg E, Maw A, Ngov LK, Burden M, Ponomaryova A, Jones CD. You Can't Have It All: The Experience of Academic Hospitalists During Pregnancy, Parental Leave, and Return to Work. J Hosp Med. 2018;13(2):836-9.
7. Edmunds LD, Ovseiko PV, Shepperd S, Greenhalgh T, Frith P, Roberts NW, et al. Why do women choose or reject careers in academic medicine? A narrative review of empirical evidence. Lancet. 2016;388(10062):2948-58.
8. Informe Quiral 2018: Dona, salut i comunicación. Accessible a la xarxa [data de consulta: 18-07-2019]. Disponible a: https://www.upf.edu/recercaupf/-/asset_publisher/RVNxhLpxnc9g/content/id/225858960/maximized#.XT03NugzaUk.
9. Association of American Medical Colleges. The State of Women in Academic Medicine: The pipeline and pathways to leadership. [Revista electrònica] 2013-2014. [data consulta 07-07-2019]. Disponible a: https://www.hopkinsmedicine.org/women_science_medicine/_pdfs/The%20State%20of%20Women%20in%20Academic%20Medicine%202013-2014%20FINAL.pdf
10. Más médicas: una oportunidad de cambio. Accessible a la xarxa [data de consulta: 20-07-2019]. Disponible a: https://www.ara.cat/es/opinion/Elvira-Bisbe-Mas-medicas-oportunidad-cambio_0_2203579788.html?utm_medium=social&utm_source=twitter&utm_campaign=ara

Relació entre les aportacions enterals de vitamina D i els nivells plasmàtics en nadons prematurs

Judit Ariño, Aitana García, Ester Parada, Mar Albújar

Unitat de Neonatologia. Servei de Pediatria. Hospital Joan XXIII. Tarragona

Resum

Fonament. En els prematurs, uns nivells inadequats de vitamina D poden comportar més comorbiditat, però hi ha controvèrsia en les recomanacions de suplementació.

Objectiu. Intentar correlacionar aportacions (dieta i suplementació) de vitamina D amb nivells inadequats d'aquesta vitamina.

Mètode. Estudi descriptiu retrospectiu dels prematurs als quals se'ls determina calcifediol ($25(OH)D_3$) entre els mesos de gener i desembre del 2016 al nostre centre.

Resultats. Incloem 36 determinacions de $25(OH)D_3$ de 17 nadons (58,8% de sexe masculí) amb mediana d'edat gestacional de 29,8 setmanes (rang: 24,85-35,14) i mediana de pes de 980 g (rang: 420-2.220 g). La mediana d'edat en dies en el moment de l'extracció és 58,5 (rang: 6-188); la mediana de $25(OH)D_3$ és 53,92ng/ml (rang: 17,1-150). Segons el càlcul de les aportacions de vitamina D, s'obté una mediana de 885 U/dia (rang: 2-1416). Hi ha una correlació estadísticament significativa entre 25(OH)D3 plasmàtica i aportacions. El 75% que rep aportacions de <400 U tenen nivells insuficients; el 62,5% que rep >1.200 U tenen nivells tòxics. Dels que reben 400-1.200 U, el 84% tenen nivells òptims; hi ha diferència entre els que reben 400-800 U, amb un 60% amb nivells suficients, i els que reben 800-1.200 U, amb un 92% amb nivells adequats. Hi ha diferència en el percentatge de mostres amb nivells insuficients segons la classificació de 2009 respecte de l'actual.

Conclusions. Les aportacions de vitamina D d'entre 800 i 1.200 U/dia s'associen a nivells òptims en un percentatge elevat de nadons. Les aportacions inferiors a 400 U o superiors a 1.200 U s'associen a nivells inadequats.

L'alimentació per si sola no garanteix els requeriments necessaris de vitamina D, però és una dada essencial que s'ha de tenir en compte. Cal individualitzar la dosi segons els nivells plasmàtics.

Paraules clau: *Nadó. Prematur. Vitamina D. Nutrició enteral.*

Relación entre las aportaciones enterales de vitamina D y los niveles plasmáticos en recién nacidos prematuros

Fundamento. En los prematuros, unos niveles inadecuados de vitamina D pueden comportar mayor comorbilidad, pero existe controversia en las recomendaciones de suplementación.

Objetivo. Intentar correlacionar aportaciones (dieta y suplementación) de vitamina D con niveles inadecuados de esta vitamina.

Método. Estudio descriptivo retrospectivo de los prematuros a los que se les realiza determinación de calcifediol ($25(OH)D_3$) entre enero y diciembre de 2016 en nuestro centro.

Resultados. Incluimos 36 determinaciones de $25(OH)D_3$ de 17 pacientes (58,8% de sexo masculino) con mediana de edad gestacional de 29,8 semanas (rango: 24,85-35,17) y mediana de peso de 980 g (rango: 420-2.220 g). La mediana de edad en días en el momento de la extracción es 58,5 (rango: 6-188); la mediana de $25(OH)D_3$ es 53,92 ng/ml (rango: 17,1-150). Según el cálculo de los aportes de vitamina D, se obtiene una mediana de 885 U/día (rango: 2-1.416). Existe una correlación estadísticamente significativa entre niveles de $25(OH)D_3$ y aportes. El 75% que recibe aportes de <400 U tienen niveles insuficientes; el 62,5% que recibe >1.200 U tienen niveles tóxicos. De los que reciben 400-1200 U, el 84% tienen niveles óptimos; existe diferencia entre aquellos que reciben 400-800 U, con un 60% con niveles suficientes, y los que reciben 800-1.200 U, con un 92% con niveles adecuados. Existe diferencia en el porcentaje de muestras con niveles insuficientes según la clasificación de 2009 versus la actual.

Conclusiones. Los aportes de vitamina D entre 800 y 1.200 U/día se asocian a niveles óptimos en un porcentaje elevado de prematuros. Las aportaciones inferiores a 400 U o superiores a 1.200 U se asocian a niveles inadecuados.

La alimentación por sí sola no garantiza los requerimientos necesarios de vitamina D, pero es un dato esencial a tener en cuenta. Es necesario individualizar la dosis en función de los niveles plasmáticos.

Palabras clave: *Recién nacido. Prematuro. Vitamina D. Nutrición enteral.*

Relationship between the enteral intake of vitamin D and plasma levels in premature newborns

Background. Inadequate levels of vitamin D in premature newborns may lead to additional comorbidities; however, controversy exists regarding recommendations for supplementation.

Aquest treball ha estat presentat a la XXIV Reunió de la Societat Catalana de Pediatria (Terrassa, maig 2018), i guanyador del premi a la millor presentació feta per un resident R1-R2.

Correspondència: *Judit Ariño Saumell*
Servei de Pediatria. Hospital Joan XXIII
C/ Dr. Mallafré Guasch, 4. 43005 Tarragona
jarino.hj23.ics@gencat.cat

Treball rebut: *04.02.2019*
Treball acceptat: *27.10.2019*

Ariño J, García A, Parada E, Albújar M.
Relació entre les aportacions enterals de vitamina D i els nivells plasmàtics en nadons prematurs.
Pediatr Catalana. 2019;79(4):127-32.

Objective. To analyze correlations between vitamin D intake (diet and supplementation) with inadequate calcifediol (25(OH)D_3) levels.

Method. Descriptive, retrospective study of premature babies, whose 25(OH)D_3 levels were determined between January and December 2016, in our medical centre.

Results. Thirty-six plasma level determinations of 25(OH)D_3 in 17 patients (58.8% male) with median gestational age of 29.8 weeks (range: 24.85-35.14) and median weight of 980g (range 420-2220). The median age in days was 58,5 (range: 6-188) at the moment of determination, and the median plasma level of 25(OH)D_3 was 53,92ng/ml (range:17.1-150). The median vitamin D intake was 885U/day (range: 2-1416). There was a significant correlation between 25(OH)D_3 levels and vitamin D intake. Seventy-five percent of patients who received <400U intake had insufficient levels; and 62,5% who received >1200 had toxic levels. Eighty-four percent of those who received between 400 and 1200U had adequate levels; 60% of premature newborns who received 400-800U had sufficient levels versus 92% of babies who received 800 to 1200U. There were differences in percentage of samples with insufficient levels according to 2009 classification versus the current one.

Conclusions. In a high percentage of premature babies, 800-1200U vitamin D intake result in adequate levels. Vitamin D intake of <400U or >1200U correlate with inadequate levels. It is important to consider that nutrition by itself doesn't guarantee the required vitamin D intake. Individualized doses are needed according to blood plasma levels.

Keywords: *Infant. Premature. Vitamin D. Enteral nutrition.*

Introducció

La vitamina D és una vitamina liposoluble que es pot obtenir tant de forma endògena com exògena a través de la dieta. La forma endògena produïda a la pell per l'acció de la radiació ultraviolada B (UVB) és la principal font de vitamina D (colecalciferol). De la dieta es pot obtenir tant colecalciferol (D_3) com ergocalciferol (D_2). Aquestes dues provitamines experimenten dues hidroxilacions: la primera a nivell hepàtic, que dona lloc al calcifediol (25(OH)vitD), i la segona a nivell tubular renal, que dona lloc al calcitriol (1,25$(OH)_2$vitD), que és la forma activa de la vitamina D [1-2].

La vitamina D està implicada en la regulació de l'homeòstasi mineral i també s'estudia el paper que té en altres sistemes, ja que s'ha demostrat l'existència de receptors per a calcitriol en la majoria d'òrgans i teixits. Per això s'està postulant que el dèficit o la insuficiència de la vitamina D pot ser rellevant en el desenvolupament de diferents patologies [1-2].

Al naixement, independentment de l'edat gestacional, entre el 50 i el 70% dels nivells de vitamina D deriven dels nivells materns [3]. Tant els nadons prematurs com els de pes baix al naixement són un grup de risc per desenvolupar un dèficit d'aquesta vitamina.

En aquests nadons, un dèficit de vitamina D pot agreujar una malaltia metabòlica òssia del prematur, amb una incidència de fins al 55% en nadons amb menys de 1.000 g. En els nadons prematurs, el dèficit de vitamina D incrementa el risc de patir una infecció respiratòria, així com de broncodisplàsia pulmonar [3].

La classificació dels nivells de vitamina D es fa segons la mesura de la 25(OH)vitD. Aquesta és la principal forma circulant en plasma, amb una vida mitjana de 2-3 setmanes, a diferència de l'1,25(OH)vitD, que té una vida mitjana de poques hores [1, 4].

Des del 2014 hi ha hagut un canvi en la valoració dels nivells de vitamina D, tal com s'indica en la Taula I [1, 4-5]. Tant aquesta classificació com les recomanacions de suplementar són punts controvertits. L'Acadèmia Americana de Pediatria (AAP) recomana des del 2009 un suplement d'entre 200 i 400 U/dia en els nadons, tant a terme com prematurs alimentats amb nutrició enteral completa. L'*European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* (ESPGHAN) suggereix entre 800 i 1.000 U/dia. L'Associació Espanyola de Pediatria (AEP) subscriu les recomanacions de l'AAP amb alguns matisos. En el darrer Consens Global sobre la prevenció i el maneig del raquitisme nutricional, que data del 2014, es recomana una suplementació universal de 400 U/dia, independentment del tipus d'alimentació, fins als 12 mesos, i posteriorment, aconseguir unes aportacions totals de 600 U/dia ja sigui per la dieta o amb suplementació [1, 3-4]. Actualment s'està fent un estudi en prematurs per tal d'establir la pauta òptima de suplementació [3].

Taula I

Classificació dels nivells de 25(OH)D_3 en plasma

	Classificació AAP 2009	Classificació AAP/ ESPGHAN 2014
Dèficit	<20 ng/mL (<50 nmol/mL)	<12 ng/mL (<30 nmol/mL)
Insuficiència	<30 ng/mL (<75 nmol/mL)	12-20 ng/mL (30-50 nmol/mL)
Suficiència	30-80 ng/mL (75-200 nmol/mL)	>20 ng/mL (>50 nmol/mL)
Excés/intoxicació	>80 ng/mL (>200 nmol/mL)	>100 ng/mL (>250 nmol/mL)*

**Associat a hipercalcèmia, hipercalciúria i parathormona suprimida. AAP: Acadèmia Americana Pediatria. ESPGHAN: European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition.*

L'objectiu d'aquest estudi és descriure la relació entre les aportacions de vitamina D (tant nutricionals com de suplementació) i els seus nivells sèrics en nadons prematurs.

Pacients i mètodes

Es fa un estudi descriptiu i retrospectiu dels nadons preterme nascuts a l'Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona, als quals se'ls va determinar 25(OH)vitD en el període comprès entre els mesos de gener i desembre del 2016 durant la seva estada a la Unitat Neonatal.

Es registren sexe, ètnia, edat gestacional, pes al naixement, retard del creixement intrauterí, edat i època en el moment de l'extracció de la mostra, tipus de nutrició

(enteral o parenteral), tipus de llet, suplementació en forma de compostos vitamínics, nivells de 25(OH)vitD, de calci, fosfat i fosfatasa alcalina.

Les aportacions totals de vitamina D corresponen a la suma de les unitats de vitamina D en forma de compostos vitamínics (orals i endovenosos) i les aportacions rebudes per l'alimentació enteral. Els compostos vitamínics són principalment en forma de calcifediol. Les unitats aportades per la llet s'obtenen multiplicant el volum de llet que ha rebut en les 24 hores prèvies a la realització de l'analítica per la concentració de vitamina D referida pel fabricant en el cas de fórmules adaptades (Taula II) i per 0,05 mcg / 100 ml en el cas de llet materna [6]. En el cas del prematurs que reben llet materna fortificada, s'afegeix el contingut de vitamina D del fortificant.

Taula II

Quantitat de vitamina D en llets, complexos vitamínics i fortificant usats a l'estudi

Tipus llet / suplement	Quantitat vit D (mcg/100 mL)	Subtipus vitamina
Llet materna - banc	0,05	Colecalciferol
Damira 2000®	1,3	Colecalciferol
Infatrini Peptisorb®	1,7	Colecalciferol
NAN Alprem Clinic®	3,7	Colecalciferol
Nidina1®	1,1	Colecalciferol
Infasource®	1,7	Colecalciferol
Alfamino®	1	Colecalciferol
Sanutri Natur®	1,1	Colecalciferol
PreNAN FM85®	94 mcg en cada sobre d'1 g	Colecalciferol
Hidroferol®	6.000	Calcifediol
Hidropolivit®	600	Colecalciferol

S'ha utilitzat el programa SPSS versió 19.0 per a l'anàlisi estadística de les dades. Un valor de $p<0,05$ es considera estadísticament significatiu.

Resultats

Durant aquest període es fan 36 determinacions en 17 nadons; les característiques dels pacients registrades i recollides a la Taula III mostren que el 58,8% són nadons de sexe masculí, amb una mediana de setmanes gestacionals al naixement de 29,8 i una mediana de pes de 980 g; el 64,7% presenten retard del creixement intrauterí. El 82,3% són d'ètnia caucàsica.

En relació amb els resultats exposats a la Figura 1 sobre les variables estudiades, s'observa que la mediana d'edat en dies de vida al fer l'analítica sanguínia és de 58,5. La mediana de calcifediol és 53,9 ng/ml i la d'aportacions, 885 U/dia. Queden recollits nivells de calci (mediana 9,7 mg/dL), fosfatasa alcalina (mediana 444 mg/dL) i fosfat (mediana 5,8 mg/dL).

Taula III

Dades demogràfiques dels pacients inclosos a l'estudi

		n 17
Sexe masculí		10 (58,8%)
Edat gestacional (SG)	Mitjana (DE)	29,7 (3,1)
Pes naixement (g)	Mitjana (DE)	1071,8 (505)
RCIU		11 (64,7%)
Estació naixement		
	Primavera	5 (29,4%)
	Estiu	4 (23,5%)
	Tardor	3 (17,6%)
	Hivern	5 (29,4%)
Ètnia		
	Caucàsica	14 (82,3%)
	Africana	1 (5,8%)
	Llatinoamericana	2 (11,7%)

RCIU: retard creixement intrauterí. SG: setmanes gestacionals. DE: desviació estàndard.

En la Figura 2 queden recollits els nivells de calcifediol dels nadons inclosos a l'estudi. Segons la classificació validada per l'Associació Americana de Pediatria el 2009, un 50% presenten nivells inadequats, ja sigui per dèficit (11,1%), insuficiència (19,4%) o excés (19,4%). En canvi, segons la classificació actual validada a l'últim consens sobre prevenció i maneig del raquitisme nutricional del 2014, el 75% presenten nivells suficients, mentre que el 25% restant presenten insuficiència (11,1%) o excés (13,9%).

L'aplicació del coeficient de correlació de Pearson evidencia que hi ha una correlació estadísticament significativa entre els nivells plasmàtics de $25(OH)D_3$ i les unitats ingerides al dia ($p<0.001$).

A la Taula IV queden exposats els nivells i les aportacions de vitamina D. Les aportacions es van anar augmentant segons els nivells plasmàtics, sense seguir uns criteris definits. L'únic pacient amb aportacions inferiors a 200 U no és valorable, ja que estava a dieta absoluta els dies previs per patologia digestiva. Segons la classificació de l'AAP de 2009, el 75% dels pacients que reben menys de 400 U es troben en rang insuficient o deficient. El 62,5% de pacients que reben més de 1.200 U es troben en rang tòxic. Els dos casos de ni-

Taula IV

Taula de contingència: nivells i aportacions de vitamina D

		Nivells de vitamina D (ng/mL)				Total
		< 20	20-29,9	30-79,9	>80	
Aportacions vitamina D (U/dia)	0-200	0	1	0	0	1
	201-400	1	2	1	0	4
	401-800	2	1	4	1	8
	801-1.200	1	3	10	1	15
	> 1.201	0	0	3	5	8
Total		4	7	18	7	36

Fig. 1. Gràfic tipus BoxPlot de les aportacions enterals de vitamina D, els nivells obtinguts de vitamina D en plasma i altres variables d'interès.

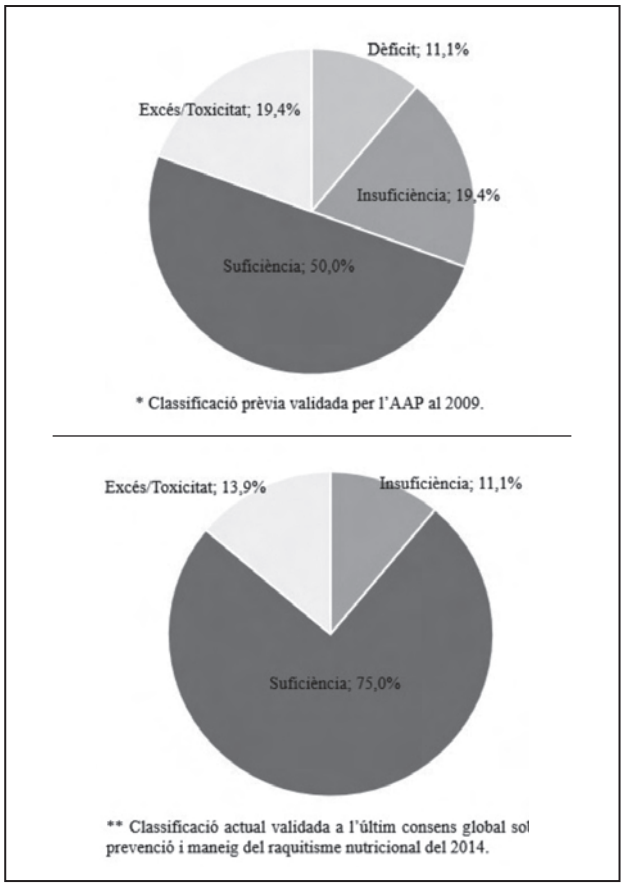


Fig. 2. Nivells de calcifediol dels nadons inclosos a l'estudi representats segons la classificació de l'Acadèmia Americana de Pediatria (2009) i segons la classificació proposada al darrer Consens Global sobre prevenció i maneig del raquitisme nutricional (2014).

vells tòxics amb aportacions inferiors a 1.200 U/dia són controls analítics fets al cap de 15 dies de disminuir les aportacions, al veure prèviament que es trobaven en nivells tòxics. En els resultats destaca que dels pacients que reben aportacions d'entre 400 i 1.200 U, un 33% presentaven nivells insuficients o deficients, tot i que amb la classificació actual tan sols seria un 14%.

Pel que fa a l'estudi del tipus d'alimentació i l'època en el moment de l'extracció, no s'obtenen correlacions estadísticament significatives: les analítiques extretes a l'hivern no mostren més dèficit que les de l'estiu (25% *vs* 25%); en el moment de l'extracció, el 41% reben fórmula artificial de forma exclusiva i el 26% són deficients, mentre que dels que reben lactància materna el 33% també ho són.

Tampoc s'obtenen correlacions estadísticament significatives entre els nivells plasmàtics de calci, fosfatasa alcalina i fosfat amb els nivells sèrics de vitamina D ni les aportacions diàries.

Discussió

El dèficit de vitamina D i calci és un problema de salut pública a nivell mundial. Per intentar resoldre'l, el passat maig del 2014 es va celebrar l'últim Consens Global sobre prevenció i maneig del raquitisme nutricional, on es va definir el raquitisme nutricional i la interacció entre el nivell de vitamina D i la ingesta de calci, així com les recomanacions de suplementació universal: 400 U/dia als menors de 12 mesos independentment del tipus d'alimentació i seguir amb aportacions de 600 U/dia a partir de l'any de vida, ja sigui amb la dieta o amb suplementació. En relació amb la suplementació, es recomana que sigui per via oral, tant amb colecalciferol (vitamina D_3) com amb ergocalciferol (vitamina D_2) [1, 4].

Les recomanacions mencionades són per a la població general, però en el cas que ens ocupa, tant la prematuritat com el baix pes en néixer són dos factors de risc de patir una deficiència de vitamina D[1].

En aquest estudi, l'interval de dosi que s'associa més a nivells òptims de vitamina D són les aportacions d'entre 800 i 1.200 U, amb el 92% de pacients amb nivells òptims. Això mateix ho recomanen Anderson-Berry et al, segons un estudi multicèntric aleatoritzat fet a Nebraska amb nadons prematurs de menys de 32 setmanes. En aquest article s'analitzen els nivells de 25(OH)D_3, creixement a l'alta i comorbiditats en dos grups de nadons, un que rep 400 U/dia i un altre que en rep 800. Conclouen que tant l'administració de 400 U com la de 800 augmenta els nivells, però que l'administració de 800 U/dia ho fa de forma significativa. Aquesta suplementació es relaciona, segons aquest estudi, amb menys risc d'alteració de la densitat òssia i amb una millor tendència de creixement lineal a l'alta [7].

Tant en l'estudi d'Anderson-Berry et al. com en aquest cas, s'observen nadons amb nivells insuficients tot i rebre aportacions de 800 U/dia. Es podria plantejar atribuir aquesta deficiència al tipus de vitamina administrada (colecalciferol contra calcifediol) o bé a factors individuals en el metabolisme de la vitamina D [7]. Davant aquesta variabilitat interindividual és recomanable fer controls dels nivells plasmàtics de 25(OH)D_3 periòdics i modificar les aportacions segons el resultat obtingut per mantenir uns nivells òptims.

En aquest estudi, vuit pacients reben més de 1.200 U/dia; aquestes aportacions s'atribueixen al fet que es manté la suplementació independentment del contingut en vitamina D que reben de l'alimentació. La major part d'aquests pacients presenten nivells tòxics, i això suggereix que les aportacions per l'alimentació són rellevants i que sempre s'han de tenir en compte, sobretot amb la tendència actual d'usar fórmules artificials cada cop més enriquides.

Les limitacions més importants d'aquest estudi són la mida mostral petita (n=36) cosa que no permet extreure conclusions; el fet de realitzar diferents mesures en un mateix pacient, que pot implicar un biaix

estadístic, i finalment mencionar que el nombre d'unitats/dia es calculen amb les aportacions que rep el nadó només el dia abans de l'extracció analítica. Tenint en compte la variabilitat de les aportacions orals per possible patologia concomitant, seria més adequat fer una aproximació de les unitats/dia rebudes al llarg de la setmana prèvia a l'analítica i usar-ne la mitjana.

Finalment, tal com recomanen les guies internacionals, és tant important el cribratge en el nadó, determinant la 25(OH)D_3 plasmàtica, com la prevenció, ja sigui amb exposició solar, fortificació dels aliments i/o suplementació vitamínica [1]. També seria interessant plantejar iniciar un cribratge durant l'embaràs i suplementar les mares que tinguin nivells insuficients en cas que vulguin alimentar el nadó amb lactància materna exclusiva.

Bibliografia

1. Ortigosa-Gómez S, Bonet M, Masvidal RM, Riera D. Dèficit de vitamina D i raquitisme nutricional. Pediatr Catalana. 2018;78(1):25-33.
2. Martínez O, Puerta V, Suárez MD. Bases fisiológicas y bioquímicas de la nutrición. Vitamina D. A: Gil A, Fontana L, Sánchez de Medina F, ed. Tratado de nutrición. Barcelona: Panamericana SA; 2010;572-92.
3. Kołodziejczyk A, Borszewska-Kornacka MK, Seliga-Siwecka J. Monitored supplementation of VitaminD in preterm infants (MOSVID trial): Study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2017;18(1):424.
4. Munns CF, Shaw N, Kiely M, Specker BL, Thacher TD, Ozono K et al. Global consensus recomendations on prevention and management of nutritional rickets. Horm Res Paediatr. 2016;85(2):83-106.
5. Wagner CL, Greer FR, and the Section on Breastfeeding and Committee on Nutrition. Prevention of Rickets and Vitamin D Deficiency in Infants, Children, and Adolescents. Pediatrics. 2008;122(5):1142-52.6.
6. Murtaugh MA, Sharbaugh C. Nutrición y lactancia. Composición de la leche materna. A: Brown JE. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. Barcelona: McGrawHill. 2006;143-72.
7. Anderson-Berry AL, Thoene M, Wagner J, Lyden E, Jones G, Kaufmann M, et al. Randomized trial of two doses of vitamin D3 in preterm infants <32 weeks: Dose impact on achieving desired serum 25(OH)D3 in a NICU population. PLoS ONE. 2017;12(10):e0185950.

Cas 2019.5

Nounat amb tumoracions a les extremitats superiors

M. Cristina Maldonado Fernández[1], Anna Borja Lloret[1], Carla Corberó Rivali[1], Anna Monfort Lapesa[2], Mónica González-Farré[3], Sandra Ortigosa Gómez[1, 4]

[1] Servei de Pediatria. Parc de Salut Mar. Hospital del Mar. Barcelona. [2] Servei de Pediatria. Equip d'Atenció Primària Casc Antic. Barcelona. [3] Servei d'Anatomia Patològica. Parc de Salut Mar. Hospital del Mar. Barcelona. [4] Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra (Barcelona)

Nadó d'1 mes de vida que consulta per aparició de tumoracions a la part proximal de les extremitats superiors, acompanyada d'un augment de la irritabilitat les darreres 48 hores. No presenta febre ni cap altra simptomatologia acompanyant.

Com a antecedents perinatals, la mare no refereix consum de tòxics, medicaments, ni cap complicació durant l'embaràs. El pacient és nascut a terme, a les 39 setmanes, per cesària urgent per sospita de pèrdua de benestar fetal, amb un Apgar de 7 al minut de vida i de 9 als cinc minuts, i requereix estimulació, sense ventilació, amb pressió positiva. El pH de cordó arterial va constatar una pèrdua de benestar fetal lleu amb un pH de 7,12 i un excés de bases de –11,7. L'antropometria al naixement és normal i presenta una evolució correcta. Rep lactància mixta des del naixement.

En l'exploració a urgències s'aprecien múltiples nòduls de consistència tova a la part proximal de tots dos braços i a la zona escapular, amb canvi de coloració de la pell eritematosa violàcia a nivell paravertebral esquerre (Fig. 1).

Es fa una anàlisi sanguínia, que mostra hemograma, glucosa, sodi, potassi, clor, funció renal i hepàtica normals; la proteïna C reactiva és negativa. Destaca una discreta hipercalcèmia amb calci sèric 11,11 mg/dl (8,4-10,8) i iònic 1,32 mmol/L (1,15-1,3), 25-hidroxivitamina D insuficient (12 ng/ml) i elevació de la 1,25-dihidroxivitamina D 106 pg/ml (19,9-79,3), i la resta de paràmetres del metabolisme fosfocàlcic normals (PTH 21 pg/ml, fòsfor 5,9 mg/dl, fosfatasa alcalina 288 UI/L, magnesi 2 mg/dl). A més, presenta colesterol total i fraccions normals amb hipertrigliceridèmia de 205 mg/dl (40-150). L'estudi es completa amb una ecografia de parts toves en què destaquen zones d'engruiximent i hiperecogenicitat del teixit cel·lular subcutani d'entre 0,1 i 1,2 cm de gruix.

Finalment es fa una biòpsia diagnòstica (Fig. 2).

Quin és el seu diagnòstic?

Fig. 1. Nòduls eritematosos subcutanis a la zona proximal del braç, la zona escapular i l'esquena.

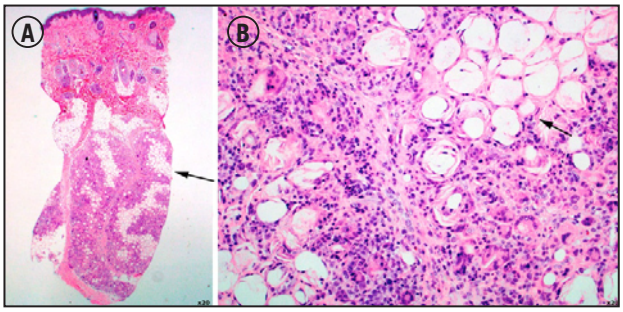


Fig. 2. Biòpsia cutània amb tinció d'hematoxilina-eosina a x20 i x200 augments. A) Fragment cutani revestit per una epidermis sense alteracions destacables. B) El teixit cel·lular subcutani presenta uns septes conservats. Al lobel s'aprecia un marcat component inflamatori de caràcter mixt amb presència predominant de limfòcits, histiòcits i cèl·lules gegants multinucleades. S'observen alguns polimorfonuclears eosinòfils i zones amb necrosi grassa (fletxes).

Correspondència: Sandra Ortigosa
Servei de Pediatria. Hospital del Mar
Pg. Marítim, 25-29. 08003 Barcelona
96722@parcdesalutmar.cat

Treball rebut: 25.01.2019
Treball acceptat: 19.06.2019

Maldonado-Fernández MC, Borja-Lloret A, Corberó-Rivali C, Monfort-Lapesa A, González-Farré M, Ortigosa-Gómez S.
Nounat amb tumoracions a les extremitats superiors.
Pediatr Catalana. 2019;79(4):133-4.

Discussió

Les troballes clíniques, analítiques (hipertrigliceridèmia, hipercalcèmia i elevació de la 1,25-dihidroxivitamina D) i ecogràfiques (engruiximent i hiperecogenicitat del teixit cel·lular subcutani) són compatibles amb necrosi grassa subcutània (NGS). La biòpsia de la lesió confirma el diagnòstic (Fig. 2).

Donada la presència de lleu hipercalcèmia, es decideix retirar la suplementació amb vitamina D i es fan controls clínics i analítics periòdics. Se sol·licita ecografia abdominal, que descarta la presència de litiasis renals i nefrocalcinosi. Als 3 mesos de vida desapareixen les lesions i, als 7 mesos, es normalitzen les xifres de calci, d'1,25-dihidroxivitamina D i de triglicèrids, per la qual cosa és donat d'alta.

Diagnòstic final: **Necrosi grassa subcutània.**

Comentari

L'NGS del nounat és una panniculitis poc comuna caracteritzada per la formació de plaques o nòduls eritematosos, durs, de localització subcutània, en zones on predomina el greix marró [1] (part superior de l'esquena, braços, galtes, natges i cuixes), encara que es pot trobar en altres zones del cos [2]. Normalment apareix durant les primeres 4 setmanes de vida en nounats a terme o postterme que presenten certs factors materns i perinatals precipitants [1-4], els més rellevants dels quals es descriuen a la Taula I. Els més reconeguts són la hipòxia o l'estrès perinatal [1, 5], i la hipotèrmia terapèutica per asfíxia neonatal és un factor de risc addicional.

La seva patogènesi continua sent dubtosa. Una hipòtesi proposa que qualsevol estrès neonatal o fetal pot interferir en la perfusió sanguínia correcta del teixit gras, creant un ambient d'hipòxia i hipotèrmia que es creu que porta a necrosi i inflamació. A més, la hipodermis del nounat conté gran quantitat de greixos saturats (palmític i esteàric) que tenen un punt de fusió elevat, fet que predisposa a la cristal·lització a baixes temperatures [3, 5].

Per al diagnòstic, cal una sospita basada en els signes clínics i l'antecedent de patiment fetal o de malaltia materna. Tot i així, cal dur a terme un diagnòstic diferencial amb diverses patologies, entre les quals destaca l'esclerema *neonatorum* o dels nadons [4-5]. L'esclerema dels nadons és una panniculitis poc freqüent i típica del nounat preterme. Es tracta d'una malaltia sistèmica greu amb una evolució desfavorable i una taxa de mortalitat elevada. Es caracteritza per lesions cutànies generalitzades en forma d'induració difusa en comptes de nòduls, i la seva histologia es diferencia principalment per l'absència d'infiltrat granulomatós. Les diferències en la història clínica, l'exploració física i els resultats de la biòpsia són claus per tal de distingir aquestes dues entitats.

La ressonància magnètica i l'ecografia poden ser útils en l'avaluació de les lesions [3], ja que poden mostrar signes compatibles amb necrosi grassa. Si el diagnòstic és dubtós, una biòpsia de pell pot proporcionar una confirmació histopatològica.

En la majoria dels casos es tracta d'una entitat benigna i autolimitada a les primeres setmanes o mesos de vida, sense seqüeles cutànies i només en pocs casos es pot desenvolupar una calcificació dins les lesions o evolucionar a butllofes amb líquid, cicatrius o atrofia cutània [3].

Tot i la benignitat de les lesions, el reconeixement d'aquesta entitat és important ja que els nounats afectats requereixen seguiment per detectar hipercalcèmia (reportada en el 25-56% dels nounats afectats) [3] i altres possibles complicacions associades, com ara trombocitopènia, elevació dels triglicèrids, anèmia o hipoglucèmia. En la majoria dels casos aquestes alteracions són lleus i transitòries [3, 6].

La hipercalcèmia pot ser asimptomàtica o presentar-se amb irritabilitat, letargia, hipotonia, anorèxia, vòmits, deshidratació, estrenyiment, estancament pondoestatural, poliúria o polidípsia [4-5] i portar a serioses complicacions agudes, com parada cardíaca o fallada renal, o cròniques, com calcificacions metastàtiques en altres teixits (cutani, ossi, cerebral, pericàrdic o gàstric) [3-5]. La nefrocalcinosi s'observa sovint, però generalment no causa disfunció renal significativa [3].

Com que l'NGS és un quadre autolimitat, el maneig està enfocat en la cerca i el tractament de les possibles complicacions. Per això és necessari sol·licitar hemograma, glicèmia, perfil lipídic i calcèmia junt amb ecografia abdominal, i fer seguiment fins a 6 mesos després de la resolució de les lesions, a més de recomanar calcèmia setmanal o bisetmanal durant almenys 6 mesos, tal com proposen Del Pozzo-Magaña i Ho en la seva revisió [6].

El dolor pot aparèixer en el 25% dels casos i requereix d'un tractament analgèsic apropiat [3]. En cas d'hipercalcèmia associada, aquesta es tracta amb restricció de suplements de calci i vitamina D, així com amb hiperhidratació amb líquids endovenosos i diürètics de la nansa (furosemida), si cal. En casos més greus es poden utilitzar corticoides i bifosfonats sistèmics per disminuir la resorció òssia i ajudar a controlar la hipercalcèmia associada a l'NGS [3-4].

L'NGS és una entitat poc freqüent i benigna, però és important fer un diagnòstic correcte per tal de poder prevenir i tractar l'aparició de possibles complicacions.

Taula I

Factors de risc de necrosi grassa subcutània

Factors perinatals	Factors materns
Prolapse del cordó umbilical	Diabetis gestacional
Despreniment de placenta	Fàrmacs durant la gestació (blocadors del calci)
Aspiració de meconi	Abús de cocaïna
Asfixia perinatal	Mare fumadora
Encefalopatia hipòxica isquèmica	Incompatibilitat Rh
Hipotèrmia terapèutica	Preeclàmpsia
Sèpsia neonatal	Hipotiroïdisme matern
Hipoglucèmia	Dislipèmia familiar
Anèmia	
Trombocitosi	
Acidosi làctica	
Traumatismes locals	

Bibliografia

1. Thomas JM, Bhandari J, Rytina E, Gass JK, Williams RM, Burrows NP. Subcutaneous fat necrosis of the neonate with a delayed second eruption. Pediatr Dermatol. 2016;33(2):e134-6.
2. Onyiriuka AN, Utomi TE. Hypocalcemia associated with subcutaneous fat necrosis of the newborn: Case report and literature review. Oman Med J. 2017;32(6):518-21.
3. Raegan Hunt. Subcutaneous fat necrosis of the newborn. [Internet]. UpToDate; 2016. Accessible a la xarxa [data de consulta: 31-12-2018]. Disponible a: https://www.uptodate.com/contents/subcutaneous-fat-necrosis-of-the-newborn
4. Puerto Carranza E, De Sotto Esteban D, Mir Perelló MC, Yagüe Torcal F, Martín-Santiago A, Amengual Antich I. Necrosis grasa subcutánea extensa con hipercalcemia grave en un lactante. Rev Esp Enocrinol Pediatr. 2012;3(1):64-7.
5. Lara LG, Villa AV, Rivas MM, Capella MS, Prada F, Enseñat MA. Subcutaneous Fat Necrosis of the Newborn: Report of Five Cases. Pediatr Neonatol. 2017;58(1):85-8.
6. Del Pozzo-Magaña BR, Ho N. Subcutaneous Fat Necrosis of the Newborn: A 20-Year Retrospective Study. Pediatr Dermatol. 2016;33(6):e353-5.

Cas 2019.6

Nena de 8 anys amb lesió cutània hiperpigmentada de creixement ràpid

Soraya Artigas, Míriam Calles, Cristina Fernández, Andrea Finestres, Rut Salvà, Yolanda Mora
Servei de Pediatria. Equip d'Atenció Primària Sagrada Família. Barcelona

Nena de 8 anys sense antecedents mèdics personals ni familiars d'interès que consulta per valorar una lesió cutània de tres setmanes d'evolució que presenta un creixement ràpid i un augment progressiu de la pigmentació. Es tracta d'una lesió ben circumscrita, que no li provoca dolor ni pruïja, a la cara interna de la part proximal de la cama esquerra.

La pacient no presenta cap altra simptomatologia acompanyant i no ha fet cap tractament previ de la lesió.

En l'exploració física destaca una pàpula rodona palpable d'1 cm de diàmetre, cupuliforme, hiperpigmentada i amb marges ben definits. La lesió presenta diferents tonalitats: negra, marró i gris blavosa (Fig. 1).

No presenta més lesions cutànies ni adenopaties palpables. La resta de l'exploració física és normal.

Quin és el seu diagnòstic?

Fig. 1. Neoformació hemiesfèrica, pigmentada, localitzada a la cara interna de la cama.

Aquest treball és original i no ha estat publicat ni presentat a cap congrés ni reunió científica fins al moment.

Correspondència: *Soraya Artigas*
CAP Sagrada Família
Còrsega, 643. 08025 Barcelona
soraya.artigas@sanitatintegral.org

Treball rebut: 03.07.2019
Treball acceptat: 12.09.2019

Artigas S, Calles M, Fernández C, Finestres A, Salvà R, Mora Y.
Nena de 8 anys amb lesió cutània hiperpigmentada de creixement ràpid.
Pediatr Catalana. 2019;79(4):135-6.

Discussió

El creixement ràpid i la pigmentació intensa de la lesió obliguen a descartar un melanoma.

Es fa una exploració dermatoscòpica que mostra una lesió de múltiples colors (blau, blanc i marró) amb crisàlides i glòbuls irregulars a la perifèria. Aquest signe dermatoscòpic, quan és present a tota la perifèria, és molt suggestiu de nevus de Reed. Tot i així, una imatge dermatoscòpica compatible amb nevus de Reed no descarta de forma absoluta l'existència d'un melanoma [1], de manera que el diagnòstic s'ha de confirmar histològicament.

En el cas presentat, l'anàlisi histopatològica de la lesió mostra una neoformació lleugerament exofítica amb hiperqueratosi i eliminació de pigment melànic. A la unió dermoepidèrmica es detecten nombrosos nius de cèl·lules fusiformes amb pigment melànic abundant. A la dermis superficial s'observen melanòfags i un discret infiltrat limfocític perivascular. Aquestes troballes descarten la malignitat de la lesió i confirmen el diagnòstic de nevus de Reed.

Diagnòstic final: **Nevus de Reed.**

Comentari

Tot i que el melanoma en l'edat pediàtrica té una prevalença baixa (entre l'1 i el 3% de tots els melanomes) [2], el seu diagnòstic precoç continua sent un repte molt important per al pediatre.

El nevus de Reed, també anomenat nevus fusocel·lular pigmentat o nevus de Spitz pigmentat, va ser descrit per primer cop per Richard Reed el 1975. Per a alguns autors és una entitat independent, tot i que per a la majoria de la comunitat especialista no deixa de ser una variant del nevus de Spitz en què predominen les cèl·lules fusiformes, que són productores molt actives de melanina [3].

Clínicament són lesions arrodonides, generalment úniques i de menys d'1 cm, que es caracteritzen per un creixement ràpid (setmanes o mesos) i una intensa pigmentació. Aquestes característiques són signes d'alarma per a pares i pediatres i obliguen a excloure la possibilitat que es tracti d'un melanoma nodular incipient, que presenta un comportament biològic particularment agressiu [1-6].

El nevus de Reed es pot manifestar de diferents formes. La varietat més freqüent es caracteritza per una pàpula o nòdul tumoral solitari, ferm, arrodonit i sense pèl, de superfície llisa i de coloració marrovermellosa. El color blanqueja a la vitropressió, per la gran vascularització que presenta, i mostra una pigmentació melànica residual que permet fer el diagnòstic diferencial amb altres lesiones vermelles, com ara el granuloma piogen o el xantogranuloma juvenil [3].

Quan es presenta com a lesió pigmentada de color marró fosc intens cal establir el diagnòstic diferencial amb el melanoma, el nevus seborreic hiperpigmentat, que sol tenir una superfície més rugosa, i els nevus melanocítics displàstics [6]. Tot i que aquest diagnòstic diferencial es farà principalment mitjançant l'anàlisi histopatològica, la dermatoscòpia pot ajudar a orientar el diagnòstic, ja que el nevus de Reed presenta típicament una imatge en esclat d'estels [5-6], entesa com la presència d'estructures digitiformes o lineals ubicades de forma homogènia a la perifèria de la lesió i amb una distribució radiada que confereixen una imatge com d'estel en explosió.

Però, tal com s'ha comentat anteriorment, aquesta exploració no n'eximeix la confirmació histològica [5]. La histopatologia del nevus de Reed mostra simetria i un patró de creixement amb més ordre que el d'un melanoma, amb maduració de les cèl·lules nèviques a les cares profundes de la neoformació, escàs pleomorfisme, absència de mitosis anòmales i la disseminació pagetoide dels melanòcits es limita al terç inferior de l'epidermis [6].

Tot i que l'evolució del nevus de Reed sempre és benigna [5-6], el seu maneig és font de debat entre els experts. En general, es recomana extirpar-lo en pacients de més de 12 anys. En pacients més petits es pot optar per una actitud conservadora, però se'n recomana l'extirpació en el cas que la lesió sigui de més d'1 cm o hi hagi canvis en els controls clínics posteriors [3].

Bibliografia

1. Major Arenal M, Pizarro Redondo A, Tejerina Gonzalez E, Sigüenza Sanz M, Burón Álvarez I, Contreras Rubio F, et al. Nevo de Reed: un simulador clínico y dermatoscópico de melanoma. Actas Dermosifiliogr. 2011;92(12):574-7.
2. Garnacho Saucedo GM. Trastornos de la pigmentación: lentigos, nevus y melanoma. Fotoprotección. Pediatr Integral. 2016;XX(4):262-73.
3. Velázquez Tarjuelo J, Valdivielso Ramos M, Mauleón Fernández C, Silvente San Nicasio C, Hernanz Hermosa JM. Nevo de Reed. Acta Pediatr Esp. 2010;68(6):312-3.
4. Bonetti KK, Piñeiro-Maceira J, Pereira FB, Barcaui CB. Reed nevus (pigmented spindle-cell nevus): a report of three cases with distinct dermoscopic patterns. An Bras Dermatol. 2010;85(4):531-6.
5. Cheng H, Oakley A, Rademaker M. Change in a child's nevus prompts referral to a dermatology service. J Prim Health Care. 2014;6(2):123-8.
6. Trejo-Acuña JM, González-González M, Lara-Del Valle D, Ortíz-Ávalos M, De la Torre-García ME. Nevo de Reed. Comunicación de dos casos. Rev Cent Dermatol Pascua. 2016;25(2):58-61.

Cas 2019.7

Nen de 3 anys amb exantema i astènia d'un mes d'evolució

Laura Morató[1], Guillem Jiménez[1], Esther Lera[1], Josep Maria Samarra[2]

[1] Secció d'Urgències Pediàtriques, Servei de Pediatria. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. [2] Línia Pediàtrica Rio de Janeiro. Barcelona

Nen de 3 anys sense antecedents d'interès que consulta per primera vegada per l'aparició d'una erupció cutània inespecífica i odinofàgia, que s'orienta com a infecció vírica. No obstant això, davant la persistència de la clínica i la positivitat d'un test ràpid de detecció de l'antigen estreptocòccic, en una visita posterior al centre d'atenció primària es decideix iniciar tractament amb amoxicil·lina, que va representar la resolució del quadre.

Tres setmanes després, el pacient reconsulta per astènia i nova erupció cutània que, per la localització a mans i peus i la presència de nafres a la mucosa oral, s'orienta com a malaltia mà-peu-boca. Al cap de 10 dies, el rash persisteix i adopta un aspecte micropapular localitzat als artells, a la superfície extensora de genolls i colzes, i a la cara (inicialment amb afectació de les parpelles); manté una astènia marcada i s'hi associa febre (38,1ºC). Es repeteix el test ràpid de detecció d'estreptococ que, en ser positiu, indica novament el tractament antibiòtic amb amoxicil·lina-clavulànic.

A la clínica descrita, s'hi afegeix coixesa de l'extremitat inferior dreta. El pacient porta un mes d'evolució d'una clínica consistent en una erupció cutània micropapular eritematodescamativa que es fa predominant en artells, superfícies extensores de genolls i colzes bilaterals i simètriques (Fig. 1). També mostra aranyes vasculars i eritema a la regió malar (Fig. 2), així com debilitat muscular de cintura pelviana i escapular, i maniobra de Gowers positiva. El pediatre d'atenció primària remet el pacient a l'hospital per fer-li proves complementàries, amb l'orientació diagnòstica que posteriorment es confirma. A l'hospital se li fa una analítica sanguínia en què destaca un augment de les transaminases (AST 121UI/L i ALT 93UI/L) i dels enzims musculars (creatina-cinasa 1083UI/L).

Quin és el seu diagnòstic?

Fig. 1. Erupció eritematodescamativa localitzada als artells.

Fig. 2. Aranyes vasculars localitzades a la zona malar.

Correspondència: *Laura Morato Guardia*
Secció d'Urgències Pediàtriques. Hospital Universitari Vall d'Hebron
Pg. Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona
laura.morato.93@gmail.com

Treball rebut: *21.02.2019*
Treball acceptat: *17.09.2019*

Morató L, Jiménez G, Lera E, Samarra JM.
Nen de 3 anys amb exantema i astènia d'un mes d'evolució.
Pediatr Catalana. 2019;79(4):137-8.

Discussió

El pacient presenta una miositis, caracteritzada per astènia i debilitat muscular, que es veu reflectida analíticament amb l'augment d'enzims musculars. Davant d'això s'han de valorar les diferents causes de miositis, entre elles les causes reumatològiques.

En el cas descrit, l'associació amb la clínica cutània característica fan el quadre molt suggestiu de dermatomiositis juvenil.

Diagnòstic final: **Dermatomiositis juvenil.**

Comentari

La dermatomiositis juvenil és una miopatia autoimmunitària, la més freqüent en la infància [1-2]. És una vasculitis sistèmica amb predomini d'afectació capil·lar. Té lloc en individus amb una predisposició genètica desencadenada per un fenomen gallet probablement infecciós, ja que la majoria dels pacients han presentat un quadre gastrointestinal, respiratori o han rebut tractament amb antibiòtics els tres mesos anteriors a l'inici de la clínica. Algunes infeccions amb què s'ha vist més relacionat és amb les infeccions per coxsackievirus B i *Streptococcus pyogenes*.

La clínica té tres pilars bàsics [1]:

- Clínica constitucional: astènia, pèrdua de pes i febre.
- Debilitat muscular: debilitat proximal i simètrica; dificultats per aixecar-se del terra (acostumen a presentar signe de Gowers), pujar escales o elevar els braços.
- Clínica cutània: les més característiques són l'eritema heliotrop (lesió macular violàcia periocular), les pàpules de Gottron (exantema micropapular sobre els artells) o el signe de Gottron (mateixes lesions micropapulars localitzades a les superfícies extensores articulars).

El diagnòstic és principalment clínic, tot i que cap d'aquestes característiques clíniques és imprescindible per fer-lo. Se sospita amb la conjunció de la debilitat muscular i les lesions cutànies característiques. Quan són presents, el diagnòstic es confirma amb ressonància nuclear magnètica en què es detectarà edema muscular [1-2]. També ajuda al diagnòstic l'elevació dels enzims musculars en sang, com ara la creatinacinasa, la lactat-deshidrogenasa, l'aldolasa, i les transaminases, malgrat que la seva negativitat no exclou el diagnòstic [3], com passa també amb la detecció d'autoanticossos antinuclears (ANA) i específics de miositis (MSA) [1]. En cas que el diagnòstic sigui dubtós es pot utilitzar tant l'electromiografia, com la biòpsia muscular.

En el diagnòstic diferencial, quan la clínica cutània no és clara, s'ha de valorar la miositis provocada per infeccions víriques mitjançant l'estudi serològic i altres miositis d'origen hematològic. La debilitat muscular també pot ser causada per miopaties no inflamatòries o per neuropaties o denervacions.

El tractament s'ha de fer amb teràpia corticoide i fàrmacs immunomoduladors no corticoides (el metotrexat és el més freqüent) [4].

El curs evolutiu pot ser monocíclic (33%), policíclic (3%) o crònic (66%). El curs monocíclic té més bon pronòstic i és més probable com més precoç sigui el tractament [5].

La dermatomiositis juvenil és una entitat poc freqüent en l'edat pediàtrica, però que s'ha de tenir en compte davant d'un quadre de miositis, sobretot si es troba associada a lesions cutànies característiques. Una detecció ràpida permetrà iniciar de manera precoç la corticoteràpia, que millorarà el pronòstic i l'evolució de la malaltia [3].

Bibliografia

1. McCann LJ, Juggins AD, Maillard SM, Wedderburn LR, Davidson JE, Murray KJ et al. he Juvenile. Dermatomyositis National Registry and Repository (UK and Ireland) clinical characteristics of children recruited within the first 5 yr. Rheumatology (Oxford). 2006;45(10):1255-60.
2. Lundberg IE, Tjärnlund A, Bottai M, Werth VP, Pilkington C, Visser M et al. European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology idiopathic classification criteria for adult and juvenile idiopathic inflammatory myopathies and their major subgroups. Ann Rheum Dis. 2017;76(12):1955-64.
3. Pachman LM, Abbott K, Sinacore JM, Amoruso L, Dyer A, Lipton R et al. Duration of illness is an important variable for untreated children with juvenile dermatomyositis. J Pediatr. 2006;148(2):247-53.
4. Papadopoulou C, Wedderburn LR. Treatment of Juvenile Dermatomyositis: An Update. Paediatr Drugs. 2017;19(5):423-34.
5. Christen-Zaech S, Seshadri R, Sundberg J, Paller AS, Pachman LM. Persistent association of nailfold capillaroscopy changes and skin involvement over thirty-six months with duration of untreated disease in patients with juvenile dermatomyositis. Arthritis Rheum. 2008; 58(2):571-6.

Ús, desús i mal ús del test de diagnòstic ràpid per a estreptococ

Josep de la Flor i Brú[1], Josep Marès Bermúdez[2]

[1] CAP El Serral. Sant Vicenç dels Horts. Barcelona. Institut Català de la Salut. [2] Institut Pediàtric Marès-Riera. Blanes. Girona

És fonamental que el tractament antibiòtic de la faringitis es basi en una prova objectiva que en demostri l'etiologia estreptocòccica. El test de diagnòstic ràpid s'hauria de practicar si es creu que l'etiologia és estreptocòccica o si se'n tenen dubtes raonables, i no quan s'estigui convençut que l'etiologia és vírica.

El TDR per estreptococ betahemolític del grup A en la faringitis aguda

La faringitis aguda és la primera causa d'utilització d'antibiòtics a tot el món i a totes les edats. No obstant això, en l'edat pediàtrica només un màxim del 15% de faringitis (en època epidèmica) són causades per estreptococ betahemolític del grup A (EBHGA) [1]. S'han proposat escales clíniques de classificació empírica de faringitis en probablement víriques o probablement bacterianes, en què sustentar el diagnòstic i la presa de decisions terapèutiques, així com la indicació de practicar o no un test de diagnòstic ràpid (TDR) [2-4]. L'experiència obtinguda amb l'ús habitual dels TDR ens permet afirmar que té lloc una superposició clínica que impedeix que aquestes escales tinguin el nivell de sensibilitat/especificitat (S/E) suficient per ser útils en la presa de decisions. L'escala més seguida, la de Centor-McIsaac, té característiques molt discutibles: és antiga, procedeix de l'adaptació pediàtrica d'un disseny dirigit a adults, i té ítems obsolets, com ara que puntua l'absència de tos, quan en realitat la faringitis estreptocòccica cursa sovint amb aquest símptoma (no recollit en la metodologia de valoració de l'escala, en la qual es consideren motius de consulta i signes presents a l'examen físic, però no símptomes acompanyants), o que s'afirmi que la presència de símptomes respiratoris virals «anul·la» la indicació de fer un TDR. Pocs infants amb faringitis consulten per tos. Ho fan per febre, mal de gola o totes dues coses, però la tos forma part sovint del complex simptomàtic. A més, durant el període tardor-hivern-primavera, en què és més freqüent la faringitis estreptocòccica, és habitual que l'infant presenti simptomatologia catarral durant períodes temporals perllongats, en els quals es pot presentar una faringitis estreptocòccica intercurrent. Una observació personal de més de 400 casos mostra la discrepància que hi ha entre la correlació de la progressivitat de l'escala de Centor i l'aplicació acurada de tots els ítems a la consulta pediàtrica d'atenció primària (AP) (Fig. 1).

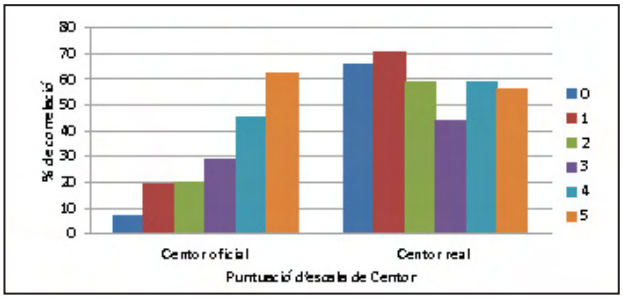


Fig. 1. Manca de correlació entre la progressivitat predictiva de l'escala de Centor i l'aplicació de la mateixa en una consulta pediàtrica d'AP (observació personal). Centor «oficial»: progressivitat de l'escala segons el que s'ha publicat. Centor «real»: aplicació de l'escala en una consulta d'AP.

Els signes més predictius d'etiologia estreptocòccica són la uvulitis, les petèquies al paladar i l'escarlatina. Cap dels tres està valorat a l'escala de Centor (Fig. 2).

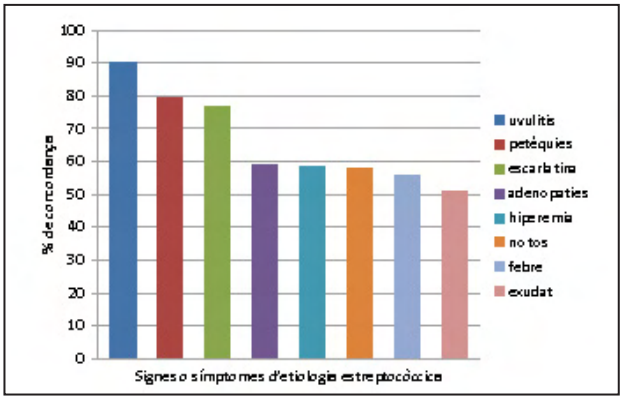


Fig. 2. Concordança entre els signes o símptomes i l'etiologia estreptocòccica per estreptococ betahemolític del grup A (observació personal en una mostra estudiada de n=400).

Correspondència: Josep de la Flor
CAP El Serral. Sant Vicenç dels Horts
josepdfb1956@hotmail.com

Treball rebut: 02.09.2019
Treball acceptat: 25.09.2019

de-la-Flor-Brú J, Marès-Bermúdez J.
Ús, desús i mal ús del test de diagnòstic ràpid per a estreptococ.
Pediatr Catalana. 2019;79(4):139-43.

Actualment es publiquen molts treballs en què es qüestiona fortament la validesa de l'escala i la necessitat de dissenyar-ne de noves [5-8].

La capacitat predictiva de l'etiologia de la faringitis (vírica *versus* bacteriana) d'un pediatre experimentat és superior al 80% en faringitis víriques, però només del 50% en faringitis bacterianes [9-11].

La pràctica empírica comporta un sobretractament antibiòtic en faringitis majoritàriament víriques, amb conseqüències negatives ben conegudes: més despesa farmacèutica, possibilitat d'efectes adversos i, sobretot, inducció de resistències. És fonamental que el tractament antibiòtic de la faringitis es basi en una prova objectiva que en demostri l'etiologia estreptocòccica. El cultiu de l'exsudat faringi en medi de sang d'ovella ha estat el patró d'or del diagnòstic, i s'ha utilitzat de manera general en la pràctica d'AP als Estats Units d'Amèrica i altres països desenvolupats. No obstant això, els resultats diferits a 48-72 hores li resten practicitat i n'han dificultat molt la incorporació a la nostra cultura assistencial, molt orientada a la presa de decisions empíriques immediates i no tant a les conductes diferides d'«observar i veure», generals en altres àmbits assistencials.

Als anys setanta van aparèixer els primers TDR per al diagnòstic d'estreptococ, proves d'aglutinació indirecta/passiva, molt específiques de la presència d'estreptococ a la mostra (tot i que ni els TDR ni el cultiu diferencien entre una infecció real i un estat de portador concomitant amb una faringitis d'etiologia viral, diferència que només es pot establir amb serologia, rarament justificada), però amb sensibilitat inacceptablement baixa, i això obligava a fer cultiu en els casos de clínica suggestiva, aquells en què els TDR podien donar falsos negatius.

Però la sensibilitat dels TDR ha anat incrementant de manera progressiva fins arribar als valors que ofereixen les modernes tècniques immunocromatogràfiques, properes al 95% i comparables al cultiu. Malgrat que en algunes guies de pràctica clínica es continua recomenant el cultiu dels casos en què el TDR és negatiu però la clínica és suggestiva d'infecció estreptocòccica [12], aquesta pràctica és innecesària si s'utilitza una tècnica immunocromatogràfica i, sobretot, si la metodologia de recollida i processament de la mostra és correcta, tal com manifesten les guies més actuals [13]. En qualsevol cas, el cultiu de l'exsudat mai no ha estat una tècnica d'ús general en el nostre entorn.

Sensibilitat dels TDR per EBHGA

S'han publicat diferents sensibilitats, que probablement depenen més de les diferències metodològiques que dels diferents equips utilitzats:

Armengol i col. [14] estudien en tres hiverns consecutius un TDR i conclouen que la sensibilitat del 85% que obtenen és massa baixa per eliminar el cultiu dels casos negatius en una àrea d'elevada incidència de febre reumàtica (FR).

En canvi, Pichichero [15], en un estudi idèntic de tres anys amb el mateix test, obté sensibilitats del 95% i conclou que el cultiu dels casos negatius no és necessari.

En un estudi fet al nostre entorn amb 181 casos, Fernández de Sevilla i col. [16], utilitzant un TDR amb cultiu concomitant, mostren una sensibilitat del 85%, una especificitat del 88%, un valor predictiu positiu del 72% i un valor predictiu negatiu del 94%, i conclouen que al nostre entorn, amb baixa incidència d'FR, no és necessari el cultiu dels casos negatius.

La importància de la metodologia queda definitivament demostrada en un estudi [17] en què la formació del recol·lector de mostres millora de manera significativa la sensibilitat dels TDR. Aquest concepte és especialment important quan la recollida de la mostra recau en personal auxiliar. L'objectiu no és «no molestar l'infant», sinó obtenir una bona mostra per tal de considerar fiable el resultat, òbviament tractant de minimitzar el possible les molèsties al pacient.

Les tècniques d'immunofluorescència més modernes, que es poden practicar a la consulta d'AP, han mostrat una millor sensibilitat que les proves immunocromatogràfiques [18], i han reduït la dependència del resultat en relació amb la qualitat de la mostra, especialment en els casos de positiu dèbil.

Cost-benefici dels TDR per EBHGA

Alguns estudis de cost-benefici amb TDR suggereixen una disminució de costos derivada del seu ús.

En un estudi al nostre entorn, Contessotto i col. [19] recullen 460 mostres d'infants entre 6 mesos i 14 anys amb faringitis que a criteri dels investigadors eren suggestives d'etiologia bacteriana, s'estudien amb TDR i cultiu simultani, i conclouen que tot i que amb el test es redueix en un 50% la utilització d'ATB, el cost assistencial global és superior al que es deriva de la pràctica habitual sense test, a causa del seu cost. No obstant això, aquest estudi està fet amb un test de cost sensiblement superior (més de 5 euros) als més actuals (aproximadament d'1 euro) i s'hi van incloure infants molt petits, amb molt baixa probabilitat d'obtenir un resultat positiu; això augmenta el cost global de l'assistència pel fet de tenir un excés de tests negatius.

Ehrlich i col. fan un estudi de cost-benefici [20]: el tractament basat només en el resultat del TDR va ser la millor opció si s'analitzava el cost econòmic. En canvi, si es pretenia reduir el nombre de pacients amb FR, la millor opció era tractar els pacients sobre la base del cultiu.

El cultiu de l'exsudat faringi al nostre entorn té un cost proper als 11 euros.

Recomanacions per a l'ús dels TDR per EBHGA en la faringitis aguda

Hem de ressaltar que el fet de disposar del TDR pot generar la temptació d'utilitzar-lo de manera indiscriminada. Quan avaluem un infant amb faringitis, n'hem de valorar acuradament els aspectes clínics i epidemiològics abans de practicar un test. Aquesta avaluació, que té en compte els signes i simptomes clínics, pot ser subjectiva i basada en l'experiència del clínic (com preferim i recomanem els autors), o quantificada en una escala clínica, amb les limitacions exposades anteriorment, si la fan professionals menys experts en l'atenció pediàtrica. Si aquesta avaluació va en contra de l'etiologia estreptocòccica, la baixa probabilitat d'un resultat positiu, que possiblement reflectiria un estat de portador (fins al 15% d'infants en edat escolar), i la baixa incidència actual d'FR i altres complicacions greus secundàries a la infecció per EBHGA al nostre entorn, no justificaria el cost de la utilització indiscriminada del test davant qualsevol procés de faringodínia/hiperèmia faríngea, majoritariament de causa viral i associat sovint a un refredat comú. En canvi, la valoració pretest d'una alta probabilitat clínica i/o epidemiològica de faringitis estreptocòccica té molts falsos positius, fins i tot feta per pediatres experimentats, de manera que el test estaria indicat sobretot en aquests casos, amb l'objectiu de fer servir adequadament els antibiòtics (ATB) i reduir-ne sensiblement l'ús (vegeu l'algoritme de la figura 3). En cap cas s'ha d'utilitzar el test com a procediment de cribratge davant quadres febrils sense focalitat aparent, com s'observa amb freqüència.

Els TDR ofereixen la possibilitat de rapidesa en el diagnòstic i tractament que permet reduir la disseminació de l'EBHGA i afavorir la incorporació ràpida de l'infant a l'activitat normal, factors que tot i que són més difícils de quantificar que el cost del test, tenen un impacte econòmic indubtable.

En un estudi promogut per l'American Academy of Pediatrics [21] es va demostrar que amb l'ús d'un TDR immunocromatogràfic no era necessari el cultiu en els casos negatius, i que aquesta pràctica no va significar un augment en les complicacions supuratives i no supuratives associades a la infecció estreptocòccica. Finalment, una recent metaanàlisi [22] d'estudis comparatius entre TDR i cultiu, des del 1996 fins al 2013, conclou que la sensibilitat dels TDR permet prendre decisions absolutament fiables en zones de baixa incidència d'FR.

A la revisió Cochrane més recent [23] s'analitzen 98 estudis amb 101.121 participants. La qualitat general dels mateixos es considera baixa, i els TDR mostren una sensibilitat mitjana del 85,6% en relació amb el cultiu (IC 95%: 83,3-87,6) i una especificitat del 95,4% (IC 95%: 94,5-96,2). S'ha estudiat la possible necessitat de dues mostres consecutives per millorar-ne la sensibilitat. En un estudi s'ha mostrat que la S/E eren semblants amb 1 o 2 determinacions. Altres estudis han mostrat millor sensibilitat amb dues mostres. Probablement cal interpretar aquestes discrepàncies en clau metodològica, atès que no s'especifica si la segona mostra l'obté el mateix investigador o un segon [24-25], ni l'habilitat d'aquests en la recollida de la mostra. En la nostra experiència [26], la repetició d'un segon test feta pel mateix investigador després de la negativitat del primer, mai no ha donat un resultat positiu, fet que reforça la impressió de consistència del TDR.

Els TDR immunocromatogràfics es basen en l'extracció àcida o enzimàtica de l'antigen carbohidrat específic de la paret cel·lular de l'EBHGA i en la posterior detecció del mateix mitjançant anticossos específics. El llindar de sensibilitat de la prova correspon a cinc unitats formadores de colònia/ml en el cultiu. No detecten estreptococs betahemolítics dels grups C i G, que tenen una clínica aguda indistingible dels EBHGA, però aquest fet té poca rellevància, atès que aquestes soques no són

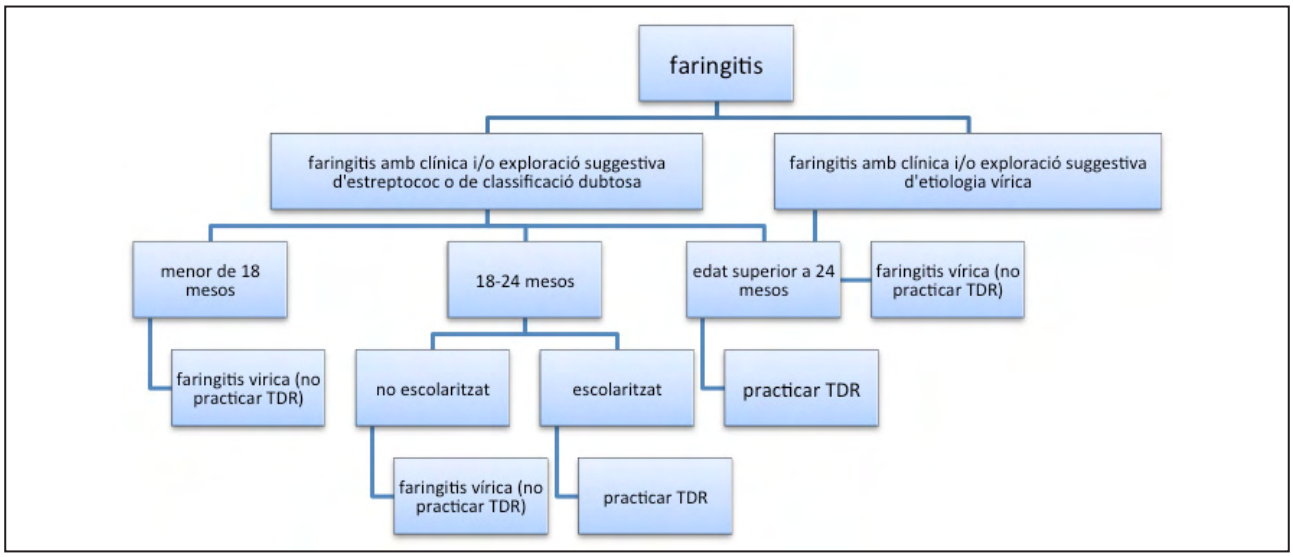


Fig. 3. Algoritme d'utilització pràctica de TDR per al diagnòstic de faringitis estreptocòccica.

reumatògenes i el no-tractament antibiòtic d'aquests casos sovint no indueix a complicacions, si bé s'han descrit alguns casos de pneumònia de mala evolució.

Els TDR immunocromatogràfics són capaços de detectar antígens fins a 48 hores després d'iniciar el tractament antibiòtic, cosa que els fa útils per suspendre en aquest termini tractaments instaurats de manera incorrecta en faringitis presumptament virals, a partir de diagnòstics empírics sense confirmació etiològica. Per tant, el TDR també és un instrument útil en l'aplicació de polítiques de desescalament o suspensió d'un antibiòtic quan hi ha evidència que no està indicat, en contraposició a la falsa creença que «quan es comença un tractament antibiòtic cal acabar-lo, tot i que no estigui indicat, perquè aturar-lo abans indueix a l'aparició de resistències».

Utilitat del TDR per EBHGA en altres localitzacions

Els TDR també s'han utilitzat amb bons resultats en el diagnòstic ràpid de patologia cutaneomucosa sospitosa d'etiologia estreptocòccica, fonamentalment malaltia perianal, balanopostitis supurativa, vulvitis aguda i, òbviament, escarlatina.

La malaltia perianal estreptocòccica és una freqüent i infradiagnosticada patologia infecciosa cutània superficial provocada generalment per EBHGA. L'estafilococ daurat (*S. aureus*) és una causa molt menys freqüent. S'especula que determinades soques d'EBHGA (T 28) tenen un tropisme especial per la regió perineal. Es caracteritza per un marcat eritema circumscrit a la regió perianal, de vores delimitades, a vegades amb tumefacció i induració cutània i excoriacions epidèrmiques (Fig. 4). Cursa amb pruïja, dolor espontani que augmenta amb la defecació i en alguns casos amb sagnat a la femta. En nenes es pot associar a vulvitis o vulvovaginitis i en nens la infecció es pot disseminar fins afectar el penis. La balanopostitis supurativa és suggestiva d'infecció estreptocòccica.

Fig. 4. Malaltia perianal estreptocòccica en un nen incontinent de 2 anys (observació personal).

Pot afectar en qualsevol edat, generalment entre els 6 mesos i els 10 anys, amb un pic entre els 3 i els 5 anys. En aquests casos no hi sol haver dificultat diagnòstica. Quan afecta infants incontinents, cal fer el diagnòstic diferencial amb altres dermatitis del bolquer. El caràcter circumscrit a la regió perianal en la forma clàssica de presentació és molt orientatiu, però cal sospitar-la sempre que una dermatitis del bolquer irritativa o aparentment candidiàsica no millori en 7 dies de tractament. La major part de diagnòstics es fan quan el pacient ja ha rebut múltiples teràpies (antimicòtics, corticoides, pastes a l'aigua…), per la qual cosa és important que pediatres i infermeria pediàtrica coneguin aquesta entitat. En infants més grans cal fer el diagnòstic diferencial amb psoriasi.

Caldrà confirmar el diagnòstic de sospita amb un TDR per a estreptococ (Fig. 5). La mostra s'obté fregant enèrgicament l'escovilló en les lesions més aparents, però no s'ha d'introduir a l'anus.

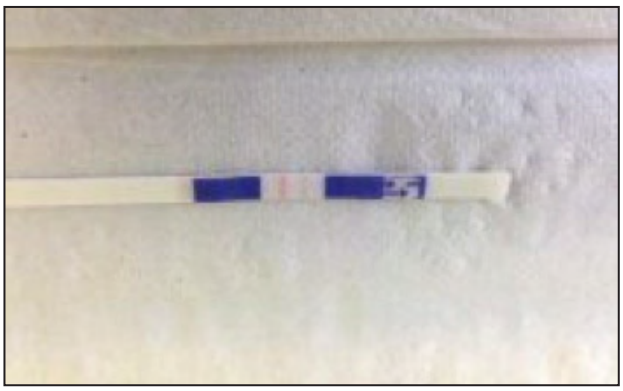


Fig. 5. TDR + per a EBHGA en el pacient afectat de malaltia perianal que es mostra en la Fig. 4.

TDR d'estreptococ de segona i tercera generació

Els moderns TDR basats en immunofluorescència milloren la interpretació dels positius dèbils, que deixen de dependre de la visualització de la reacció cromàtica en els tests que faci l'investigador [27].

Finalment, també s'han comercialitzat TDR moleculars [28], més sensibles que el cultiu, però el cost actual dificulta que s'incorporin a l'AP. Alguns fins i tot amplien la detecció a estreptococs dels grups C i G [29], no detectats en els TDR convencionals. No obstant això, s'ha assenyalat recentment [30] que l'extrema sensibilitat d'aquestes proves en realitat podria sobredetectar estats de portadors que són tractats innecesàriament amb ATB.

Bibliografia

1. Shaikh N, Leonard E, Martin JM. Prevalence of streptococcal pharyngitis and streptococcoccal carriage in children: a meta-analysis. Pediatrics. 2010;126:e557-64.

2. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decis Making. 1981;1:239-46.
3. McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, Vanjaka A, Low DE. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. JAMA. 2004;291:1587-95.
4. Fine AM, Nizet V, Mandl KD. Large-Scale validation of the Centor and Mc Isaac scores to predict Group A streptococcal pharyngitis. Arch Intern Med. 2012;172(11):847-52.
5. Shaikh N, Swaminathan N, Hopper EG. Accuracy and precision of the signs and symptoms of streptococcal pharyngitis in children: a systematic review. J Pediatr. 2012;160(3):487-93.e3.
6. Roggen I, van Berlaer G, Gordts F, Pierard D, Hubloue I. Centor criteria in children in a paediatric emergency department: for what is is worth?. BMJ Open. 2013;3(4):e002712.
7. Vasudevan J, Mannu A, Ganavi G. Mc Isaac modificaction of Centor score in diagnosis of streptoccal pahryngitis and antibiotic sensitivity pattern of beta-hemolytic streptococci in Chennai, India. Indian Pediatr. 2019;56(1):49-52.
8. Nibhanipudi K. A study to determine if addition of palatal petechiae to Centor Criteria adds more significance to clinical diagnosis of acute strep pharyngitis in children. Glob pediatr health 2016;3:2333794X16657943. Doi: 10.1177/2333794X16657943.
9. Park SY, Gerber MA, Tanz RR, Hickner JM, Galliher JM, Chuangl, et al. Clinicians' management of children and adolescents with acute pharyngitis. Pediatrics. 2006;117:1871-8.
10. Rossignoli A, Clavenna A, Bonati M. Antibiotic prescription and prevalence rate in the outpatient paediatric population:analysis of surveys published during 2000-2005. Eur J ClinPharmacol. 2007;63:1099-106.
11. Ayanruoh S, Waseem M, Quee F, Humphrey A, Reynolds T. Impact of rapid streptococcal test on antibiotic use in a pediatric emergency department. Pediatr Emerg Care. 2009;25:748-50.
12. American Academy of pediatrics. Group A streptococcal infections. A: Kimberlin DW, Brady M, Jackson MA, Long SS, ed. Reedbok: 2015 Report of the committee on infectious diseases (30a ed.). Elk Grovve Village, IL: American academy of pediatrics; 2015; p. 732-34.
13. Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C. ESCMID sore throat guideline group. Guideline for the management of acute sore throat. Clin Microbiol Infect. 2012;18suppl1:1-28.
14. Armengol CE, Schlager TA, Hendley J. Sensitivity of a rapid detection test for group A streptococci in a private pediatric office setting: answering the red book's request for validation. Pediatrics. 2004;113:924-26.
15. Pichichero ME. Are follow up throat cultures necessary when rapid antigen detection test is negative for Group A streptococcus?. Clin Pediatr (Phila). 2001;40:191-95.
16. Fernández de Sevilla M, Garrido R, Hernández S, Trenchs V, Juncosa T, Gené A, Luaces C, Garcia J. Elevado valor predictivo de una prueba de diagnóstico rápido para las faringoamigdalitis estreptocócicas. Póster presentado a la III Reunión anual de la Sociedad Española de Infectología pediátrica. Sitges 2006.
17. Toepfner N, Nenneke P, Berner R, Hufnagel M. Impact of technical training on rapid detection tests (RADT) in group A streptococcal tonsillitis. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2013;32(5):609-11.
18. Lacroix L, Cherkaoui A, Schaller D, Manzano S, Galetto-Lacour A, Pfeifer U et al. Improved diagnostic performance of an immunofluorescence-based rapid antigen detection test for group A streptococci in children with pharyngitis. Pediatr Infect Dis J. 2018;37:206-11.
19. Contessotto C, Cámara M, Avilés MJ, Ojeda JM, Cascales I, Rodríguez F. Empleo racional de los antibióticos en pediatría: impacto de la aplicación de un test rápido de detección de estreptococo beta-hemolítico del grupo A en la faringoamigdalitis aguda. An Esp Pediatr. 2000;52:212-19.
20. Ehrlich JE, Demopoulos BP, Daniel JR. Cost-effectiveness of treatment options for prevention of rheumatic heart disease from group A streptococcal pharyngitis in a pediatric population. Prev Med. 2002;35:250-57.
21. Gerber MA, Shulman ST. Rapid diagnosis of pharyngitis caused by group A streptococci. Clin Microbiol Rev. 2004; 17: 571-80.
22. Lean WL, Arnup S, danchin M, Steer AC. Rapid diagnostic tests for group A streptococcal pharynitis: a meta-analysis. Pediatrics. 2014;134(4):771-81.
23. Cohen JF, Bertille N, Cohen R, Chalumeau M. Rapid antigen detection test for group A streptococcus in children with pharyngitis (1a ed., 4.07.2016). Cochrane Acute Respiratory Infections Group. Doi:10.1002/14651858.CD010502.
24. Roe M, Kishiyama C, Davidosn K, Schaefer L, Todd J. Comparison of Bio Star Strep A OIA optical immune assay, Abbott TestPack Plus Strep A, and culture with selective media for diagnosis of group A streptopcoccal pharyngitis. J Clin Microbiol. 1995;33(6):1551-53.
25. Hart AP, Buck LL, Morgan S, Saverio S, Mc Laughlin JC. A comparison of the Bio Star Strep A OIA rapid antigen assay, group A selective Strep Agar (ssA), and Todd-Hewitt broth cultures for the detection of group A streptococus in an outpatient family practice setting. Diagn Microbiol Infect Dis. 1997;29(3):139-45.
26. de la Flor J, Parellada N. Utilització sistemàtica de test de diagnòstic ràpid en una consulta de pediatria d'atenció primària. Pediatr Catalana. 2009;69:75-84.
27. Ropper SM, Edwards R, Mpwo M. Reducing errors in an emergency center setting usin an automated fluorescence immunoassay for Group A streptococcus identification. Clin Pediatr (Phila). 2017;56(7):675-77.
28. Cohen DM, Russo ME, Jaggi P. Multicenter clinical evaluation of the novel Alere i strep-A isothermal nucleic acid amplification test. J Clin Microbiol. 2015;53(7):2258-61.
29. Tabb MM, Batterman HJ. The Simplexa® group A direct Assay: a sample to-answer molecular assay for the diagnosis of group A streptococcal pharyngitis. Expert Rev Mol Diag. 2016;16(3):269-76.
30. Tanz RR, Ranniger EJ, Rippe JL, Dietz RL, Oktem CL, Lowmiller CL et al. Highly sensitive molecular assay for group A streptococci over-identifies carriers and may impact outpatient antimicrobial stewardship. Pediatr Infect Dis J. 2019;38:769-74.

Punció lumbar en infeccions urinàries en menors de 2 mesos

Wang ME, Biondi EA, McCulloh RJ, Garber MD, Natt BC, Lucas BP, et al. Testing for Meningitis in Febrile Well-Appearing Young Infants With a Positive Urinalysis. Pediatrics. 2019;144(3). pii: e20183979. doi: 10.1542/peds.2018-3979. Epub 2019 Aug 8.

Estudi retrospectiu multicèntric (127 hospitals) fet als Estats Units. Recullen tots els pacients que arriben a urgències entre el 2015 i el 2017 d'entre 7 i 60 dies de vida amb febre. S'inclouen 3.572 pacients amb sediment urinari positiu. La realització de punció lumbar en aquests pacients variava molt entre els centres, però es relacionava amb ser menor de 30 dies i tenir alteracions analítiques. Dels 505 pacients tractats com a infecció urinària sense fer-los punció lumbar no hi va haver casos de meningitis (seguiment de 7 dies postalta). Els autors conclouen que a partir del mes de vida amb diagnòstic d'infecció urinària febril no caldria fer punció lumbar.
En la mateixa línia d'aquest estudi, trobem un article del juliol del 2019* en què els autors fan una revisió sistemàtica i troben que els pacients amb infecció urinària confirmada entre 30 i 90 dies tenen un risc baix de presentar meningitis.

* Nugent J, Childers M, Singh-Miller N, Howard R, Allard R, Eberly M. Risk of Meningitis in Infants Aged 29 to 90 Days with Urinary Tract Infection: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Pediatr. 2019;212:102-110.e5. doi: 10.1016/j.jpeds.2019.04.053. Epub 2019 Jun 21.

Revisió a partir d'un cas clínic de xarampió

Strebel PM, Orenstein WA. Measles. N Engl J Med. 2019;381(4):349-357. doi:10.1056/NEJMcp1905181. Epub 2019 Jul 10.

En aquest article els autors fan una revisió de les característiques clíniques principals de la malaltia (inclouen iconografia en edat pediàtrica), de com es maneja i de l'evolució que ha tingut els darrers anys. És interessant des del punt de vista epidemiològic, tenint en compte l'augment de brots soferts també en el nostre entorn.

Cas clínic de diftèria amb imatge

Sah R, Neupane S. Diphtheria. N Engl J Med. 2019;381(13):1267. doi: 10.1056/NEJMicm1814405.

Breu cas clínic d'una pacient pediàtrica amb diftèria, interessant per les imatges que acompanyen l'explicació de l'evolució.

Dexametasona *vs* prednisolona en el tractament del crup

Parker CM, Cooper MN. Prednisolone Versus Dexamethasone for Croup: a Randomized Controlled Trial. Pediatrics. 2019;144(3). pii: e20183772. doi: 10.1542/peds.2018-3772. Epub 2019 Aug 15.

Estudi fet a Austràlia en què s'inclouen 1.252 pacients de més de 6 mesos amb crup. Es tracta d'un estudi prospectiu aleatoritzat en tres grups (dexametasona 0,6 mg/kg, dexametasona 0,15 mg/kg i prednisolona 1 mg/kg). S'inclouen uns 400 pacients per grup amb puntuació Westley crup barem 1,4-1,5 a l'arribada a urgències. No troben diferències en l'evolució entre els tres grups i conclouen que no hi ha superioritat en emprar dexametasona a dosis més altes en aquests pacients.

Fractures en edat pedàtrica i evolució de la densitat òssia

Yang Y, Wu F, Antony B, Pan F, Winzenberg T, Jones G. The Association between First Fractures Sustained during Childhood and Adulthood and Bone Measures in Young Adulthood. J Pediatr. 2019;212:188-94.e2. doi: 10.1016/j.jpeds.2019.05.031. Epub 2019 Jun 28.

Article en què els autors segueixen una cohort de 201 pacients durant vinc-i-cinc anys. El seu objectiu és descriure l'associació entre fractures produïdes en diferents estadis de creixement i mesures òssies en edat adulta temprana. La troballa més significativa és que els pacients amb fractures prepuberals tenien un augment menor de la densitat mineral entre el 8 i 16 anys, i als 25 anys d'edat en comparació amb el grup de pacients sense fractures a l'època prepuberal.

Maria M. Mercadal-Hally

“Els pediatres de Catalunya publiquen fora”

Manifesting heterozygotes in McArdle disease: a myth or a reality-role of statins

Nuñez J, Ballester A, Koehorst E, Linares I, Coenen D, Ara I, Rodriguez C, Ramos A, Martínez A, Lucente G, Almendrote M, Coll J, Pintos G[1] et al.

[1] Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona

J Inherit Metab Dis. 2018;41(6):1027-35.

La malaltia de McArdle, d'herència autosòmica recessiva, està causada per la deficiència de la isoforma de la glicanfosforilasa muscular codificada pel gen PYGM. Hi ha casos d'heterozigots o portadors que mostren alguns símptomes o signes de McArdle encara que només són portadors d'un sol al·lel PYGM mutat. L'estudi vol determinar si realment hi ha heterozigots manifestants de la malaltia i si el tractament amb estatines pot desencadenar l'afecció. Es van incloure 81 parents de 16 famílies afectades. Es va determinar si eren portadors de mutacions, i van ser sotmesos a proves d'exercici i consum d'estatines; es van trobar cinquanta portadors. Els heterozigots manifestants van representar només el 14% dels portadors, i els símptomes musculars van ser més lleus. La miotoxicitat de les estatines no es va associar amb l'inici de símptomes musculars.

Treatment and outcomes in children with multidrug-resistant tuberculosis: A systematic review and individual patient data meta-analysis

Haraus EP, García-Prats AJ, Law S, Schaaf HS, Kredo T, Seddon JA, et al. (fins a 49 autors, entre ells Soriano-Arandes A[1]). Collaborative group for meta-analysis of Pediatric Individual Patient Data in MDR-TB

[1] Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

PLos Med. 2018;15(7):e1002591.

S'estima que, anualment, 32.000 infants al mon desenvolupen tuberculosi resistent a múltiples fàrmacs (MDR-TB, resistent a isoniazida i rifampicina). El tractament òptim per a aquests infants està poc definit. El grup va revisar publicacions de les principals bases de dades, dades no publicades de resums de congressos i reunions internacionals i una meta-anàlisi de dades individuals de pacients. Una cohort havia de ser almenys de tres infants menors de 15 anys tractats d'MDR-TB confirmada bacteriològicament o clínica, amb descripció de l'evolució del tractament. En total es van analitzar dades de 975 pacients procedents de divuit països de quatre continents (excepte Austràlia). La confirmació diagnòstica va ser bacteriològica en el 75%, i clínica en la resta. L'edat mitjana era de 7,1 anys i estaven infectats per VIH 359 (39%).

El tractament va ser eficaç en 764 casos (78%). En els infectats per VIH, el resultat va ser molt pitjor en els que no rebien tractament antirretroviral conjuntament. Els millors resultats es van obtenir amb l'ús d'un agent injectable de segona línia i dosis altes d'isoniazida (15-20 mg/kg/dia), malgrat els possibles efectes colaterals. En conclusió, els infants responen favorablement al tractament per a MDR-TB, excepte els VIH no tractats.

Performance of tuberculin skin tests and interferon-gamma release assays in childen younger than 5 years

Velasco-Arnaiz E[1], Soriano-Arandes A[2], Latorre I, Altet N[2], Domínguez J, Fortuny C[1], Monsonís M, Tebruegge M, Noguera-Julián A[1]

[1] H. Sant Joan de Deu. Esplugues de Llobregat (Barcelona). [2] H. Vall d'Hebron. Barcelona

Pediatr Infect Dis J. 2018;37(12):1235-41.

En infants i nens preescolars amb risc de tuberculosi (TBC), no està ben establert el millor mètode diagnòstic. Sobre la base d'aquesta manca, dues unitats antiTBC han efectuat aquest estudi prospectiu observacional en infants menors de 5 anys, comparant la prova cutània de la tuberculina (PCT) i el QuantiFERON-TB Gold In-Tube (QFT-GIT).

L'estudi inclou 383 infants. En total, la concordança de totes dues proves va ser moderada (K= 0,551). En els estudiats per un contacte TBC i en els no vacunats amb la BCG va ser més alta (K= 0,801, K=0,816), respectivament. Els infants amb resultats indeterminats de QFT-GIT eren de mitjana més joves que els de resultats determinats. La sensibilitat de la PCT i del QFT-GIT en TBC activa confirmada va ser del 100% i del 93,7%, respectivament. En conclusió, en infants petits no vacunats amb BCG estudiats després d'un contacte recent no seria necessari fer totes dues proves en paral·lel.

Neonathal lethal hypophosfatasia. A case report and review of literature

Castells L[1], Cassanello P[1], Muñiz F[1], de Castro MJ, Douce ML

[1] Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

Medicine. 2018;97(48):e13269

La hipofosfatàsia (HFF) és una malaltia metabòlica dels ossos i del metabolisme mineral molt rara, deguda a la baixa activitat del coenzim inespecífic de la fosfatasa alcalina (FA), codificada al gen ALPL. L'HFF neonatal és la forma més greu de la malaltia i es pot diagnosticar en època fetal. El nounat presenta problemes respiratoris greus per hipoplàsia pulmonar, amb alteracions toràciques i esquelètiques per falta d'ossificació. La prova bioquímica diagnòstica és la xifra molt baixa de FA en sèrum. Fins ara s'havia considerat mortal en època neonatal, però la teràpia amb reemplaçament de l'enzim ha aconseguit supervivències de 13 mesos de mitjana (1 mes -5 anys), en deu casos publicats.

El cas clínic que presenten és el d'un nounat en què la imatge fetal ja mostrava signes de displàsia esquelètica, diagnosticat de probable acondroplàstia. En les primeres hores es va establir el diagnòstic definitiu, confirmat per l'anàlisi genètica, també en els pares. El pacient va morir al quart dia per complicacions respiratòries, sense haver pogut iniciar el tractament enzimàtic.

Adela Retana, Maria M. Mercadal-Hally

Memòria d'activitats de la Societat Catalana de Pediatria (curs 2018-2019)

Informe de l'Assemblea General Ordinària de Socis 2019 (20-06-2019)

Informe de Presidència

Valentí Pineda

Com a continuació dels objectius de l'actual Junta, que avui arriba als tres anys de mandat, hem treballat els aspectes següents:

1. Continuar i reforçar la formació dels pediatres per assolir els nivells d'expertesa i excel·lència que els pertoquen per tal de ser el referent en l'atenció dels nostres infants i adolescents.
2. Ser l'interlocutor principal en tots els programes i accions que desenvolupin el Departament de Salut, CatSalut i diferents proveïdors, en el que fa referència a la infància i l'adolescència.
3. Aconseguir plena visibilitat i referència per a la ciutadania i les entitats científiques i socioculturals que tenen relació amb la infància.

Tot seguit es presenta el detall de les accions assolides respecte d'aquests eixos:

1. Formació

Tot i que aquest és un apartat que explicarà la vicepresidència científica, voldria destacar algunes fites del curs 2018-2019.

Hem tornat a presentar el format de tres blocs de tres hores en un sol dia per millorar l'assistència dels nostres socis, i el resultat ha continuat sent tot un èxit d'assistència.

- Hem fet jornades conjuntes amb altres societats: la CAMFIC (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària), l'ACIP (Associació Catalana d'Infermeria Pediàtrica), la Societat de Malalties Infeccioses i Microbiologia Clínica, la Fundació Hospital de Nens de Barcelona, la Societat de Bioètica...
- Continuem participant en la redacció de treballs sobre la futilitat en pediatria, dintre del Projecte Essencial de l'AQuAS (Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya).
- Estem treballant amb l'Acadèmia en noves eines de formació, com l'InterActSalut, en què participen diverses universitats catalanes.
- Col·laborem amb el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) en la redacció d'informes de maltractaments i participem en el comitè Organitzador i científic i amb dues ponències a l'*European Academy of Paediatric Societies* (EAPS), que tindrà lloc a l'octubre del 2020 a Barcelona.

2. Interlocució amb el Departament de Salut, CatSalut i diferents proveïdors

La relació amb aquests organismes s'estableix amb línies estratègiques generals, com ara:

- Dins del Pla Estratègic de Planificació i Reforma de l'Atenció Primària (ENAPISC), i en concret dintre de la Comissió Tècnica de l'ENAPISC Pediàtric, participem en la redacció d'un document, que està a punt de concloure (falta la socialització), en què es parla de la creació d'equips territorials de pediatria amb autogestió i lideratge per part de pediatres.
  - El primer resultat d'aquest treball conjunt es plasma en la convocatòria de deu noves places de MIR Pediatria per al curs 2020-21.
  - En la mateixa línia, l'ICS acaba de publicar les idees bàsiques del Model d'Atenció Pediàtrica a Primària, que ratifica tot el que hem plasmat com a SCP dintre de l'ENAPISC.
  - Paral·lelament, també hem treballat amb el mateix model pediàtric amb l'AEP (Associació Espanyola de Pediatria).
- Hem acabat un mapa de màsters i especialitats en resposta a la petició d'un nombrós grup de pediatres i hem fet d'interlocutors amb el COMB, la Conselleria de Sanitat i el Ministeri de Salut.
- Estem presents al PADEICS (Programa assistencial d'expertesa de l'ICS) i al Pla de Certificació específic per als equips de Pediatria.
- Hem participat amb el CatSalut i el SEM en el Pla Nacional d'Urgències de Catalunya (PLANUC) creant el 061 pediàtric, que consisteix en la incorporació d'un pediatre al 061.
- Hem participat al PINSAP (Pla Interdepartamental de Salut Pública), que consisteix en tenir en compte el concepte de salut a tots els nivells: transversalitat, equitat, sostenibilitat… Podríem resumir-ho com la salut comunitària que engloba tots els aspectes no mèdics (ensenyament, pediatria social, recursos econòmics de la població...) que condicionen la salut de la població.

També participem en diferents programes i comitès del Departament de Salut i de CatSalut:

Participants al Curs Intensiu d'Actualització en Pediatria CIAP 2019

- Infància amb Salut, per a l'actualització del protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut en l'edat pediàtrica.
- Comitè de Vacunes de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, que aquest any ha acabat amb l'elaboració i la presentació d'un nou Manual que vam presentar juntament amb el Departament de Salut, la Societat d'Infermeria i la Societat Medicina de Família el juny del 2018.
- Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat i Pal·liatius.
- Programa d'Alimentació i Activitat Física Saludable. S'han elaborat els documents de l'alimentació dels 0-3 anys, el de prevenció de l'obesitat Infantil i el d'activitat física saludable.
- Programa Maltractament a Infants i Adolescents des d'un punt de vista multidisciplinari.
- Protocol de seguiment de l'Embaràs, que ha conclòs amb la presentació d'un nou Protocol de Seguiment de l'Embaràs a Catalunya el juny del 2018.
- Protocol de part, puerperi i atenció al nadó.
- Protocol per a la malaltia de Chagas (cribratge de mares procedents d'Amèrica del Sud i seguiment de nadons).
- Xarxa BroCat, de seguiment de la bronquiolitis a Catalunya, que aquest any ha inclòs 15 hospitals.
- Creació del Programa VINCat-PROA-Pediatria que tindrà una primera jornada a l'octubre del 2019 en què s'explicarà el projecte. Hi participen l'SCP, la Societat Catalana de Malalties Infeccioses i Microbiologia Clínica i la Societat Catalana de Farmàcia Clínica.
- Fòrum de Diàleg Professional (l'SCP és una de les úniques tres societats científiques de l'Acadèmia que hi tenen representació, a banda de la representació institucional).
- Programa de Malalties Minoritàries: malalties que afecten el neurodesenvolupament, l'aprenentatge, metabòliques, síndrome alcohòlica fetal.
- Projecte EsperanSa que consisteix en el control dels DEA (desfibril·lador extern automàtic) instal·lats a Catalunya.
- Col·laboració en el diagnòstic d'al·lèrgia a l'atenció primària.

3. Visibilitat i referència per a la ciutadania i les entitats científiques i socioculturals que puguin tenir relació amb la infància.

Hem fet reunions amb:

- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
- Sindicats de Metges
- Sindicatura de Greuges (per la manca de pediatres i pel model de pediatria a l'atenció primària)
- DGAIA (Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència)
- Facebook SCP
- Fundació Futbol Club Barcelona
- Marató de TV3 2018, sobre les infeccions greus
- TERMCAT, Centre de Terminologia, per fer assessorament
- Associació de Celíacs de Catalunya
- Societat Catalana de Medicina de l'Esport
- Premsa, ràdio i televisió: *El Periódico, PuntAvui, La Vanguardia* (informe sobre la manca de Pediatres), Cadena SER, RAC 1, Ràdio 4 (*Lletra lligada*), TV3, BTV, Cuatro, Antena 3, Ràdio Sabadell, televisions de La Xarxa...

I també cal destacar que estem registrats com a grup d'interès de l'Administració de la Generalitat de Catalunya, amb signatura digital.

4. Altres

Altres participacions del president de l'SCP han estat:

- Tasques de representació de l'SCP a les juntes de l'Acadèmia i de l'AEP
  - Participacions en diferents actes, cursos i jornades:
  - Sessió inaugural a Girona
  - Jornada d'Infeccioses de l'SCP
  - Comiat del professor Josep Argemí de la UIC (Universitat Internacional de Catalunya)
  - Jornada ACEBA (Associació Catalana d'Entitats de Base Asociativa)
  - XXè Aniversari RCP Pediàtric
  - Jornada Multidisciplinària sobre el *bullying*
  - Curs FC Igualada
  - Jornada Psicologia Clínica
  - Jornada de «Tabaquisme ambiental i Salut maternoinfantil»
  - Dia Mundial de Malalties Minoritàries
  - Jornada «Sortida de Residents de Pediatria»
  - Jornada de tancament i agraïment a la Xarxa BroCat (Conselleria de Salut)
  - Inauguració CIAP 2019
  - Reunió Anual Catalano-Aragonesa
  - Presentació del Protocol de Maltractament amb el Departament de Salut
  - Reunió de Salut Mediambiental a Pediatria
  - Dia de la Meningitis
  - Jornades Catalanes de Salut Internacional
  - Jornada de Benvinguda als R1 de Pediatria
  - Congrés ACIP
  - Congrés AEP
  - 2n Simposi de *bullying* (Fundació FCB)
  - Curs Ricard Carpena d'RCP
  - 50è aniversari del cribratge neonatal a Catalunya

Jornada multidisciplinària: Assetjament escolar i Ciberbullying *(02-02-2019)*

5. Premis i distincions a proposta de l'SCP

- El Dr. Antoni Martínez-Roig ha estat distingit amb el Premi Jordi Gol i Gurina, el màxim guardó que atorga l'Acadèmia en reconeixement a la seva trajectòria professional i humana.
- El Dr. Iñaki Alegria ha rebut el Premi Joaquim Bonal de cooperació internacional.
- El Dr. Pedro Domínguez ha estat nomenat Instructor d'Honor del CCR (Consell Català de Ressuscitació).
- El Dr. Ferran A. Moraga-Llop ha estat distingit com a Membre d'Honor de l'AEP a proposta de la Societat.

Memòria de la Vicepresidència de l'àrea científica

Mireia del Toro

La Dra. Mireia del Toro fa una bona valoració científica del curs 2018-2019, que ja té totalment consolidat el canvi de model del Curs de Formació Continuada que ha representant un augment significatiu d'assistents a la sala (més de 100 persones) i també a través de videoconferències.

Avança el programa previst per al curs 2019-2020, la sessió inaugural del qual serà a Lleida a càrrec del Dr. Ramon Capdevila. Es mantindran els tres blocs de formació continuada: el bloc 1 es dedicarà a la gastroenterologia, el bloc 2 a l'al·lèrgia i el bloc 3 a la radiologia. Hi ha previstos quatre tallers: Dismorfologia pràctica, Ecografia en atenció primària, Trastorns de moviment, i un de quart pendent de concretar. La Jornada Multidisciplinària tractarà de prematuritat. Al desembre hi haurà la II Jornada de vacunes, mentre que les sessions per a residents seran la d'orientació als R4-R5 al març i la de benvinguda dels nous R1 al maig.

Com ja és habitual, aquest curs també hi haurà el CIAP, els cursos d'RCP, les activitats dels grups de treball i de les vegueries, i la 26a Reunió Anual, que serà a Lleida.

Memòria de la Vicepresidència de l'àrea professional

Vicente Morales

La Vicepresidència de l'àrea professional ha treballat per reforçar les línies estratègiques iniciades l'any passat, per unificar, liderar i consensuar els principals objectius marcats per la junta de la nostra societat. Cal destacar les relacions institucionals, entre altres, amb el Departament de Salut, CatSalut, Institut Català de la Salut (ICS), Síndic de Greuges, col·legis de metges, Sindicat de Metges de Catalunya, Societat de metges de família de Catalunya, a més d'Infermeria Pediàtrica, DGAIA, etc. Hem treballat per difondre el nostre mis-

satge i fer paleses les dificultats actuals per mantenir i desenvolupar una assistència pediàtrica basada en la qualitat i la professionalitat, i en els reptes a què ens enfrontem de cara al futur, com la necessitat d'actualitzar i renovar el model d'assistència pediàtrica a Catalunya, sempre aportant solucions i amb esperit de col·laboració.

Dels projectes en què estem implicats i hi participem activament, hem de destacar:

- ENAPISC (Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària) del Departament de Salut. Participem en el grup nuclear i diversos membres de la junta en el grup específic encarregat de proposar el model d'atenció en Pediatria a la xarxa d'atenció primària, que aviat iniciarà els tràmits perquè els responsables del Departament de Salut en disposin l'aprovació i la implementació posterior. Aquest document serà el Nou Pla d'Ordenació de la Pediatria a Catalunya.
- Fòrum de Diàleg Professional, del Departament de Salut, per treballar els reptes professionals de present i futur, en el marc del sistema sanitari català, concretament participem en el grup per definir els papers professionals de metges i infermeres en els equips d'atenció primària i salut comunitària.
- PADEICS (Programa assistencial d'expertesa de l'ICS), que promou la participació dels professionals en l'estratègia de la institució, concretament, en tres grups específics d'experts:
- Atenció pediàtrica integrada (API),
- Malalties minoritàries i genètica clínica, i
- NIDCAP (*Neonatal Individualized Developmental Care and Assesment Program*).

El dia 5 de juliol de 2019 es va publicar al Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 7911 (http://www.academia.cat/files/204-7457-FITXER/DOGC5Juliol2019EAPT.pdf), la creació de nous equips d'atenció primària de pediatria territorial (EAPT) a l'Institut Català de la Salut. Des de l'any 2012 fins a l'actualitat, els únics EAPT reconeguts pel Consell d'Administració de l'ICS eren el de l'Alt Penedès i el del Garraf, fruit de la implementació del model proposat al Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció Pediàtrica a l'Atenció Primària (PEOAPAP) del 2007 i prioritzat al Pla de Salut 2016-2020, on es proposava el desenvolupament i la implantació progressiva a l'atenció pediàtrica d'un nou model d'atenció primària i salut comunitària. Es tracta d'una fita històrica, que facilitarà el camí a la tan esperada renovació de l'atenció pediàtrica a Catalunya, liderada principalment per la Societat Catalana de Pediatria amb el suport de les principals institucions professionals, com ara els col·legis de metges; l'ICS, amb els programes assistencials d'expertesa (PADEICS); el Departament de Salut, amb l'Estratègia nacional de l'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC), i el Sindicat de Metges de Catalunya.

XXXIX Reunió conjunta de la Societat Catalana de Pediatria amb la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria (06-04-2019)

- Síndic de greuges. Hem participat en àgores per debatre i fer aportacions en relació amb l'entorn de l'Estructura de Drets Humans de Catalunya (EDHC), i concretament sobre el dret a la salut i l'educació dels infants i el seu paper dintre dels Drets dels Infants.
- Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA). Reunió amb els seus responsables.
- Nadocat, una iniciativa catalana per a l'assistència integral del nadó i la família. S'ha redactat un document que actualment està en fase de difusió institucional.

La Societat continua participant en la revisió de la *Guia terapèutica electrònica pediàtrica* de l'ICS (primera edició 2011 i revisió 2018-19), que d'aquí a poc temps estarà finalitzada; també ho fa en el Comitè Assessor dels Estàndards de Qualitat Assistencial en pediatria de l'ICS i es mantenen oberts canals de comunicació i coordinació amb els diferents col·lectius professionals.

Memòria de la Vicepresidència de l'àrea econòmica

Salvador Rigol

Informe de Tresoreria

Els comptes estan sanejats i les inversions són fàcilment realitzables. Aquest any 2018 els ingressos totals han estat de 397.170 euros i les despeses de 419.032 euros, amb un resultat negatiu de 21.862 €. Es presenten els resultats dels últims anys, en què es pot veure que hi ha anys amb excedents positius i anys amb negatiu. Es recorda que per Llei s'ha d'invertir el 70% dels excedents en els fins fundacionals.

El Dr. Salvador Rigol recorda que aquest any 2018 s'han actualitzat les quotes dels socis, de manera que, d'acord amb l'article 37 dels estatuts, les aportacions han augmentat l'1,4% (IPC català). S'ha augmentat el salari de secretaria segons l'IPC i s'ha fet efectiva una retribució variable sobre la base de l'avaluació al mèrit.

BLOC 1.- HEMATOLOGIA

Coordinadors:

Pablo Velasco i Anna Ruíz

Maneig i novetats d'anèmia drepanocítica en atenció primària

Maite Coll, *Hospital Granollers*

Pablo Velasco, *Hospital U. Vall d'Hebron*

Bibliografia recomanada

1. Evidence-Based Management of Sickle Cell Disease: Expert Panel Report, 2014 - NHLBI, NIH [Internet]. [citado 21 de diciembre de 2016]. Disponible en: https://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/sickle-cell-disease-guidelines

2. Guía-de-Práctica-clínica-de-Enfermedad-de-Células-Falciformes-Pediátrica-SEHOP_2010.pdf [Internet]. [citado 9 de octubre de 2018]. Disponible en: http://eritropatologia.com/portal/wp-content/uploads/2012/05/Gu%C3%ADa-de-Pr%C3%A1ctica-cl%C3%ADnica-de-Enfermedad-de-C%C3%A9lulas-Falciformes-Pedi%C3%A1trica-SEHOP_2010.pdf

3. Piel FB, Steinberg MH, Rees DC. Sickle Cell Disease. N Engl J Med. 20 de 2017;377(3):305.

Primera sessió de curs de Formació Continuada. Bloc 1: Hematologia (18-10-2018)

Memòria de Secretaria

Cristina Bonjoch

La sessió inaugural del curs 2018-2019 va ser a Girona, a càrrec de la Dra. Àngels Puigdevall, amb la sessió «Tots som aprenents».

El nou format del Curs de Formació Continuada en tres blocs concentrats està totalment consolidat, amb gran èxit de públic, tant presencial com per mitjà de les videoconferències a Andorra, Blanes, Campdevànol, Girona, Granollers, Igualada, la Seu d'Urgell, Lleida, Manresa, Maresme, Palamós, Palma de Mallorca, Puigcerdà, Reus, Ribagorça, Tarragona, Tortosa, Val d'Aran i Vic. Els tallers han tingut també molta acceptació. Es recorden les activitats extraordinàries d'aquest curs i es recull i destaca la tasca feta pels grups de treball amb més de setanta-cinc reunions al llarg del curs, fonamentalment dedicades a actualitzacions, casos clínics, participació en treballs i comissions, tesis doctorals, resums de congressos, etc. i amb una assistència variable d'entre quatre i cinc persones fins a quaranta. Es proposa i s'accepta que les memòries detallades de cada grup es publiquin al web. Es recorden també les activitats de la Secció de Primària, concretament la Jornada d'Actualització i les activitats fetes a les vegueries.

La Dra.Cristina Bonjoch presenta la memòria de Pediatria Catalana, atès que el Dr. Carlos Rodrigo, director de la revista, ha excusat l'assistència. Destaca l'esforç important que s'ha fet en la puntualitat de la revista. Aquest any 2018 s'ha celebrat el 90è aniversari del naixement del *Butlletí*. A data d'avui ja s'ha publicat el primer número del 2019 i abans de vacances d'estiu disposarem del 2-2019.

El Dr. Ferran A. Moraga-Llop, president del Comitè organitzador de la XXV Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria que va tenir lloc per primera vegada a Barcelona ciutat, fa un resum dels continguts i dels premis atorgats, i ressalta l'alta assistència de congressistes (293). Dins el programa científic es van fer quatre simposis, sis tallers i tres taules rodones. Enguany es van presentar vint-i-quatre comunicacions orals i 147 comunicacions breus. L'activitat amb la ciutadania va consistir en el ja tradicional Taller de Suport Vital Bàsic a nens i nenes de 5è i 6è de primària de dues escoles del barri, i un taller d'educació sanitària amb dos temes diferenciats a dos instituts de la zona per a nois i noies de 4t d'ESO.

El Dr. Abel Martínez presenta l'activitat del grup d'RCP, la composició del comitè i la nova estructuració en tres àrees i la incorporació del Dr. Antonio de Francisco com a coordinador adjunt. En relació amb l'activitat formativa, s'han fet seixanta-cinc activitats en diferents modalitats de cursos d'RCP que han format un total de 1.530 alumnes. Entre ells, i com és habitual, s'ha fet la sessió de benvinguda als nous residents de pediatria. S'ha participat activament en el taller de suport vital de la Reunió Anual. Dins d'aquests cursos s'han deixat de comptabilitzar els cursos d'RCP neonatal que són atribució de la SEN i els cursos per a la població general que depenen del CCR; s'han celebrat amb una jornada especial del 20è aniversari del Programa d'RCP de l'SCP.

El Dr. Lluís Mayol, director del CIAP, explica que enguany s'han superat els cent inscrits, cosa que permet plantejar l'any vinent l'ús del sistema interactiu els dos dies del curs. Les valoracions han estat com sempre molt altes, tant en els aspectes organitzatius i d'intendència, com sobretot les valoracions dels temes i els ponents; la nota més alta ha estat un 4,93 sobre 5. Destaca que, a banda dels alumnes fidels de cada any, cada vegada més hi ha gent jove que queda molt satisfeta del curs i que vol repetir l'experiència l'any següent.

El Dr. Bruna presenta les dades del portal web, amb més de 30.000 visites l'any i un dels més actius de l'Acadèmia. S'han publicat 89 notícies i 64 sessions en línia. El Twitter ja té 7 anys, amb una activitat de mil tuits l'any i 2.800 seguidors, i també és molt actiu el Facebook, que ja ha fet dos anys.

Informació pàgina web SCP

Durant els darrers mesos, la Junta ha informat dels temes que s'esmenten a continuació.
Per obtenir-ne la informació completa, podeu accedir a la pàgina web de la Societat:
www.scpediatria.cat

Protocol de listeriosi
Publicat: 01/09/2019

Retirada de lots del principi actiu omeprazol per l'elaboració de fórmules magistrals
Publicat: 02/09/2019

Aprovat el decret d'acreditació de prescripció infermera
Publicat: 03/09/2019

Nutrició parenteral en neonats: protegir de la llum per reduir el risc d'efectes adversos greus
Publicat: 09/09/2019

Actualitzats documents sobre el virus d'Ebola
Publicat: 12/09/2019

L'Agència de Salut Pública confirma un altre cas de dengue autòcton a Catalunya
Publicat: 18/09/2019

Ondansetron: risc de defectes orofacials en fills de mares que l'han rebut en el primer trimestre de l'embaràs
Publicat: 23/09/2019

Les begudes vegetals
Publicat: 26/09/2019

Vigilància de les Paràlisis Flàccides Agudes en menors de 15 anys a Catalunya, any 2018
Publicat: 30/09/2019

Resultats de la vigilància epidemiològica de la tos ferina a Catalunya (2011-2018)
Publicat: 03/10/2019

Balanç de la temporada gripal 2018-2019
Publicat: 07/10/2019

Document de consens de l'APLV no mediada per IgE
Publicat: 10/10/2019

Guia tècnica per a la campanya de vacunació antigripal estacional 2019-2020 a Catalunya
Publicat: 14/10/2019

Vigilància Hospitalària del Virus Respiratori Sincicial a Catalunya
Publicat: 17/10/2019

Salut Pública tradueix a 8 idiomes el tríptic "Petits canvis per menjar millor"
Publicat: 21/10/2019

Atenció precoç i desenvolupament infantil. Catalunya 2020
Publicat: 24/10/2019

Comunicat del CERCP en relació als nous dispositius publicitats per la desobstrucció de la via aèria
Publicat: 28/10/2019

Document de posicionament sobre el tractament de les infeccions per bactèries multirresistents de l'AEP-SEIP
Publicat: 31/10/2019

El último cooperante. Por un mundo de igual a igual

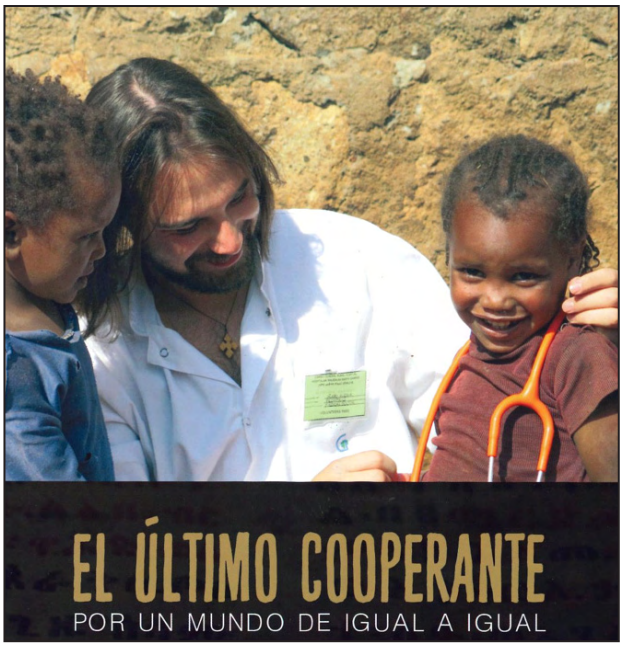
Iñaki Alegría Coll

Albacete: Uno Editorial, 2019
ISBN: 978-84-17733-38-4

El mes de maig passat, en la XXV Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria, es va incloure entre la documentació que es lliurava als assistents un exemplar d'un llibre «especial», escrit pel nostre company Iñaki Alegria Coll i acabat de publicar: *El último cooperante. Por un mundo de igual a igual.* És un llibre solidari, perquè el 100% dels beneficis es destina a l'Hospital de Gambo (Etiòpia); d'aquesta manera, doncs, la Societat Catalana de Pediatria va aportar-hi el seu granet de sorra. A més, l'autor va participar en la Reunió com a ponent en la taula rodona «Nous temes que ens preocupen».

Iñaki Alegria va fer la seva residència en pediatria a l'Hospital de Granollers i de seguida va fundar l'ONG per al Desenvolupament Alegria Sense Fronteres, amb la finalitat de crear un món millor. Des de fa cinc anys treballa a Etiòpia, a Gambo, una zona rural del sud, on es va iniciar com a voluntari quan era resident; en l'actualitat és el director de l'Hospital General Rural. Hi està fent una tasca extraordinària, d'acompanyament als infants i als seus pares, d'amor als nens i nenes, i de metge. En aquests anys ha participat en diverses sessions de la Societat Catalana de Pediatria, que sempre visita quan passa per Catalunya. A més, és l'autor del blog Cooperació amb Alegria.

Iñaki ens dona en el seu llibre un seguit de consells que ell hauria agraït abans d'«anar de cooperació», ja que la solidaritat mal entesa pot perjudicar més que fer el bé. En el llibre es discuteix el model de cooperació: hi ha alguna cosa millor que salvar una vida, i és ensenyar a salvar-les. L'autor afirma que va arribar amb una motxilla d'estereotips i prejudicis, i a través de la convivència i un bany d'humilitat va viure un procés de transformació que va culminar amb el final del paternalisme i l'aposta pel final de la cooperació; d'aquí el títol del llibre: El último cooperante. Es necessita una nova mirada de la cooperació, un nou model, d'igual a igual.



Cal facilitar l'accés a la salut, lluitant contra la desnutrició infantil, fet que millora el rendiment escolar i pot obrir portes al futur dels infants i al d'Etiòpia. El llibre comença amb la trista història d'Eftu, un nen afectat d'una desnutrició crònica greu que acaba morint d'una diarrea aguda; Iñaki es rebel·la amb ràbia i impotència, i ens diu que ha mort d'una malaltia evitable a causa d'una injustícia social.

El llibre, després d'un magnífic pròleg, està dividit en quatre parts: Etiòpia, un viatge del qual mai he tornat, Apoderant la comunitat, Pensaments sense frontera i L'últim cooperant. Iñaki ens transmet al llarg d'aquest excel·lent llibre les seves experiències i la seva gran sensibilitat, convicció, humilitat i felicitat. Un gran projecte en el qual tots hauríem de col·laborar. La Societat Catalana de Pediatria s'ha de sentir orgullosa d'aquest soci exemplaritzant i no pot oblidar-lo. Gràcies, Iñaki.

Ferran A. Moraga-Llop
Expresident de la Societat Catalana de Pediatria

Dr. Juan José Ortega Aramburo (1936-2019)

El Dr. Ortega, com li dèiem tots els membres de l'equip, va ser el nostre mestre.

Nascut el 1936, d'origen navarrès, va cursar els estudis de Medicina a la Universitat de Barcelona, i també les especialitats de Pediatria, Hematologia i Hemoteràpia. L'any 1966 va trepitjar per primera vegada l'Hospital Infantil Vall d'Hebron, liderant l'hematologia pediàtrica i el laboratori. El 1978 va ser cap de secció de la Unitat d'Hematologia Pediàtrica, el 1998 també cap de la Unitat de Trasplantament de Progenitors Hemopoètics i el 1992, cap del Servei d'Oncologia i Hematologia Pediàtriques.

Va ser un apassionat de l'hematologia pediàtrica i, com a fill de mestres, apassionat per la docència. Va dedicar moltes hores a discutir des del primer capítol sobre l'hemopoesi fins al darrer tractament innovador. Ens va transmetre gran estimació i curiositat per la clínica –ell era un clínic excel·lent–, i també molt interès per la citologia hematològica, per unir les manifestacions clíniques del pacient amb les característiques citològiques. Ens va ensenyar l'hematologia pediàtrica amb un compromís ferm amb tots els infants i les seves famílies i va formar pediatres i hematòlegs de Catalunya, d'Espanya i també de molts països d'Amèrica Central i del Sud que van voler aprendre al seu costat.

Va ser capdavanter en el tractament de la leucèmia aguda limfoblàstica en infants i adolescents, per la qual cosa se'l considera «el pare de la leucèmia» a Espanya. Va dissenyar els primers protocols de tractament i va viure com la supervivència dels infants amb leucèmia aguda limfoblàstica millorava de forma espectacular de dècada en dècada. Posteriorment va col·laborar amb hematòlegs d'adults en el tractament d'aquesta malaltia i va impulsar els protocols PETHEMA. Per les seves contribucions en tota una vida professional dedicada a la curació dels infants amb leucèmia aguda limfoblàstica va rebre el reconeixement de la Societat Espanyola d'Hematologia i Hemoteràpia.

També va ser capdavanter en el camp del trasplantament de progenitors hemopoètics: l'any 1984 va engegar el primer Programa de trasplantament en infants a Espanya, i el 1994 va fer el primer trasplantament de sang de cordó umbilical. Va organitzar el primer congrés del grup pediàtric europeu de trasplantament de medul·la òssia, que va resultar un èxit i a partir del qual s'ha celebrat bianualment.

Va ser també pioner en fer diagnòstics de malalties rares hematològiques: va diagnosticar el primer pacient amb malaltia de cèl·lules falciformes en una nena caucàsica originària d'Extremadura i el primer pacient amb malaltia granulomatosa crònica; ell mateix havia desenvolupat el test de nitroblau de tetrazole per poder confirmar-ne el diagnòstic. Va tenir gran sensibilitat i compromís amb els infants amb malalties minoritàries hematològiques i en particular amb l'anèmia de Fanconi i malalties metabòliques com les mucopolisacaridosis. Per aquest motiu va rebre el reconeixement de la Xarxa Nacional d'Anèmia de Fanconi i de l'Associació de Malalties Minoritàries de Catalunya.

Impulsor, juntament amb els doctors Cubells, Badell, Vela i Dasí, de la creació de la Secció d'Hematologia Pediàtrica de l'Associació Espanyola de Pediatria, van celebrar la primera reunió l'any 1978 i ell va ser-ne el primer president. Podem dir, doncs, que va desenvolupar l'hematologia pediàtrica a Catalunya i la va portar al nivell més alt, tant nacional com internacional.

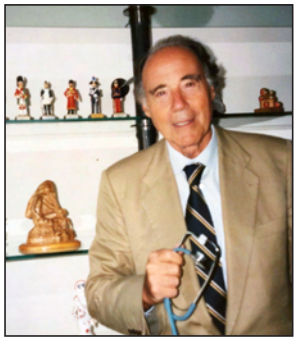
La Carme i els seus fills van ser un pilar fonamental en el seu recorregut, el suport incondicional per a una vida professional tan plena. I amb tot, pel camí va trobar molts altres interessos: els viatges, la història i la seva estimada Calella de Palafrugell, on gaudia del mar, la platja i les caminades pels camins de ronda. No puc oblidar les «gambades» de cada any a Calella, un festí de gambes de Palamós que ens preparaven la Carme i els seus fills, com a perfectes cuiners, i que esperàvem any rere any per celebrar Sant Joan.

La curació dels infants amb leucèmia i altres malalties hematològiques va ser el seu objectiu i a això va dedicar de forma infatigable tota la seva vida professional. Ens ha deixat un camí que mai no podrem oblidar.

Cristina Díaz de Heredia

Servei d'Oncologia i Hematologia Pediàtriques.
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Juan Brotóns Gimeno (1924-2019)



El passat 28 de setembre va morir a Barcelona, als 94 anys, el doctor Juan Brotóns Gimeno, pediatre i membre de la Societat Catalana de Pediatria, envoltat de la seva gran i nombrosa família Brotóns-Cuixart, entre els quals figuren els seus fills Joan i Valentín (també pediatres), Berta, Carlos i Daniel (metges tots tres), els seus dinou nets i els seus dos besnets.

El doctor Brotóns va ser una gran persona que sempre va mostrar singular empatia amb els infants i les seves famílies, i un excel·lent pediatre de capçalera (o metge de nens, segons s'indica en la seva esquela), amb un brillant sentit clínic, molt important sempre, però encara més en les primeres dècades del seu exercici professional, quan les proves complementàries disponibles eren molt limitades. En la seva actuació clínica va tenir cura sempre de la relació amb l'infant i el tracte amb els pares, premisses fonamentals per aconseguir una pediatria d'excel·lència, com la que ell va cultivar.

Encara que ja feia temps que no coincidia ni parlava amb ell –l'última vegada va ser l'any 2015, en el funeral del seu nebot, el doctor Paulino Castells Cuixart, membre molt destacat de la nostra Societat–, el recordava sovint quan ens enviava a mi i a la meva esposa –la doctora Magda Campins, que li professava gran afecte i admiració des de la seva època d'estudiant de medicina, pels ensenyaments que impartia en la seva consulta dels dimarts a la tarda– cartes i articles escrits per ell sobre aspectes de la pediatria social o relacionats amb les vacunes i les malalties infeccioses que prevenien, les quals ell havia diagnosticat i tractat tantes vegades. També em recordava d'ell, i me'n recordaré sempre, quan baixava pel carrer Balmes i arribava a Travessera de Gràcia, en veure la casa on vivia i va tenir el seu despatx professional durant tants anys.

A més, Juan Brotóns va ser un metge amb una gran formació humanística, profund aficionat i bon coneixedor de la música –durant la cerimònia de comiat es van interpretar diversos fragments de la Cinquena Simfonia de Ludwig van Beethoven, tal com ell havia deixat escrit–. Va ser també autor de nombrosos llibres (El pediatra conductor de juventudes, Apuntes de puericultura, El niño en la URSS, El pediatra de nuestros días, Mi segundo viaje pediátrico al continente americano, Neo-puericultura: hacia una nueva Pediatría y Puericultura, Difteria maligna, Educación sexual de la pubertad i Oración apasionada por la muerte de mi madre), articles i cartes en la premsa escrita, que sempre tenien un gran sentit social i de preocupació per la salut infantil en el sentit més ampli de la paraula: un estat de complet benestar físic, mental i social, i no tan sols l'absència d'afeccions o malalties.

Finalment, vull ressenyar algunes frases de diferents persones, extretes del llibre de condolences i d'altres escrits, que reflecteixen molt millor que les meves lletres qui era i com era Juan Brotóns, per haver-hi tingut una relació molt més intensa i pròxima: «Gràcies per salvar-li la vida a la meva filla que ja té 50 anys», «Gràcies per deixar-nos a tots el llegat d'amor a la professió», «Va ser el meu benvolgut pediatre i gràcies al seu exemple sóc pediatre jo també», «Quant afecte em va donar sempre, va ser el pediatre de tota la vida del meu marit i el dels meus fills», «Quan entraves a la seva consulta ja sabia què tenien els nens». Aquest era el doctor Brotóns, i així ho veien els seus pacients.

Ens ha deixat una gran persona i un pediatre excel·lent, que per sobre de tot va estimar la seva família, la infància i la pediatria. Gràcies, doctor Brotóns.

Ferran A. Moraga-Llop

Expresident de la Societat Catalana de Pediatria

Índex de matèries

A
Adolescent: 20
Artritis idiopàtica juvenil: 89
Asma pediàtric: 8
Atenció primària: 14
Auditoria clínica: 43

C
Càries: 48
Càries dental: 83
Corticoides: 94
Cures odontològiques: 48
Cures pal·liatives pediàtriques: 14

D
Dermatomiositis juvenil: 137
Diagnòstic ràpid per a estreptococ: 139

E
Esquistosomiasi: 54
Exoftàlmia: 94

F
Factors de risc: 8
Flúor: 48, 83
Formació: 14

H
Herpes genital: 20
Hipertensió arterial pulmonar: 54
Hipomineralització incisivomolar: 48
Hospitalització: 43

I
Inflamació orbitària idiopàtica: 94
Interleucina-1: 89

L
Limfohistiocitosi hemofagocítica: 89
Llar dental: 83

M
Maloclusió: 48

N
Nadó: 127
Necrosi grassa subcutània: 133
Nevus de Reed: 135
Nutrició enteral: 127

O
Opiaci: 14
Optimització antibiòtica: 43

P
Prematur: 127
Prevenció: 8
Primera infància: 48
Proptosi: 94
Proteïna antagonista del receptor de interleucina 1: 89
Pseudotumor orbitari inflamatori: 94

S
Sibilàncies recurrents: 8
Síndrome d'activació macrofàgica: 89
Síndrome retroviral: 20

T
Traumatisme dental: 48

U
Ull vermell: 94

V
VIH: 20
Vitamina D: 127

Índex d'autors

A
Adsarias, R: 54
Albújar, M: 127
Almario, A: 54
Alonso, E: 83
Ariño, J: 127
Artigas, S: 135
Arrevola-Alonso, A: 20, 57

B
Bernárdez, S: 101
Berrueco, R: 59
Blasco, C: 8
Boj, JR: 48, 83
Borja, A: 133

C
Calavia-Garsaball, O: 23
Calles, M: 135
Cassanello, P: 25
Castellarnau-Figueras, E: 23
Castelló-Almazán, I: 20
Conde, S: 48, 83
Corberó, C: 133
Cortés, O: 48, 83
Cruz-Vila, D: 57

D
De la Flor-Brú, J: 67, 139
De Mir, I: 8
Díaz-Conradi, Á: 43

E
Enrubia-Iglesias, M: 14
Espigares-Salvia, M: 94

F
Fàbregas-Martori, A: 89
Fernández, C: 135
Figueras, R: 41
Finestres, A: 135
Fornells, E: 43

G
Gairí-Burgués, A: 94
Garcés-Montolio, Ll: 89
García, A: 127
García-Algar, O: 41
García-Arnaldich, S: 23
Garriga-Baraut, T: 8
Gassiot, S: 59
González-Gómez, I: 125
González-Farré, M: 133
Gorina, N: 25

H
Habimana-Jordana, A: 14

I
Iglesias, T: 54

J
Jiménez, G: 137
Jordan, I: 125

L
Lera, E: 137
López-García, VS: 99
López-Segura, N: 20, 57

M
Maideu, E: 107
Maldonado, MC: 133
Marco, J: 43
Marès-Bermúdez, J: 67, 139
Martínez-Roig, A: 43
Mercadal-Hally, M: 20, 57
Modesto-Caballero, C: 89
Monfort, A: 133
Mora, Y: 135
Morató, L: 137
Moreno-Galdó, A: 8
Mur-Sierra, A: 20

N
Navarro-Marchena, L: 14
Navarro-Vilarrubí, S: 14

O
Ortigosa, S: 133
Ortiz-Vega, J: 23

P
Parada, E:127
Pardo-García, N: 5
París, N: 25
Poblet-Puig, M: 99
Pérez-Martínez, E: 89
Pérez, J: 25
Planella-Cornudella, M: 94
Plasencia, P: 48
Pont-Vives, C: 94
Porras-Cantarero, JA: 14

R
Ramiro-Novelles, V: 8
Ramis-Fernández, SM: 20, 57
Ríos-Banés, M: 99
Ruiz-Llobet:, A 59
Ruiz, I: 25

S
Salvà, R: 135
Samarra, JM: 137
Sández, L: 48
Sangorrín: 43
Segrelles-Bellmunt, G: 43
Solé-González, L: 94
Solé-Mir, E: 94

T
Tobeña-Rué, M: 89
Torrent-Vernetta, A: 54
Torrents-Fenoy, C: 23

V
Vallès, M: 81
Vilá, B: 8
Vila, J: 89

Índex de casos de la secció *Quin és el seu diagnòstic?*

Cas 2019.1: Tromboembolisme pulmonar massiu (núm. 1, pàg. 23)
Cas 2019.2: Mixedema laterocervical (núm. 1, pàg. 25)
Cas 2019.3: Esquistosomiasi urogenital crònica (núm. 2, pàg. 57)
Cas 2019.4: Pitiriasi liquenoide crònica (núm. 3, pàg. 99)
Cas 2019.5: Necrosi grassa subcutània (núm. 4, pàg. 133)
Cas 2019.6: Nevus de Reed (núm. 4, pàg. 135)
Cas 2019.7: Dermatomiositis juvenil (núm. 4, pàg. 137)

Agraïments

Des d'aquesta pàgina el Consell de Redacció de Pediatria Catalana vol agrair als revisors i correctors, aliens al Consell de Redacció, que al llarg de l'any 2019 han contribuït amb la seva aportació a fer possible la nostra revista:

Irma Casas García
Ariadna Campos Martorell
Joan Calzada Hernández

Volem fer constar també l'agraïment per la tasca desenvolupada al Consell de Redacció dels companys que aquest any han deixat el Consell de Redaciió de Pediatria Catalana:

Núria Brún Lozano
Mireia Tirado Capistros

L'objectiu preferent de Pediatria Catalana és ser el reflex de les activitats de la Societat Catalana de Pediatria i de les de tots els seus socis i la pediatria catalana en general.

Pediatria Catalana considerarà per ser publicats els treballs clínics o d'investigació relacionats amb totes les branques de la pediatria, i també la informació relacionada amb les activitats científiques, professionals i socials de la Societat.

Pediatria Catalana, indexada a EMBASE/Excerpta Medica i Índice Médico Español, s'adhereix a les recomanacions del Comitè Internacional d'Editors de Revistes Mèdiques pel que fa als requisits d'uniformitat dels manuscrits presentats a revistes biomèdiques (estil de Vancouver). Es recomana que, abans de preparar un treball, els autors consultin l'última edició d'aquests requisits (www.icmje.org).

Seccions

A més dels apartats destinats a publicar notícies i informació sobre les activitats científiques de la Societat, la revista consta, fonamentalment, de les seccions següents:

Editorials. Articles encarregats pel Consell de Redacció sobre temes pediàtrics d'especial transcendència i actualitat, així com qüestions importants de la vida acadèmica o de la pediatria catalana. Els autors que espontàniament vulguin col·laborar en aquesta secció hauran de consultar-ho prèviament a la Secretaria de Redacció. El text pot tenir un màxim de 2.000 paraules i no ha d'incloure ni taules ni figures. Es recomana un màxim de 10 referències bibliogràfiques i 2 autors com a màxim.

Treballs originals. Treballs d'investigació, preferentment prospectius, sobre epidemiologia, etiologia, fisiopatologia, anatomia patològica, clínica i mètodes de diagnòstic o terapèutics. Els dissenys recomanats són de tipus analític, en forma d'enquestes transversals, estudis de casos i controls, estudis de cohort i assaigs controlats. L'extensió recomanada és d'un màxim de 10 fulls, i s'admeten un màxim de 6 taules i 6 figures. Es recomana que el nombre de signants no sigui superior a sis i que el de referències bibliogràfiques sigui com a màxim de 30.

Treballs de revisió. Treballs de revisió o divulgació d'aspectes diversos. Han de tenir una extensió màxima de 10 fulls i un màxim de 6 taules i 6 figures. Es recomana que el nombre de signants no sigui superior a sis i que el de referències bibliogràfiques sigui com a màxim de 60.

Casos clínics. Descripció d'un cas clínic o que per la raresa, la forma de presentació o alguna característica dels mètodes diagnòstics i terapèutics, representi una aportació important al coneixement de la malaltia. L'extensió màxima ha de ser de 5 fulls i s'admeten fins a 2 taules i 2 figures. S'aconsella que el nombre de signants no sigui superior a sis i que el de referències bibliogràfiques sigui com a màxim de 10.

Quin és el seu diagnòstic? Presentació de signes, símptomes, síndromes, troballes d'exploracions complementàries o altres dades d'interès que, correctament contextualitzades en un cas clínic, promoguin l'exercici diagnòstic ràpid per part del lector. L'estructura del treball ha de constar d'una primera pàgina amb la presentació del cas i amb la frase final "Quin és el seu diagnòstic?" i una segona amb la resolució, amb l'opció de 1-2 figures acompanyant l'exposició del cas i 1 figura i/o 1 taula acompanyant la discussió o el comentari. S'aconsella que el nombre de signants sigui d'un màxim de 4 autors i que el de referències bibliogràfiques sigui com a màxim de 5 citacions.

Formació continuada. Treballs espontanis o encarregats pel Consell de Redacció orientats a l'adquisició, actualització o consolidació de coneixements, habilitats i actituds del pediatre, amb la finalitat de mantenir i incrementar el nivell de competència professional. Han de tenir una extensió màxima de 20 fulls, amb 6 taules i 6 figures (poden ser més si així ho aconsella el tema i previ acord amb la Secretaria de Redacció), i es recomana un nombre d'autors no superior a 6, tot i que és preferible un autor únic. Convé limitar el nombre de referències bibliogràfiques a un màxim de 10, preferentment d'articles de revisió o de formació continuada i capítols de llibres, i evitar les que tinguin una data que ultrapassi els 5 anys respecte de l'any de preparació del treball. (Consulteu But Soc Cat Pediatr. 1995;55:38-9).

Informes. Publicació d'estudis i resolucions dels diferents grups de treball de la Societat. Tindran una extensió màxima de 15 fulls.

Cartes al director. S'admetran la discussió de treballs publicats amb anterioritat i les aportacions d'observacions o experiències d'interès general que es puguin resumir en un text breu. L'extensió màxima ha de ser de 2 fulls, i s'admet una taula o una figura. La bibliografia ha de tenir 10 citacions com a màxim, i el nombre de signants no pot ser superior a 4.

Altres seccions. Casos radiològics, casos problema, comentaris bibliogràfics, novetats terapèutiques i tècniques diagnòstiques: l'extensió màxima ha de ser de 5 fulls (10 en els casos problema) i 2 taules i 2 figures, i s'admeten fins a 10 citacions bibliogràfiques. La secció d'articles especials acollirà els treballs originals i de revisió que presentin unes característiques que el Consell de Redacció consideri que mereixin aquesta qualificació. La secció "Els pediatres de Catalunya publiquen fora" recull ressenyes d'articles de pediatres catalans publicats en revistes internacionals. Els autors interessats poden fer arribar les publicacions a scpediatria@academia.cat en el seu format pdf.

A més els lectors de Pediatria Catalana estan convidats a remetre imatges d'interès no mèdic acompanyades d'un comentari per a la contraportada de la revista.

Presentació i estructura dels treballs

Tots els treballs acceptats quedaran de propietat permanent de la revista i no podran ser reproduïts en part o totalment sense permís. No s'acceptaran treballs ja publicats o presentats en una altra revista. Els treballs es presentaran escrits preferentment en català en format Word, a doble espai amb lletra tipus Arial o Times New Roman 12 i amb uns marges no inferiors a 2,5. Tots els fulls hauran d'ésser numerats correlativament.

Primera pàgina. Cal indicar, i per aquest ordre, les dades següents: títol del treball (concís i informatiu, evitant abreviatures i fórmules); nom i, preferentment, primer cognom dels autors (en el cas

Informació pràctica de presentació

Tipus de secció	Extensió màxima	Resum	Bibliografia	Número de figures	Número de taules
Editorial	≤2.000 paraules	no	≤10	no	no
Original	10 fulls	150-250 (estructurat)	≤30	≤6	≤6
Revisió	10 fulls	150-250 (estructurat)	≤60	≤6	≤6
Casos clínics	5 fulls	150-250 (estructurat)	≤10	≤2	≤2
Quin és el seu diagnòstic?	1+2 fulls	no	≤5	≤2	≤1
Formació continuada	20 fulls	no	≤10	≤6	≤6
Cartes al director	2 fulls	no	≤10	≤1	≤1

d'especificar els dos cognoms es recomana la seva unió amb un guió); nom complet i localitat del centre de treball, emprant superíndex en ells per identificar els diferents llocs; nom de l'autor per a la correspondència, adreça postal i electrònica; data de tramesa; i títol abreujat per a la portada, tant en català com en castellà i anglès. Es farà constar expressament si part del treball ha estat objecte de presentació en alguna reunió simposi o congrés, si ha estat guardonat amb algun premi i si ha rebut alguna subvenció. En el cas que els autors representin un col·lectiu, els membres del qual tinguin la consideració d'autors, aquest col·lectiu ha de constar com a últim autor precedit de "i" o "pel" i els seus components (preferiblement amb la seva filiació) han de constar en un llistat que cal presentar en un full a part. S'aconsella afegir el número de identificació d'autor (ORCID, Scopus o Researcher).

Resums. Els treballs per publicar a les seccions de treballs originals, treballs de revisió i casos clínics han d'anar acompanyats d'un resum en català, castellà i anglès, que s'han de lliurar en fulls a part, i l'extensió dels quals no pot ser superior a 250 paraules ni inferior a 150. Els resums castellà i anglès seran precedits pel títol del treball en aquests mateixos idiomes. El resum no pot contenir dades que no es trobin en el text i el contingut s'ha d'estructurar d'acord amb les indicacions següents:

Treballs originals i treballs de revisió: el resum s'ha d'estructurar en cinc apartats: Fonament, Objectiu, Mètode, Resultats i Conclusions. En aquests apartats s'ha de descriure, respectivament, el problema motiu de la investigació, el que es pretén amb el treball, la manera de dur-lo a terme, els resultats més destacats i les conclusions que se'n deriven.

Casos clínics: el resum s'ha d'estructurar en tres apartats: Introducció (justificant l'interès del cas), Cas clínic o Observació clínica (més d'un cas) i Comentaris. A continuació, cal indicar entre tres i fins a deu paraules clau, d'acord preferiblement amb l'Index Medicus, sota les quals el treball pugui ser codificat. Finalment, s'ha d'indicar el resultat del recompte de paraules del resum (només en el català).

Treballs. Es recomana la redacció en estil impersonal. Convé dividir clarament els treballs d'acord amb la secció:

Treballs originals: Introducció, Material o Pacients i Mètodes, Resultats i Discussió.

Treballs de revisió: després d'un primer apartat d'Introducció, ha de ser desenvolupat lliurement per l'autor.

Casos clínics: Introducció, Cas clínic o Observació clínica (més d'un cas) i Discussió.

Quin és el seu diagnòstic?: han de tenir una primera part en què s'exposi el cas clínic de manera concisa i sense apartats, amb un màxim de 500 paraules, seguida de la pregunta: «Quin és el seu diagnòstic?»; una segona part, amb un màxim de 750 paraules (500 en el cas que contingui una taula o una figura), en què s'exposi la discussió estructurada en paràgrafs numerats i acabada amb un Diagnòstic final; i un comentari en format de text lliure i sense apartats.

Formació continuada: no cal que vagin acompanyats de resum ni de paraules clau. Han de constar d'un primer apartat d'Objectius formatius: en un full a part, abans del text, cal enumerar de manera clara i concisa, sigui en forma de propostes, sigui en forma de preguntes, els objectius educacionals de l'article. El text, després d'un apartat d'introducció, ha de ser desenvolupat lliurement per l'autor, que l'ha d'ajustar als seus objectius formatius. No obstant això, cal incloure uns resums conceptuals que sintetitzin les qüestions plantejades com a objectius educacionals. Aquests resums han de quedar clarament diferenciats de la resta del text, en un tipus de lletra diferent i negreta, immediatament després dels títols o subtítols que correspongui.

Agraïment. Cal especificar en poques frases les contribucions que requereixen un agraïment, però que no justifiquen l'autoria del treball, els agraïments per ajuda tècnica i per ajut material (especificant el tipus d'ajut).

Bibliografia. A excepció dels articles de formació continuada, les referències bibliogràfiques s'han de numerar per ordre d'aparició en el text, amb xifres aràbigues en superíndex.

En el cas dels articles de Formació continuada no s'han de citar en el text i es numeraran per ordre alfabètic. En tots els casos seran recollides en un full a part al final del treball, seguint els exemples següents:

Revistes

Article ordinari

Relacionar tots els autors si són sis o menys; si són set o més, relacionar els sis primers i afegir «et al» després d'una coma.

– Tebé C, Paladio N, García A, Pons JMV. L'hospitalització per bronquiolitis aguda a Catalunya de 1966 a 2006. Pediatr Catalana. 2009;69(4):193-9.

– Ibars Z, Fernández A, Nogués A, Morales I, Puig A, Ortega J, et al. Implicació de la infecció per enterovirus en l'hospitalització pediàtrica d'un hospital general. Pediatr Catalana. 2009;69(1):11-5.

En cas que l'autoria sigui d'una organització, societat o grup de treball:

– Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002;40(5):679-86.

Suplement d'un volum

– Lucaya X. Passat i present de la Radiologia Pediàtrica. But Soc Cat Pediatr. 1992;52(supl1):10-2.

Indicació del tipus d'article per cartes i abstracts

– Calicó I. Implicació de la infecció per enterovirus en l'hospitalització pediàtrica [carta]. Pediatr Catalana. 2009;69(6):302.

– Almazan F, Rodrigo C, Ocaña M, Cuadras P. Toxoplasmosi congènita. A propòsit d'un cas [abstract]. Pediatr Catalana. 2003;63(supl1):S48.

Llibres i altres monografies

Autors personals

– Casassas O, Ramis J. Metges de nens. Cent anys de pediatria a Catalunya. Barcelona: Edicions de la Magrana; 1993.

Capítol d'un llibre

– Esteban B, Palomeque A, Pastor X, Figueras J. Exploración clínica en las consultas de urgencias y en las unidades de cuidados intensivos. A: Galdó A, Cruz M, ed. Tratado de exploración clínica en pediatria. Barcelona: Masson SA; 1995. p. 835-55.

Material electrònic

Article de revista en format electrònic

– Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [revista electrònica] 1995; 1(1) [data de consulta: 05-06-1996]. Disponible a: http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm

Publicació avançada d'articles

– Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. Blood. 2002 Nov 15;100(10):3828-31. Epub 2002 Jul 5.

Monografies en format electrònic

– Reeves JRT, Maibach H. CDI, Clinical Dermatology Illustrated [monografia en CD-ROM]. 2nd Multimèdia Group, producers; 1995

Altres documents accessibles a la xarxa

– Asociación Española de Nefrología Pediátrica. Guía de Práctica Clínica: Manejo del paciente con reflujo vesicoureteral primario o esencial. 2008. Accessible a la xarxa [data de consulta: 30-10-2008]. Disponible a: http://www.aenp.es/documentos/GPC-RVU-

Per a més informació, es pot consultar l'estil recomanat per a les referències a la següent web: *http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html*

Taules. S'han de presentar en fulls independents, han d'anar numerades consecutivament amb xifres romanes. Han de ser citades al text. Cal que tinguin un títol a la part superior. Si hi ha sigles, cal que s'expliquin al peu de la taula. Cal evitar repeticions entre taules, figures i text.

Figures. El nombre de figures ha de ser l'indispensable per a la bona comprensió del text. S'han de numerar per ordre d'aparició en el text amb xifres aràbigues. En un full a part cal escriure els peus de les figures. Les imatges s'han de lliurar en format jpg o gif de bona qualitat (300 dpi). Si s'utilitzen fotografies de persones, aquestes no han de ser identificables o bé han d'anar acompanyades d'un permís escrit per ser utilitzades.

Acrònims, abreviatures, símbols i unitats. En general, és desitjable emprar el mínim d'acrònims, tot i que s'accepten els termes utilitzats internacionalment. En tot cas, les abreviatures s'han de definir la primera vegada que s'utilitzen. Cal evitar les abreviatures en els títols. En els mesuraments hematològics i bioquímics s'ha d'emprar preferentment el sistema mètric d'acord amb el Sistema Internacional d'Unitats (SI).

Responsabilitats ètiques

Els treballs tramesos a la nostra revista hauran de ser contribucions originals sense haver estat prèviament publicats. Els autors hauran d'explicitar-ho, així com manifestar l'originalitat i la veracitat de les dades.

Les persones que surtin al llistat d'autors hauran contribuït intel·lectualment al desenvolupant del treball o a l'elaboració de l'article. Encara que els revisors faran esforços per assegurar la validesa i autenticitat dels articles publicats, la responsabilitat final dels mateixos és dels autors i no de la Revista.

En els casos en que l'article enviat sigui similar a algun altre publicat pels mateixos autors, caldrà que enviïn conjuntament al sotmès una còpia del prèviament publicat, per tal que es pugui avaluar la possibilitat de duplicació.

Els autors dels treballs originals de recerca cal que, dins de la metodologia, facin esment que l'estudi ha estat revisat pel Comitè d'Investigació i Ètica del centre i els procediments utilitzats als pacients i/o controls han estat realitzats després de l'obtenció del consentiment dels pares o tutors.

Els autors caldrà que especifiquin obligatòriament si hi ha algun conflicte d'interessos en relació al seu manuscrit. Això es especialment important quan siguin estudis amb productes comercials. S'ha de fer esment dels possibles acords econòmics amb les indústries i la relació amb les mateixes en el període dels anys previs.

En aquells treballs en que s'hagin de reproduir texts, taules o figures d'altres publicacions que necessitin permís, aquest haurà de ser demanat per l'autor a la revista corresponent.

Les figures on es presenti una foto on pugui ser reconegut un pacient, cal enviar el consentiment familiar o tutorial d'acceptació de la publicació. . Aquest possible reconeixement del pacient implica, no només l'aparició de la cara del pacient, sinó qualsevol altre part del cos que pugui ser reconeixible. Les imatges de la cara hauran d'emmascarar els ulls i quan aquests siguin imprescindibles per l'interès clínic o científic, caldrà fer-ho de la zona veïna del nas i la boca, per tal d'impedir el reconeixement i poder mantenir l'anonimat.

El Consell de redacció declina qualsevol responsabilitat que es derivi de l'autoria dels treballs publicats.

Tramesa dels originals

Els treballs s'han d'enviar per correu electrònic a scpediatria@academia.cat indicant a l'assumpte: Pediatria Catalana.

Carta acompanyant. El treball ha d'anar acompanyat d'una carta de presentació, sol·licitant la publicació i suggerint la secció que es consideri més adient. En aquesta carta cal que consti expressament: que el treball no ha estat publicat prèviament ni està en procés de revisió per part d'una altra revista; que tots els autors estan d'acord amb el contingut del treball; i que tots ells cedeixen els drets de publicació a Pediatria Catalana. Els autors han de descriure qualsevol relació financera que tinguin i que pugui ocasionar un conflicte d'interessos en relació amb l'article publicat.

Llista de comprovació prèvia a la tramesa. Abans de remetre els originals, cal que els autors comprovin la correcció dels següents aspectes dels treballs:

1. Fulls numerats
2. Primera pàgina seguint les recomanacions per als autors, amb els noms propis dels autors i la filiació
3. Resums en tres idiomes, degudament estructurats i a companyats de les corresponents paraules clau ajustades a l'Index Medicus i del recompte de paraules de la versió en català
4. Treball estructurat
5. Bibliografia ajustada a les recomanacions incloses en aquesta informació per als autors
6. Full (o fulls) a part, amb les taules degudament identificades amb el títol corresponent i numerades amb números romans consecutius
7. Figures degudament identificades amb números aràbics consecutius
8. Full a part amb els peus de figures
9. Carta acompanyant.

La manca d'algun d'aquests detalls pot provocar que el treball sigui retornat als autors abans de fer-ne la revisió prèvia a la publicació.

S'enviarà a l'autor de correspondència un justificant de recepció del treball i, en un termini màxim de 2 mesos s'informarà sobre si ha estat acceptat i la data possible de publicació. Quan un article es retorni a l'autor perquè hi faci modificacions abans d'haver-lo acceptat definitivament o abans de publicar-lo, caldrà remetre'l de nou a la Secretaria de Redacció abans d'un termini màxim d'un mes. Quan l'article es trobi en premsa, l'autor rebrà unes proves impreses per fer-ne la correcció, i caldrà que les retorni dins les 48 hores següents a la recepció.

El Consell de Redacció podrà suggerir modificacions en el text quan les cregui necessàries, i també refusar la publicació dels treballs que no consideri adequats.

2019 2020

SOCIETAT CATALANA DE PEDIATRIA

PROGRAMA de Formació Continuada

CURS DE FORMACIÓ CONTINUADA

SESSIÓ INAUGURAL

3 d'octubre de 2019 | Lleida
La xarxa, molt més que fils nuats
a càrrec de Ramon Capdevila

REUNIÓ ANUAL

15 i 16 de maig de 2020 | Lleida
26a Reunió Anual
de la Societat Catalana de Pediatria

SESSIÓ DE CLOENDA

16 de juny de 2020 | 18:30 | Sala 3 L'Acadèmia Can Caralleu
Cloenda i Lliurament de Premis

BLOC 1. GASTROENTEROLOGIA

17 d'octubre de 2019 | 18:00 | Sala 10 L'Acadèmia Can Caralleu
Coordinadors: Montse Montraveta i Oscar Segarra

***Helicobacter pylori*: hi pensem massa?**
Neus Pociello. Hospital Arnau de Vilanova de Lleida

Dolor abdominal recurrent: disposem de noves eines?
Núria Roig. Hospital de Figueres

Al·lèrgia a la llet: hi pensem massa poc?
Enrique Llerena. Hospital d'Igualada

Esofagitis eosinofílica: la sabem reconèixer?
Roger Garcia. Hospital Universitari MútuaTerrassa

BLOC 2. AL·LÈRGIA

16 de gener de 2020 | 18:00 | Sala 10 L'Acadèmia Can Caralleu
Coordinadora: Mònica Piquer

Fenotips de l'asma
Òscar Asensio. Unitat d'Al·lèrgia, Pneumologia i Fibrosi Quística. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell

Diagnòstic molecular en al·lèrgia respiratòria
Santiago Nevot. Servei de Pediatria. Althaia. Hospital Sant Joan de Déu, Manresa

Estudi d'al·lèrgia a bectalactàmics
Núria Cortés. Servei de Pediatria Hospital Universitari MútuaTerrassa

Immunoteràpia oral a aliments
Mònica Piquer. Servei Immunoal·lèrgia. Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues

BLOC 3. RADIOLOGIA

2 d'abril de 2020 | 18:00 | Sala 10 L'Acadèmia Can Caralleu
Coordinadors: Viviana Beltran i César Martín

Urgències toràciques en pediatria
Xavier Lucaya. Emèrit Hospital Vall d'Hebron. Assessor Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues

Patologia urològica en radiologia pediàtrica
Lluís Riera. Hospital Vall d'Hebron. Institut de Diagnòstic per la Imatge

Diagnòstic prenatal, ja he nascut i ... ara què?
César Martín. UDIAT. Parc Taulí Sabadell

TALLERS

Taller 1. 19 de novembre de 2019
Dismorfologia pràctica
Coordinadora: Susanna Boronat

Taller 2. 5 de febrer de 2020
Ecografia en atenció primària
Coordinadora: Maria Amor Peix

Taller 3. 16 d'abril de 2020
Trastorns de moviment
Coordinadora: Belén Pérez Dueñas

Taller 4. 26 de maig de 2020
Sutures i cures
Coordinadora: Núria Brun

ALTRES ACTIVITATS

30 de novembre de 2019
X Jornada Multidisciplinària: En la prematuritat, tots sumem

13 de desembre de 2019. Vilanova i La Geltrú
II Jornada de Vacunes de la Societat Catalana de Pediatria

3 de març de 2020
Sortides laborals en acabar la residència. Què cal saber?

27 i 28 de març de 2020
XXIV Curs Intensiu d'Actualització en Pediatria - CIAP 2020

15 i 16 de maig de 2020. Lleida
26a Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

25 de maig de 2020
VII Jornada de Formació per a R1

setembre.2019						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

octubre.2019						
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
29	29	30	31			

novembre.2019						
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

desembre.2019						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

gener.2020						
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

febrer.2020						
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	

març.2020						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

abril.2020						
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

maig.2020						
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

juny.2020						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

GRUPS DE TREBALL

Activitat Física i Esport
18:30
27/11/2019 | Sala 9
13/05/2020 | Sala 8

Al·lèrgia
20:00 | Sala 9
05/11/2019
05/05/2020

Cures pal·liatives i cronicitat
18:00 | Sala 9
10/12/2019
15/10/2019
11/02/2020
24/03/2020
05/05/2020
09/06/2020

Endocrinologia
20:00 | Sala 9
07/10/2019
04/11/2019
02/12/2019
03/02/2020
02/03/2020
04/05/2020
08/06/2020

Gastroenterologia
19:00 | Sala 9
11/12/2019
12/02/2020
22/04/2020
17/06/2020 | Sala 8

Hematologia
18:00
25/09/2019 | Sala 8
27/11/2019 | Sala 8
22/01/2020 | Sala 2
18/03/2020 | Sala 2
20/05/2020 | Sala 2

Immunodeficiències
18:00 | Sala 9
25/09/2019
20/11/2019
18/03/2020
17/06/2020

Intensius
19:00 | Sala 8
20/11/2019
22/01/2020 | Sala 9
18/03/2020
15/04/2020

Malalties Infeccioses
19:00 | Sala 9
08/10/2019
12/11/2019
14/01/2020
11/02/2020 | Sala 2
10/03/2020
09/06/2020 | Sala 2

Mort Sobtada
18:00 | Sala 9
10/10/2019
13/02/2020
16/04/2020 | Sala 4

Nens sense Fronteres
19:00 | Sala 9
01/10/2019
26/11/2019
28/01/2020
24/03/2020 | Sala 8
26/05/2020

Neonatologia
19:00
07/11/2019 | Sala 8
06/02/2020 | Sala 3
07/05/2020 | Sala 9

Pediatria Social
19:00 | Sala 9
15/10/2019
18/02/2020
21/04/2020

Pneumologia
20:00 | Sala 9
19/09/2119
24/10/2019
28/11/2019
27/02/2020
16/04/2020
25/06/2020

Trastorns d'aprenentatge
19:00 | Sala 9
26/09/2019
28/11/2019 | Sala 8
30/01/2020
26/03/2020
28/05/2020
25/06/2020 | Sala 8

Urgències
20:00 | Sala 9
18/09/2019
13/11/2019
08/01/2020
11/03/2020
13/05/2020

Vacunes
19:00 | Sala 9
20/11/2019
19/02/2020
20/05/2020
01/07/2020

SECCIÓ

Atenció Primària
08:00 | Sala 8
15-11-2019
Jornada d'Actualització en Atenció Primària

VIDEOCONFERÈNCIES

Les sessions del curs de formació continuada realitzades a Can Caralleu es retransmetran per videoconferència a: Andorra, Balears, Blanes, Campdevànol, Girona, Granollers, Igualada, La Seu d'Urgell, Lleida, Manresa, Maresme, Palamós, Puigcerdà, Reus, Ribagorça, Tarragona, Tortosa, Val d'Aran i Vic. Els coordinadors del grups de treball que vulguin transmetre les seves sessions via videoconferències, han de sol·licitar-ho per escrit a scpediatria@academia.cat que informarà de la disponibilitat i viabilitat.

Societat Catalana de Pediatria · Major de Can Caralleu, 1-7 · 08017 Barcelona · www.scpediatria.cat · scpediatria@academia.cat

Per acabar...

Lleida. Originada en el puig del Castell o de la Seu Vella, Lleida té vestigis indoeuropeus. Ilergets, romans, sarraïns, cristians són els pobles que han passat per aquesta ciutat de ponent. Cal veure el claustre de la Seu vella, la porta dels apòstols i el campanar. Però no s'acaba aquí. La Paeria, l'antic hospital de Santa Maria, el carrer Major amb els porxos, la porta de l'arc del pont amb el monument a Indíbil i Mandoni, les cases modernistes de l'avinguda Blondel, el castell dels templers a Gardeny, el riu Segre i el parc que l'envolta, entre altres espais, també han de formar part de la nostra visita a Lleida.

Antoni Martínez-Roig