

VII CONGRESO XVII REUNIÓN ANUAL

10 y 11
mayo 2018



Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria

OVIEDO



Comisión de acreditación de formación continuada de las Profesiones Sanitarias del Principado de Asturias

Actividad acreditada

mi pediatra

Libro de Ponencias



Saluda del Presidente

Quiero daros la más calurosa de las bienvenidas al VII Congreso, XVII Reunión Anual, de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPap). Este Congreso y la correspondiente Asamblea General de la asociación representan el momento de la renovación de la actual Junta Directiva tras dos mandatos consecutivos del actual presidente. La renovación de los cargos directivos de cualquier sociedad es una fuente de salud democrática, y por ello os animamos a presentar vuestras candidaturas, más si cabe en un momento especialmente delicado para el futuro de la Pediatría de Atención Primaria (PAP). Ésta que garantiza, la mejor, de las posibles atenciones sanitarias para la infancia y la adolescencia, está en riesgo por la inadecuada planificación de la atención sanitaria pediátrica a nivel nacional y autonómico, pese a los ruegos, peticiones y advertencias, que como sabéis y podéis comprobar en los diversos documentos publicados, hemos hecho a través del tiempo y en todas las instancias adecuadas para ello.

En fin, queda seguir peleando para que las medidas adoptadas se mantengan e incrementen en el futuro hasta resolver la crítica situación actual: Ofertas Públicas de Empleo (esperemos seguir por el mejor camino, para no repetir errores del pasado); fidelización de los profesionales (que pasa por agendas razonables, eliminación del uso inadecuado de la figura del pediatra de área, potenciación de la investigación etc.) y prolongación voluntaria de la edad de jubilación.

Estas medidas ya en marcha deben venir acompañadas de un incremento de las plazas de Médicos Internos Residentes de Pediatría que debieran rotar más tiempo y de forma obligatoria por Atención Primaria.

Pese a todos estos avatares y como presidente de la AAPap debo deciros que soy absolutamente optimista sobre el futuro.

Ninguna dificultad por grande que esta sea derrotará nuestro ánimo para que la PAP se mantenga, con la excelencia conseguida, en el primer nivel asistencial, así mismo, el deseo de las familias para que la Pediatría de Atención Primaria sea la referencia de la atención sanitaria de primer nivel para sus hijos prevalecerá. En esta lucha su compañía en nuestras reivindicaciones es fundamental; también nuestra unidad.

A todos los ponentes quiero expresar mi más profundo agradecimiento por su disponibilidad. Debo hacer extensivo el mismo a los miembros de nuestra Junta Directiva que de forma tan altruista año tras año contribuyen a la consecución de nuevas metas de nuestra sociedad científica.

Espero que os animéis a asistir. Creo que las diversas actividades programadas merecen el esfuerzo. Al despedirme quiero daros las gracias por vuestro apoyo durante estos años en que he tenido el honor de presidir la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria.

¡Nos vemos en Oviedo!

José Ignacio Pérez Candás.

Presidente AAPap.

Comité Organizador



Junta directiva de la AAPap

Presidente:

José Ignacio Pérez Candás

Director:

Luis Miguel Fernández Cuesta

Secretario:

Francisco Javier Fernández López

Secretaría Técnica:

M^a Ángeles Ordóñez Alonso

Vocales:

Sonia Alonso Álvarez

M^a Teresa Benito Martín

Carmen Castañón Rodríguez

Zoa García Amorín

M^a Cristina de la Infiesta Álvarez

Purificación López Vilar

Ana Pérez Vaquero

Mercedes Sarmiento Martínez



Comité Científico

Presidente:

Luis Miguel Fernández Cuesta

Secretaria:

Águeda García Merino

Vocales:

Isabel Mora Gandarillas

Ana Pérez Vaquero

Mercedes Sarmiento Martínez

Programa

Programa

Jueves 10 de Mayo

16:00-16:30

Entrega de documentación

16:30-16:45

Inauguración

16:45-17:45

Conferencia Inaugural

“No sin mi Pediatra”

- Ponente: Ángel Carrasco Sanz.
Centro de Salud Potosí, Madrid.
Presidente de la Confederación Europea de Pediatras de Atención Primaria (ECPCP).

- Moderador: José Ignacio Pérez Candás.
Centro de Salud de Sabugo, Avilés.

17:45-18:15

Descanso-café

18:15-20:30

Pósteres y comunicaciones orales

- Moderadora: Águeda García Merino.
Centro de Salud de Vallobín – La Florida, Oviedo.

Programa

Viernes 11 de Mayo

9:00-13:30. Descanso a la mitad.

Talleres:

Talleres: "Cómo ser pediatra y no morir en el intento"

1. Microgestión de la consulta de Atención Primaria. Bases teóricas y aplicación práctica. (4 horas)

- Ponente: Rafael Jiménez Alés.
Consultorio La Roda de Andalucía. Área Gestión Sanitaria de Osuna, Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.
- Moderador: Francisco Javier Fernández López.
Centro de Salud de Nava-Bimenes-Cabranes.

2.1. Dermatología Pediátrica. (2 horas)

- Ponente: Eloy Rodríguez Díaz.
Servicio de Dermatología M-Q y V. Hospital Universitario Cabueñes, Gijón.

2.2. Aspectos jurídicos de la atención pediátrica. (2 horas)

- Ponente: Elena Díaz García.
Jefa del Servicio Jurídico del SESPA.
- Moderadora: M^a Cristina de la Infiesta Álvarez.
Centro de Salud de Vegadeo.

Programa

14:00

Comida de Confraternidad

Club de tenis, C/ Gral. Zuñillaga,3, Oviedo.

16:15-18:00

Mesa Redonda

“Regreso al futuro pediátrico”

- Ponentes:

Infancia y Medio Ambiente

Adonina Tardón García.

Profesora Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo.

Citogenética en Pediatría

Inés Hernando Acero.

Responsable de Genética Clínica. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Neonatología para Atención Primaria

Gonzalo Solís Sánchez.

Neonatología del AGC de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

- Moderadora: M^a Angeles Ordóñez Alonso.

Centro de Salud de La Corredoria, Oviedo.

18:00-19:00

Asamblea General de la AAPap

Conferencia Inaugural

Conferencia Inaugural

“NO SIN MI PEDIATRA”

Una de las fortalezas del sistema sanitario público español es la atención a los niños por pediatras en todos los niveles asistenciales.

En particular, la presencia de pediatras en los Centros de Salud que se ha consolidado desde la reforma de la Atención Primaria (AP), es valorada muy positivamente por las familias y ha contribuido a los buenos resultados de los indicadores de salud infantil.

Los preferencia de las familias por los pediatras se repite en otros países europeos, aunque los diferentes sistemas de salud, y la complejidad de los factores implicados dificultan las comparaciones de resultados en salud infantil entre países.

El modelo, sin embargo, está amenazado. La reducción en el número de pediatras jóvenes interesados en trabajar en AP, ha generado dificultades para cubrir plazas.

La respuesta de las autoridades a menudo genera dudas entre los profesionales.

¿Quieren cambiar el modelo? O ¿Van a dejar al modelo “morir de éxito”?

¿Entienden y valoran adecuadamente la presencia de los pediatras en AP?

¿Por qué cuesta que los pediatras jóvenes quieran trabajar en AP?

¿Por qué no se innova (centros pediátricos, contratos flexibles, etc.)?

¿Hay voluntad para mejorar las condiciones laborales?

En definitiva: ¿Se piensa a medio/largo plazo en las ventajas para los niños y adolescentes?

Los niños y adolescentes son sólo el 25% de nuestra población, pero son el 100% de nuestro futuro. ¿Queremos que reciban los mejores cuidados disponibles?

Angel Carrasco Sanz

Pediatra de cabecera Centro de Salud Potosí, Madrid

Presidente de la Confederación Europea de Pediatras de Atención Primaria (ECPCP)

Talleres

Taller 1

Microgestión de la consulta de Atención Primaria. Bases teóricas y aplicación práctica

Rafael Jiménez Alés (alesmismo@gmail.com)

Consultorio La Roda de Andalucía. Area Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.

Navarro Quesada, Francisco Javier (fnavarroquesada@gmail.com)

UGC Lucano. Distrito Córdoba. Servicio Andaluz de Salud.

"El resumen más triste de una vida contiene tres descripciones: 'podía haber', 'pudo haber', y 'debería haber'".

Louis E. Boone (1941-2005), autor académico estadounidense.

RESUMEN

Las condiciones en las que los Pediatras de Atención Primaria (PAP) trabajan han cambiado durante los últimos años, fundamentalmente, por problemas no clínicos que deben enfrentar en su práctica clínica.

La utilización desorganizada de los servicios sanitarios, la pediatra-dependencia, la burocracia, las relaciones disarmónicas o inexistentes con compañeros, otros niveles asistenciales, con otros organismos, con nuestros superiores, se están convirtiendo en uno de los principales problemas a los que nos enfrentamos. Esta situación repercute en la calidad asistencial que damos a nuestros pacientes. Invertir tiempo en atender estos problemas, hace que carezcamos de él para afrontar nuestra labor diaria.

Esta situación se agrava cuando el profesional carece de habilidades de comunicación y emocionales, y cae en la frustración llevado por las falacias de control por exceso y por defecto. Esta frustración puede llevarle a una situación de indefensión aprendida ante esas circunstancias, que son vividas como un castigo aleatorio ante el que no pueden hacer nada.

El taller tiene por objeto la toma de conciencia de que, todos estos problemas anteriormente mencionados, pueden ser resueltos o paliados desde la microgestión (MG). Para ello es necesario aprender a mantener una comunicación asertiva y a manejar sus emociones, lo que le permitirá usar a su criterio la multitud de herramientas que brinda la MG tendentes a que cada persona relacionada con la atención al paciente, asuma sus funciones.

Dos máximas describen esta actitud: "Hazlo tú mismo, pues nadie lo hará por tí", y "Que cada palo aguante su vela".

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

- La labor asistencial del PAP. Competencias.

El PAP como parte fundamental de la Atención Primaria Pública, tiene entre sus funciones la prevención y promoción de la salud, además de una atención a toda la patología biopsicosocial que afecta a la infancia y cuyas características han ido cambiando con el tiempo. Para dar respuesta a estas necesidades en un entorno de recursos finitos, debemos priorizar el destino de los mismos, siendo el tiempo disponible uno de ellos, sin olvidar, que dentro de la jornada laboral el PAP debe formarse, formar e investigar. Esto, al menos, es la teoría: una visión integral de la salud llevada a cabo por un auténtico Pediatra de Familia convertido en el referente de la atención a la infancia en la comunidad^{1,2}. Sin embargo, en los últimos años estamos asistiendo a un desmoronamiento progresivo de la Pediatría de Atención Primaria, mucho más evidente en determinadas zonas, en las que las coberturas son deficitarias o no se cuenta con el apoyo de una enfermería formada en la atención y cuidados de la infancia.

La politización de la salud nos ha conducido a una situación delicada, en la que se oferta a la población una serie de recursos aparentemente inagotables como si de una barra libre se tratase. Esto lleva a ofertar más a quien más demanda, independientemente de que sea quien más lo necesita, generando grandes desigualdades en la atención según las zonas como se viene señalando desde hace ya bastante tiempo^{3,4}.

Por otra parte la mal vendida, entendida y asumida, gratuidad del Sistema Sanitario Público, lleva a demandar a éste lo que, en caso de conllevar algún coste, no se demandaría, por banal, superfluo, innecesario o resoluble por otros medios.

Por último, el pediatra no ha sabido o no le han dejado hacerse un hueco en la atención primaria. Simplemente se ha convertido en un "quita-niños", al que se le echa de menos cuando no está pero al que en todos los foros se le considera "prescindible". Es el recurso menos importante del centro de salud, la opinión menos tenida en cuenta a la hora de planificar la atención a la comunidad y al que, en situación de escasez, se le niegan primero los recursos.

A pesar de lo anterior, la pediatría sigue siendo una de las profesiones más demandadas en la actualidad y, al tiempo, la desmotivación, las escasas expectativas de proyección profesional y el estrés laboral al que se someten en consultas masificadas, han llevado a que el Pediatra evite el trabajo en la Atención Primaria, buscando salidas en hospitales, en la asistencia privada, cuando no en el extranjero. Mucho se ha escrito sobre el modelo de Atención a la Infancia en los últimos años y muchas dudas han surgido sobre la viabilidad o no de esta estructura asistencial que se mantiene de momento^{3,4,5}.

Ante esta situación, que parece inamovible, existe una manera de sobrevivir: cultivar la microgestión en la consulta de cada profesional, haciendo de puertas hacia adentro, una isla protegida de las malas influencias que pueden venir de la propia administración, de los jefes, de otras entidades, de los compañeros del centro o de los colegas de otros niveles asistenciales, sin perder la perspectiva de que trabajamos, ante todo, para mejorar la salud infantil, en el contexto de un sistema sanitario público.

- La indefensión aprendida.

La indefensión aprendida es el estado de pasividad, ansiedad y depresión que aparece cuando una persona piensa que no puede controlar su entorno, que está a merced de los acontecimientos o que sus acciones no producen los efectos esperados. La situación le zarandea sin que pueda hacer nada para estabilizarla. Recibe castigos de forma injustificada y aleatoria, se encuentra sometida a demandas contradictorias, a situaciones de doble vínculo que provocan impulsos de acercamiento y evitación. Como consecuencia, se instala en una creencia básica y aniquiladora –"nada de lo que yo haga importa"– que produce pasividad, enteltecimiento de las reacciones, tristeza, carencia de deseos, incapacidad de indignarse, resignación. El sujeto inhibe la acción, retrasa la iniciación de respuestas voluntarias (déficit motivacional), le resulta difícil aprender que una respuesta controla una consecuencia (déficit cognitivo) y experimenta ansiedad o angustia. Esta situación conduce a una inactividad

aprendida⁶. Citando a Mona Flanders, un personaje de la serie “Los Simpson”: “No hemos hecho nada y no sabemos ya que hacer”.

- Concepto de microgestión.

La MG es el conjunto de actuaciones, a realizar por el profesional, encaminadas a gestionar la propia consulta y que debería, en su mayoría, llevar a cabo la empresa. Estas actuaciones atienden la normativa legal vigente y buscan rentabilizar el tiempo disponible, haciendo que cada profesional asuma su labor sin interferencias de otros profesionales de la empresa o ajenos a la misma. Se ocupa de esas “pequeñas cosas” de las que la macrogestión se olvida, pero que son imprescindibles para el buen funcionamiento del sistema.

La MG entraña una actitud proactiva. Esto es, llevar a cabo una iniciativa responsable que fundamentalmente prevenga y, cuando no sea posible, resuelva o palie los problemas del día a día con los que otros nos sobrecargan. En otras ocasiones son los propios profesionales de la pediatría quienes con su actitudes se sobrecargan al inducir una pediatra-dependencia⁷, tanto de la familia, como de otros profesionales del ámbito de la sanidad o ajenos a ella, que va a contribuir a la masificación de la consulta.

La MG requiere del empleo de una comunicación asertiva, con la que se pueda decir “sí” cuando es necesario, tanto como decir “no” cuando el caso lo requiere, sin plegarse pasivamente a las demandas que se nos plantean cuando estas son perjudiciales para nuestros pacientes o simplemente nos hacen perder tiempo sin buscar el beneficio para él.

De igual modo, es necesario adquirir habilidades emocionales que permitan deshacerse de la falacia de control⁸ por exceso como por defecto. La primera, suele elevar el cociente de frustración⁹ del usuario cuando no respondemos a las expectativas que ante ellos asumimos. La segunda, eleva el cociente de frustración del profesional, ya que espera sin éxito que alguien arregle el sistema sin tener que implicarse en el cambio.

La MG, por tanto, no es un intento de consensuar actuaciones, ni pretende ser una revolución general. No es algo que pueda imponerse ni una solución universal. No busca solucionar los problemas de la empresa, ni tan siquiera los de un centro. No busca efectos sinérgicos, aunque los tiene, y muy potentes. (Gráfica 1).

Lo que sí busca, es elevar la autoestima del profesional, haciéndose valer dentro y fuera de la empresa, ayudándole a mejorar su desempeño profesional y las condiciones laborales propias, a rentabilizar el tiempo y, en definitiva, a responsabilizar a cada cual de sus funciones: las propias, las de las familias, las de los profesionales de la propia empresa y de otras. Pensamos que todo ello contribuirá al control de la demanda, previniendo o paliando la situación de masificación y evitará caer en el síndrome del médico quemado.

Muchas Sociedades Científicas, han hecho propuestas sobre cuáles serían los mínimos que debería cumplir una consulta de calidad en Atención Primaria¹⁰. Estos documentos hacen referencia, por ejemplo, a cuales deberían ser los cupos máximos en pediatría. La MG pone encima de la mesa estas propuestas, pero va más allá: Está bien saber que el cupo máximo en pediatría debiera ser de 1000, pero, si tenemos 1340 ¿Qué hacer para que desdoble el cupo? ¿Cómo gestionarlo si a pesar de todo no se desdobra? La MG propone pasar de la teoría escrita a la práctica cotidiana y dota de armas de todo tipo al profesional^{11,12,13,14}, una vez que nazca en él la idea de “si no lo hago yo, nadie lo hará por mí”.

Adoptamos una cartera de servicios que, más que impuesta por la administración sanitaria, es heredada del anterior profesional o, en el peor de los casos, diseñada por los propios usuarios en conjunción con otras administraciones, entidades privadas y el resto de compañeros. Y esto lo hacemos, a pesar de reconocer que esta cartera es absurda, y que dejamos de lado la que deberíamos llevar a cabo. (Tabla I)

El principal enemigo para el cambio somos nosotros mismos. Nos hemos acomodado o hemos caído en esa indefensión aprendida, y no hacemos nada eficaz para cambiar la situación, esperando que compañeros, sindicatos o asociaciones científicas resuelvan la papeleta, o bien sumiéndonos en la

desesperanza y frustración que lleva al síndrome del médico quemado.

Existen iniciativas y esfuerzos por parte de Asociaciones Pediátricas, para dotar de armas a los PAP, muchas de ellas nacidas de iniciativas individuales de microgestión: un procedimiento operativo estandarizado sobre "Citación en consultas de pediatría de atención primaria", elaborado por los autores de este trabajo y disponible en: <https://goo.gl/Tos3hV>, o el reciente documento elaborado por el Grupo Asesor Técnico para la Pediatría de Atención Primaria (GATPAP) bajo el patronazgo de la Sociedad Valenciana de Pediatría, de la Asociación Valenciana de Pediatría de Atención Primaria (AValPap) y la Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y Primaria de Alicante¹⁵. Pero ninguno de estos documentos resultará de utilidad por sí solo. Si el profesional no tiene las cualidades de comunicación y emocionales para asumílos como propios y aplicarlos es probable que todo cambie para seguir haciendo lo mismo.

- Problemas que aborda la microgestión.

La microgestión aborda todos los problemas que impiden el buen funcionamiento de la consulta y llevan a una hiperdemanda. Cualquiera que nos reste tiempo para llevar a cabo las actividades de prevención y promoción de la salud y la atención a los problemas de salud de nuestros pacientes, así como formarnos, formar e investigar. Para ello usará una serie de herramientas que se expondrán a lo largo del taller. Algunos de los problemas a abordar son:

- La Pediatra-dependencia⁷ autoinducida.

Generalmente, como cualquier trabajador, el pediatra se queja constantemente de la gran demanda que debe afrontar todos los días y sobre todo se queja de un tipo de demanda: la demanda que consideramos inmotivada, bien porque podría solucionarla otro profesional en cuya área de competencias está incluida ese tipo demanda, bien porque se trata de algo completamente banal que no sería motivo de consulta en un sistema en el que el mal uso estuviese penalizado, bien porque ha llegado a nosotros en el día y el momento menos adecuado. Pero gran parte de esta demanda es autoinducida. En ocasiones derivada de una inseguridad científico-técnica que lleva a citar una y otra vez al paciente para asegurar que "todo va bien" y en ocasiones derivada de un paternalismo que hace que se asuma un papel que debiera tener la familia: la observación de la evolución normal de un proceso agudo. En esta situación la familia cede al pediatra, que lo asume, el papel de interpretar las toses, el color de los mocos o las cacas, así como la decisión de si ante un proceso banal, el paciente faltará al colegio, durante cuánto tiempo y cuando será el momento exacto de la reincorporación.

Esta es una forma de la falacia de control por exceso⁸, que podría definirse como la creencia de que cae bajo nuestra responsabilidad determinadas actuaciones de las que en absoluto lo somos, y abarca lo descrito para con la familia, como para con otros organismos o profesionales (realizar técnicas de enfermería, asumir controles de enfermería, llevar a cabo labores de control del absentismo escolar, intervenir en las disputas en casos de padres divorciados, llamar por teléfono al hospital para conseguir una cita...), en muchas ocasiones pasando de la excepcionalidad que pudiera requerirse en alguna ocasión, a la cotidianidad que hace perder un tiempo precioso.

El principal instrumento para abordar este problema es la formación científico técnica que debe acompañarse de habilidades emocionales que nos liberen de ese sentimiento paternalista que nos lleva a anular la responsabilidad de los padres y una comunicación asertiva^{16,17} que indique claramente a la familia qué debe observar, qué medidas ha de tomar, tanto clínicas como administrativas, y en qué casos debe volver a consultar.

- La demanda inducida por las unidades administrativas.

En relación a este tema, el sentimiento que suele cundir entre los pediatras es la "desesperanza" cuando no la "desesperación", que raya en la indefensión aprendida. No hay nada que hacer. No somos sus jefes y no podemos decirles como nos gustaría que hiciesen las cosas.

Si bien es cierto que no podemos decirles cómo deben ser las cosas, sí que podemos indicarles como nos gustaría que fuesen. Dicho de otra forma, nos dejamos llevar por la falacia de control por defecto⁸, que

puede definirse como la creencia de que hay cosas que están en absoluto fuera de nuestro control y que por tanto, no podemos hacer nada por cambiar. Sin embargo, hay muchas cosas que podemos cambiar: la actitud en estas unidades, el nivel de educación para la salud en nuestro propio cupo, la pasividad de los padres ante el mal funcionamiento del sistema o ante las actitudes de los "abusuarios".

En relación a las unidades administrativas podemos indicarles una serie de consejos tendentes, tanto a evitarles problemas a ellos, como a organizar de forma adecuada la entrada a nuestra consulta. El principal problema en este punto es el uso inadecuado de la palabra urgencia, no ya por los usuarios, sino por administrativos o celadores.

Comenzar a atender a un usuario que viene a solicitar una cita, indicándole que "no hay... pero si es urgente...", es la mejor forma de desorganizar la sala de espera. Por el contrario, si a todo el que de entrada pide cita, se le oferta la primera cita disponible sin comentarios acerca de lo cercana o lejana que queda, muchos aceptarán esa cita y sólo algunos dirán que quieren ser vistos ya. Para este tipo de usuarios, mejor que emplear la palabra urgente, es emplear las palabras "sin cita", pues es la situación real que deberán abordar en la sala de espera, evitando en todo momento crearles falsas expectativas de que serán atendidos por delante de personas que aguardan a ser vistos desde el momento en que solicitaron cita (es decir, todos los citados, incluso el último citado del día, esperan desde antes del "sin cita"). Estas mal inducidas falsas expectativas dan lugar a elevados cocientes de frustración⁹, que son el germen de la agresividad que muchas de estas familias muestran hacia el resto de usuarios y hacia el propio profesional.

Este término, ha sido usado sobre todo en economía para expresar el cociente entre una serie de operaciones comerciales posibles y las finalmente conseguidas. Ha sido también llamado coeficiente de frustración. Su aplicación al campo de la conducta es obvio: el cociente de frustración sería el cociente de las expectativas y los logros. También este cociente hay que aplicarlo a nuestros usuarios y a nosotros mismos: cuanto más esperemos y menos obtengamos, nuestro cociente tenderá a subir, y por tanto, nuestra frustración y nuestro estrés. Otro tanto le ocurre a nuestros pacientes, cuando esperan de nosotros soluciones que no les proporcionamos, bien por no ser de nuestra competencia, bien por no disponer de los medios adecuados.

- La demanda inducida por otras administraciones.

Referida fundamentalmente a la emisión de diversos papeloides, injustificables y certificoides. Intentemos definir términos tan "ocurrentes":

El papeloides es un tipo de documento que se puede expedir en cualquier tipo de papel, aunque generalmente se realiza en un "P10" en el que se dan indicaciones innecesarias a una persona que no tiene la obligación de cumplirlas. Por ejemplo, podría ser una nota para el profesor de educación física ante un paciente que acude a clase con una pierna enyesada. No parece necesaria la intervención del pediatra para que el profesor pueda indicar a un alumno que se maree que se siente o permitir que alguien que tiene disnea, use su inhalador, o el que tiene una urgencia fisiológica vaya al cuarto de baño. También son papeloides aquellos en los que supuestamente se nos hace asumir una responsabilidad que obviamente es de otro: un papel mediante el cual asumamos la responsabilidad de lo que ocurra en una excursión, etc.

El injustificable es un documento que no puede sustentarse en normativa alguna y que generalmente es solicitado para eludir responsabilidades, bien de padres, bien de otros organismos. Por citar un ejemplo, injustificable es el documento de falta al colegio, ya que la justificación compete a los padres y el control del absentismo al tutor.

El término certificoides se emplea para describir un documento expedido para certificar algo incertificable: la salud o la ausencia de enfermedad infectocontagiosa son los más solicitados. Su emisión requiere de grandes dosis de inventiva y arrojo por parte del profesional y puede conllevar una responsabilidad legal cuando se certifica algo sobre lo que no se tiene certeza.

- La demanda inducida por compañeros del centro, otros niveles asistenciales y los jefes.

En este apartado queremos resaltar la importancia que tiene, para la gestión de la demanda, el hacer notar, al resto de actores del Sistema Sanitario Público, que no somos peones que explotar o sacrificar, ni amanuenses o secretarios de otros profesionales.

No debemos dejarnos llevar por los malos hábitos heredados del profesional que nos antecedió en el cupo, ni del profesional que nos sustituya puntualmente, ni de los de otros colegas del centro. El resto del universo puede hacer las recetas de los demás, toda suerte de certificoides, injustificables y papeloides, puede perder media mañana al teléfono pidiendo favores, pero nosotros debemos atender a nuestros pacientes, formarlos, empoderarlos y hacer que cada uno asuma su responsabilidad, a fin de poder asumir, sin flaquear, la propia.

También debemos dejar claro a otros niveles que somos nosotros el principal actor y responsable de la atención a nuestros pacientes. Somos nosotros los que trabajamos en el nivel "primario" de la atención y son ellos los que, a nuestra petición, intervendrán desde los niveles secundarios o terciarios. Si por ser puenteados de alguna forma, nuestros pacientes son atendidos en primer lugar en el nivel secundario o terciario, hay que dejar claro que eso no altera los principios de la atención.

Por último, está la masificación ocasionada por los jefes. Sólo un comentario: es una forma de acoso laboral¹⁸ el obligar al trabajador a realizar su trabajo sin proporcionarle los medios necesarios. Será el juez quien interprete si, por ejemplo, es un delito de acoso laboral el obligar a un empleado a sacar carbón de la mina sin pico, pala o martillo neumático, a pescar sin red o a atender a un paciente sin tiempo, especialmente si se nos reprende en público o se pone en duda nuestra profesionalidad. Tal vez sea difícil explicar por qué se citan a 4 personas a la misma hora para ser vistas en 5 minutos en ausencia de una situación catastrófica.

- Metodología

Seguiremos un guion que aborde los problemas a los que nos hemos de enfrentar, siguiendo un análisis DAFO:

El primer problema es atender a nuestras propias fortalezas y debilidades, haciendo un autoanálisis. Conociendo las propias debilidades y fortalezas, podremos emprender acciones para atenuar las primeras y potenciar las segundas. En algunas consultas el principal problema no viene del exterior, sino del "estilo" personal con el que se afronta la consulta, máxime cuando no somos conscientes de que ese estilo lo que nos genera problemas y no que el resto del mundo esté confabulado contra nosotros.

Un aspecto que hay que potenciar sin duda es la inteligencia emocional. Separar lo profesional de lo personal es fundamental para llevar a cabo la microgestión. Tratar a los usuarios como a nuestros hijos o a sus familias como a nuestras familias nos hace perder la objetividad necesaria para una buena atención. Al fin y al cabo todos los profesionales sanitarios en general y los médicos en particular asumimos de entrada que es muy mala idea ser el pediatra de tus hijos o el médico de tu familia.

Otro aspecto a cultivar es el de la asertividad^{16,17}. Ser asertivo se encuentra justo en medio de ser pasivo y ser agresivo a la hora de resolver una situación conflictiva en la consulta. Si eres pasivo, nunca podrás expresar tus necesidades y te plegarás a cualquier petición por injustificada o irracional que sea, venga de un usuario, venga de un "compañero", venga de otra administración o venga de tus jefes (generalmente de forma verbal). Esta forma de ser nos sitúa de entrada en el cuadrante pierdo/ganas, aunque a la larga y por la masificación y mala gestión de la consulta, nos habremos situado en el cuadrante pierdo/pierdes, arrastrando con nosotros a nuestro cupo. Por otro lado, si eres agresivo, te verás y te verán como un "matón" y, probablemente, dirigirás tus frustraciones de la manera equivocada. Te opondrás a todo y a todos, situándote probablemente en el cuadrante pierdo/pierdes, aunque inicialmente creas situarte en el ganao/pierdes. Sin embargo, si eres asertivo, podrás expresar tus deseos y al mismo tiempo respetar las necesidades de los demás, lo que te dará una mejor oportunidad de obtener lo que quieres y mereces, al tiempo que los demás obtienen también beneficios una vez se reorienta la forma adecuada de obtenerlos o se haga tomar consciencia de que lo que se pretende es contraproducente. Te habrás situado en el cuadrante ganao/ganas.

Una vez tomada consciencia de "qué tipo de profesional somos", de nuestras fortalezas y debilidades, habrá llegado el momento de afrontar los problemas más habituales en la consulta, adecuando las herramientas ofertadas a nuestras propias habilidades para usarlas.

Realizado este primer análisis, llega el momento de valorar las oportunidades y amenazas que vienen del exterior, completando el análisis DAFO.

Algunas amenazas pueden venir desde la propia condición de los usuarios, como hiperdemandantes o hiperfrecuentadores. En otras ocasiones esa amenaza viene de compañeros, jefes u otras administraciones en forma de consultas innecesariamente inducidas o expectativas irreales inducidas. Las principales oportunidades vienen a través de la adecuada gestión de reclamaciones, tanto de las que se dirigen contra nosotros, y para las que debemos elaborar un informe en el que situemos las expectativas irreales que la motivaron y las soluciones factibles a poner en práctica, como de las que van en contra de la administración y que no son sino una forma de que el usuario ponga de manifiesto que funciona mal en el sistema y cuáles son las expectativas, basadas en sus derechos reales y reconocidos legalmente, a las que los gestores deben dar respuesta.

CONCLUSIONES

"No hay nada mas espantoso que la ignorancia activa".

Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832); poeta y dramaturgo alemán.

La situación actual refleja la existencia de una macroorganización que no se detiene en los detalles que hacen funcionar al sistema: el perfil de los profesionales que atienden a un determinado paciente, los medios materiales con los que cuenta, la formación que reciben, ni los engranajes mediante los que funcionan. La administración sólo entiende de datos de macrogestión y sólo aborda los problemas que repercuten en estos datos. Cualquier problema que afecte a una consulta concreta será activamente ignorado.

Por tanto, los problemas individuales del día a día, aquellos cuya existencia es cuestionada no solo por la administración, sino por los propios compañeros no afectados, debemos afrontarlos individualmente y compartíros con otros compañeros que se encuentren en la misma situación o que ya la resolvieron, pues serán los únicos a los que les interesen y puedan intercambiar con nosotros herramientas para solucionarlos, para paliarlos o para asumirlos como irresolubles. El taller, por tanto, busca compartir experiencias y aprender juntos.

Gráfica 1
Desde la Micro a la Macrogestión. Evolución de los profesionales y la Administración.

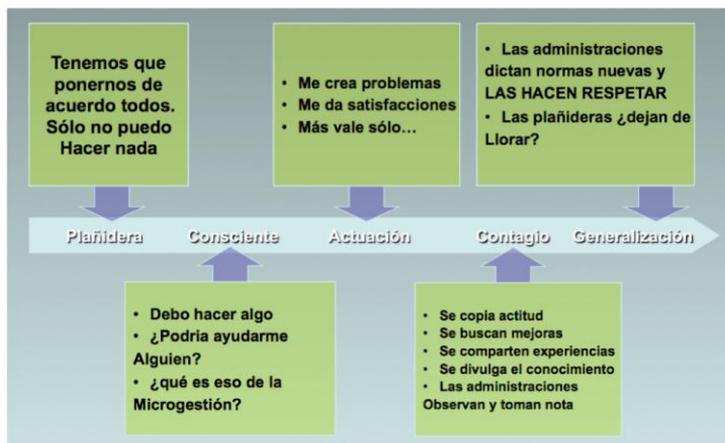


Tabla I.- La cartera de servicios. ¿Que deberíamos estar haciendo?

Si	No
Certificado de enfermedad	"Certificoides" de salud
Justificante de asistencia para trabajo de los padres	"Justificoides" de asistencia para colegios
Hacer nuestras recetas	Hacer otras recetas (pediatra amanuense)
Hacer nuestras derivaciones	Derivar revisiones (pediatra amanuense)
Solicitar espirometrías	Hacer espirometrías
Solicitar test diagnósticos	Hacer test diagnósticos
Ordenar nuestra consulta	Dejar que otro ordene nuestra consulta
Criticar el mal funcionamiento	Sufrir el mal funcionamiento
Visitas a domicilio con indicación	Visitas a domicilio a petición
Atender urgencias ante ausencia DCCU	Suplir al DCCU en su presencia
Atender primero a los citados: "esperoterapia a pseudourgencias"	Atender primero a las "pseudourgencias"
Proponer mejoras	"Virgensita" que me quede como estoy
Hacer programada a hiperfrecuentadores	Ver a salto de mata a hiperfrecuentadores
Ver a salto de mata a hipofrecuentadores con problemas importantes que dudemos vayan a volver	Citar en programada a riesgo de que no vuelvan
Delegar en enfermería (niño sano, seguimiento obesidad, hipertensión, controles constantes TDAH, ítems observación CHAT)	Acaparar todo que para eso tenemos más años de carrera y con un vistazo y dos palabras lo solucionamos todo
Delegar en administrativo (obtención de citas, buzón de demanda administrativa –recepción de informes, recogida de analítica para especialistas, renovación de recetas)	Llevarse la tarea administrativa a la consulta
Consulta telefónica y por E-mail	latrogenia exploratoria y "poyaquismo"
Web 2.0/tablón de anuncios de corcho	Mantener en la ignorancia
Defender al menor	Arrinconar al menor
Informar a la familia para que sea quien decida	Paternalismo. Pediatra-dependencia
Asesorar a la familia sobre la información que debe obtener de otros profesionales	Suplantar a otros profesionales dando nuestra "versión" de la información
Asesorar sobre derechos y deberes	Evitar estos temas
Ofrecerse para dictar hojas de reclamaciones, asesorar sobre legislación y lugar idóneo de presentación	Decir "reclame usted"
Confeccionar nuestra agenda (base de la gestión de la demanda)	Acatar sin rechistar una agenda hecha por y para otro
Revisar material fungible, medios diagnósticos y terapéuticos y solicitar lo que falte	No pedir nada, no sea que lo tengamos que usar
Solicitar formación en las áreas que consideremos prioritarias	No formarse
Investigar	Quejarse del compañero que investiga
Docencia	Quejarse del compañero docente
Implicarse en la gestión	Quejarse amargamente del director
Hablar, negociar, escribir con registro de entrada si es necesario	Quejarse amargamente del director
Salir "de paseo" (al cole, al insti, a la guardie, al ayuntamiento, a la asociación de vecinos) solicitando permiso para ello	Quedarse en la consulta que está climatizada

DCCU: Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias

Bibliografía

1. Bras i Marquilla J. Dar peces y enseñar a pescar. ¡Cuanto trabajo, madre mía ¡ Aten Primaria 2005;36(2):64-70
2. Bras i Marquilla J. También existe la pediatría de los niños con una cabeza. Rev Pediatr Aten Primaria 2007; 9:15-16
3. Proyecto de Desarrollo Estratégico para la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía (APapA). [consultado 21 Noviembre 2009]. Disponible en:

<http://www.pediatrasandalucia.org/Docs/ProyectoDesarrolloEstrategicoPApa.pdf>

4. Valdivia Jiménez C, Palomino Urda N, Mateo Rodríguez I. Proyecto de Desarrollo Estratégico de la Pediatría de Atención Primaria en Andalucía. Rev Pediatr Aten Primaria 2008; 10 Supl 2: S81-94

5. Seguí Díaz M. Propuestas prácticas para mejorar la organización de la consulta. Cuadernos de Gestión 2002;8 (3): 115-132

6. Marina J. La vulnerabilidad aprendida. Pediatr Integral 2012; XVI (10): 811-814.

7. Jiménez Alés R. La Pediatra-dependencia y la limitación de la calidad de la asistencia. Pediatr Integral 2011; XV (Nº Especial 14): 97-100

8. Jiménez Alés R. Pediatría y Salud [blog en internet]. La falacia de control. [1-Abril-2009] [consultado 27-10-2011]. Disponible en: <http://mimagnificopediatra.blogspot.com/2009/04/y-en-el-principio-fue-el-cociente-de.html>

9. Jiménez Alés R. Pediatría y Salud [blog en internet]. Y en el principio fue... el Cociente de Frustración. [12-Marzo-2008] [consultado 27-10-2011]. Disponible en: <http://mimagnificopediatra.blogspot.com/2008/03/la-falacia-de-control.html>

10. Buitrago Jiménez F. Editorial. El pediatra en el centro de salud como consultor del médico de familia. Aten Primaria 2001;27(4):217-219

11. AEPap. Propuesta de mínimos exigible para la organización de una consulta de calidad en pediatría de atención primaria [Internet]. Madrid: AEPap; 2003. Available from: http://www.aepap.org/sites/default/files/pagina/archivos-adjuntos/calidad_800.pdf

12. Jiménez Alés R. Pediatría y familias [Internet]. Netvibes.com. 2010 [consultada 7 Septiembre 2017]. Available from: <http://www.netvibes.com/alesmismo>

13. 5. Jiménez Alés R. Pediatría y Salud [Internet]. Mimagnificopediatra.blogspot.com.es. 2008 [consultado 7 Septiembre 2017]. Disponible en: <http://mimagnificopediatra.blogspot.com.es/>

14. Pediatría para Usuarios: todo lo que tu pediatra no tiene tiempo de explicarte en la consulta. <http://alesmismo.wordpress.com>

15. Alvarez de Laviada Mulero T, Martínez Pons M, Mínguez Verdejo R, Sebastian Barberan V, Serrano Poveda E, Suarez Vicent E et al. Recomendaciones para la atención de urgencias y consultas no demorables en la consulta pediátrica de atención primaria. Grupo Asesor Técnico para la Pediatría de Atención Primaria (GATPAP); 2017. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/informe_gatpap.pdf

16. Cómo ser asertivo [Internet]. wikiHow. [consultado 7 Septiembre 2017]. Disponible en: <https://es.wiki-how.com/ser-asertivo>

17. Comunicación y Asertividad [Internet]. Platea.pntic.mec.es. [consultado 7 Septiembre 2017]. Disponible en: <http://platea.pntic.mec.es/jolall1/smart/Asertividad.pdf>

18. Resolución de 5 de mayo de 2011, de la Secretaría de Estado para la Función Pública, por la que se aprueba y publica el Acuerdo de 6 de abril de 2011 de la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado sobre el Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración General del Estado. BOE num 130, de 1 Junio de 2011. [Fecha de Acceso 27 de Octubre 2012] Disponible en http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/res050511-tap.html#protocolo

Taller 2.1.

Dermatología Pediátrica

Eloy Rodríguez Díaz

Servicio de Dermatología M-Q y V. Hospital Universitario Cabueñes (Gijón).

- I. DERMATITIS ATÓPICA: UNA VISIÓN GLOBAL
- II. APROXIMACIÓN A LA TERAPÉUTICA DERMATOLÓGICA
- III. CASOS PRÁCTICOS EN DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA

RESUMEN

La Dermatología Pediátrica se encarga del estudio, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades cutáneas en neonatos, lactantes, niños y adolescentes. Su población diana (0-14 años) suele variar, según la evolución de las pirámides de población, entre el 10 y el 20% de la población total objeto de asistencia sanitaria. Como ejemplos de enfermedades cutáneas pediátricas podríamos mencionar enfermedades inflamatorias (eczema atópico, urticaria, psoriasis, eritema multiforme, acné), enfermedades autoinmunes (enfermedades ampollas infantiles, dermatomiositis infantil), discromías (vitiligo, mosaicismos pigmentarios), infecciones bacterianas (impétigo), fúngicas (tinea capitis), virales (papillomavirus, molluscum, exantemas), o parasitarias (pediculosis, escabiosis), neoplasias benignas (hemangioma infantil, nevus melanocítico congénito) o malignas (melanoma, linfoma), el complejo y no tan infrecuente capítulo de las genodermatosis (ictiosis, epidermólisis ampollas, displasias pilosas) y sin olvidar las relevantes manifestaciones cutáneas de las enfermedades pediátricas con eventual afectación sistémica (colagenopatías, púrpura fulminans, mastocitosis, histiocitosis).

Este taller de Dermatología dirigido al Pediatra de Atención Primaria se desarrollará a lo largo 3 bloques en los que se intentará sintetizar aquellos temas de un mayor interés práctico para la consulta del Pediatra. En el primer bloque se abordará una visión global de la dermatitis atópica, sin duda la patología cutánea más prevalente en los niños, revisando sus causas, sus manifestaciones clínicas y su mejor abordaje terapéutico. En el segundo bloque se hará un repaso de la terapéutica tópica, tanto en sus principios generales de aplicación, como en el análisis de los principales principios activos. Por último, en el tercero de los bloques, y a modo de recapitulación, se hará una exposición interactiva casos prácticos, tanto en cuanto a diagnóstico como en terapéutica.

Bibliografía

1. Paller AS, Mancini AJ. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology. A textbook of skin disorders of childhood and adolescence. 4th Edition. Elsevier 2011.
2. Schachner LA, Hansen RC. Pediatric Dermatology. 4th Edition. Mosby 2011.
3. Álvarez Cuesta CC, Fernández C, Godoy E, et al. Protocolos de Dermatología para el pediatra general. Ed. IMC Madrid, 2015.

Taller 2.2.

Aspectos Generales en Pediatría

Elena Díaz García

Letrada del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

INTRODUCCIÓN

La asistencia sanitaria en general y a los menores en particular, plantea problemas de notable complejidad con múltiples facetas no siempre sencillas de abordar, una de las cuales es la vertiente legal. Conscientes de tal realidad, en 2017, se organizó una sesión clínica en el área V, para cuya preparación se envió a 115 profesionales (pediatría y enfermería pediátrica), un cuestionario con el fin de conocer cuáles eran, si es que existían, las dudas sobre aspectos legales que preocupaban en el ejercicio profesional.

Como resultado de dicha encuesta se constató que: un 60,60% de los encuestados consideraban como frecuentes los problemas legales derivados de la atención al menor, un 36,40% como poco frecuentes y un 3% como excepcionales. Y dentro de los aspectos de interés para que fuesen tratados en dicha sesión se señalaron los siguientes:

- Actuación ante reclamación y/o demanda judicial. Cobertura de los seguros de responsabilidad civil.
- Actuación ante agresión verbal o física al personal sanitario.
- Emisión de informes y/o certificados médicos: escuela, actividad deportiva, excursiones...Solicitud de informes, certificados médicos, partes al juzgado.
- Actuación ante el fallecimiento de un paciente.
- Problemas derivados de la separación de los padres y de la relación entre ellos: custodia, patria potestad, información a los padres sobre la situación del menor.
- Menor maduro.
- Solicitud de datos médicos, historia clínica y confidencialidad.
- Actuación ante problemas sociales: solicitud de informes, acceso a la historia familiar.
- Actitud ante casos de maltrato, abuso o desprotección del menor.

El resumen de esta ponencia se va a estructurar de acuerdo con los temas propuestos, en una parte más general relacionada con las inquietudes legales que son propias de cualquier tipo de asistencia sanitaria, no solo pediátrica, y otra más específica relacionada con los problemas legales que plantea la asistencia sanitaria a los menores, todo ello de manera escueta dadas las limitaciones sobre la extensión de los trabajos.

PARTE GENERAL

1.- Actuación ante reclamación y/o demanda judicial. Deber de denuncia.

En relación con esta materia conviene comenzar deslindando conceptos, ya que no es lo mismo

enfrentarnos a una demanda judicial que a una reclamación administrativa y tampoco van a ser iguales los requerimientos de una u otras. Podemos empezar haciendo referencia a las quejas que habitualmente se presentan en los servicios de atención al paciente, y que están relacionadas con el funcionamiento del servicio sanitario, con su organización, con un determinado profesional o con cualquier otra condición con la que los usuarios no están de acuerdo o satisfechos. Estas se resuelven de manera "interna", y a lo sumo pueden solicitarnos un informe para contrastar la información, no debe restárseles importancia, si son fundadas o reiteradas, pues pueden dar lugar a la apertura de expedientes disciplinarios.

Otro supuesto típico en el ámbito sanitario es la reclamación de responsabilidad patrimonial, donde los usuarios reclaman indemnizaciones por daños que han sufrido como consecuencia del funcionamiento de los servicios sanitarios y que pueden ser de muy diversa índole. En estos supuestos el órgano que instruye el procedimiento recabará del profesional o servicio implicado un informe para conocer la versión de la administración (que en este caso es la nuestra) de lo sucedido. La responsabilidad y por tanto el abono de la indemnización que proceda, va a ser siempre de la administración, aunque esta pueda repetir frente al profesional responsable (medida inédita hasta la fecha). Estas reclamaciones que habitualmente son desestimadas en la vía administrativa, acaban en demanda judicial que se sustancia en el orden contencioso administrativo, donde nos pueden requerir para ir a declarar como peritos o como peritos-testigo. Igualmente la partes en el proceso civil (procesos de divorcio pe.) pueden citarnos para declarar en aquella misma condición. Y por fin, podemos ser demandados en la vía penal, en cuyo caso tendremos que declarar como investigados, y pueden llegar a imponernos penas privativas de libertad, inhabilitaciones, así como declararnos responsables civiles condenándonos al pago de la correspondiente indemnización.

Para la cobertura de indemnizaciones, fianzas, abono de gastos judiciales y de defensa, así como la responsabilidad civil subsidiaria, el SESPA tiene concertada una póliza de responsabilidad civil y patrimonial, que dentro de los términos, condiciones y límites establecidos en la misma cubre aquellas responsabilidades en la que pueda incurrir el personal del SESPA.

También hay que tener en cuenta que existe un deber de colaboración con la administración de justicia, derivado del artículo 118 de la Constitución, que se concreta para los profesionales sanitarios, en una obligación reforzada de denuncia, que pesa sobre los que por razón de su cargo, profesión u oficio tuvieran noticia de algún delito, que deben en todo caso denunciarlo (artículo 262 de la ley de enjuiciamiento criminal).

2.- Actuación ante agresión verbal y/o física al personal sanitario.

Desgraciadamente y cada vez con más frecuencia, los profesionales sanitarios son víctimas de agresiones tanto físicas como verbales, frente a las que existe un Protocolo de actuación frente a situaciones conflictivas en los centros sanitarios, donde entre otras medidas, se encuentra la asistencia jurídica a prestar por el Servicio Jurídico del SESPA.

En relación con la agresión verbal conviene señalar que la reforma del Código Penal por Ley Orgánica 1/2015, provocó un cambio importante en el sentido de hacer desaparecer las faltas y por tanto la despenalización de las conductas que antes eran consideradas como tales. Es lo que ocurre con las injurias que son expresiones que lesionan la dignidad de otros, y que solo van a ser perseguibles cuando constituyan delito, esto es, "las que por su naturaleza, efectos o circunstancias sean tenidas en el concepto público por graves", lo difícil es determinar cuando estamos ante una injuria grave. Las injurias leves han quedado despenalizadas y tendríamos que acudir a la vía civil, de la LO 1/1982, de protección civil del derecho al honor, al intimidad personal y familiar y la propia imagen.

Frecuentes y objeto de reproche penal son los delitos de amenazas, lesiones y atentado, que el profesional víctima de los mismos debe denunciar y tras ello solicitar la asistencia jurídica del SESPA, a través de su Gerencia, que tramita la solicitud ante la Secretaría General, que finalmente es el órgano que la autoriza. Una vez autorizado, el Servicio Jurídico se persona en el procedimiento de que se trate

en representación del profesional, acompañándole en todos los trámites judiciales que tenga que llevar a efecto, de conformidad con lo previsto en el protocolo. Tal es la entidad del problema que recientemente se ha dictado la Instrucción 3/2017, de la Secretaría de Estado de Seguridad, sobre medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la salud.

3.- Actuación ante fallecimiento del paciente. Certificados de defunción.

La importancia del parte de defunción estriba en que el mismo, constituye un requisito indispensable para que jurídicamente pueda extinguirse la responsabilidad civil. Así el art 32 del Código Civil establece que "la personalidad civil se extingue por la muerte de las personas", por elementales razones de seguridad jurídica, todos los actos concernientes al estado civil de las personas han de constar en el Registro Civil (art 325). Respecto a la inscripción del fallecimiento, el art 62 de la Ley del Registro Civil, establece que: "La inscripción de la defunción se practicará en virtud de declaración documentada en el formulario oficial, acompañado del certificado médico de la defunción. En defecto de certificado, cuando este sea incompleto o si, debe complementarse la documentación acreditativa del fallecimiento, se requerirá dictamen médico del facultativo". Y el art 274 del Reglamento del registro Civil, indica a quien corresponde certificar el fallecimiento: "al facultativo que haya atendido al difunto en su última enfermedad o cualquier otro que reconozca el cadáver, debe enviar inmediatamente al Registro parte de defunción". No cabe duda de que el encargado de la elaboración y remisión del parte es el facultativo que haya asistido al fallecido, la actuación de los médicos forenses según la legislación tiene un carácter subsidiario y de control.

La normativa de ámbito sanitario también contempla esta obligación en el art 23 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente, cuando establece como obligación de los profesionales sanitarios, la de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarde relación con los procesos en los que intervengan.

4.- Certificados e informes de salud. En particular los justificantes médicos escolares.

La regulación de esta materia se encuentra en Ley 1/1992 del SESPA, que contempla el derecho de los pacientes a que se les extienda un certificado acreditativo de su estado de salud, cuando lo disponga una ley. Y de esa manera, la Ley 41/2002, reconoce el derecho de los pacientes a obtenerlos. El SESPA cuenta, a estos efectos, con una regulación propia, la Resolución de la Dirección Gerencia, de 21 de abril de 2010, por la que se aprueban las instrucciones que han de regir la emisión de los informes sobre el estado de salud de los usuarios del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias. Estas instrucciones se dirigen a atención primaria y tienen como fin declarado, abordar la organización y gestión del proceso asistencial en ese nivel asistencial y disminuir la burocratización innecesaria de las consultas.

En las consultas de pediatría son frecuentes las solicitudes de justificantes por falta de asistencia al colegio lo que genera no pocos conflictos con los padres y propicia en muchas ocasiones el uso inadecuado de los servicios sanitarios. En este sentido parece claro que la obligación de justificar la ausencia al centro educativo corresponde a los padres, dado que no existe norma legal que establezca la obligatoriedad de presentar un justificante sanitario a estos efectos, es más, la propia Ley Orgánica de Educación 2/2006, establece que los centros docentes solo pueden recabar datos personales de su alumnado en la medida en que estos sean necesarios para el ejercicio de su función educativa. Lo que unido al hecho de que los justificantes pueden contener información sensible, en concreto datos sanitarios especialmente protegidos por la ley, y que los profesionales se encuentran sometidos al secreto profesional, hace que resulte poco apropiado la emisión de este tipo de informes. Entendemos que solo estarían justificados en supuestos excepcionales, como pueden ser, que una patología médica incapacite al menor para el desempeño de una actividad, o padecer alguna alergia alimentaria. El Colegio Oficial de Médicos de Madrid ha emitido, en marzo de 2018, un documento recogiendo las anteriores consideraciones.

PARTE ESPECÍFICA

1.- Menores y régimen jurídico. Derechos de los menores, en especial en el ámbito sanitario.

Debemos de partir del hecho de que los menores, desde el punto de vista legal, son sujetos de derechos a los que progresivamente se les dota de capacidad para poder ejercer esos derechos. Por tanto no podemos considerar a los menores como incapacitados sino como sujetos de derechos que precisan protección, y en determinados momentos de un complemento a su capacidad de obrar. En el ámbito de la pediatría, por las especiales características de estos pacientes, así como por el papel de los progenitores, la relación asistencial se complica, y en numerosas ocasiones el acto clínico se ve acompañado de un conflicto ético-legal que hay que resolver caso por caso, personalizando las circunstancias y la decisión final.

La normativa relativa a los menores es muy extensa confluendo la de carácter internacional, europea y nacional, plasmada en múltiples instrumentos jurídicos. Sin ánimo exhaustivo, podemos señalar por su importancia:

- Constitución Española artículo 39, establece que los poderes públicos asegurarán la protección social, económica y jurídica de la familia especialmente de los menores. Y que los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.
- Convención de los derechos del Niño de Naciones Unidas.
- Carta Europea de los derechos del Niño.
- Convenio europeo sobre el ejercicio de los derechos de los Niños.
- Convenio para la protección de los niños contra la explotación y abuso sexual
- Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia sobre la mujer y la violencia de género.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de protección a la infancia y adolescencia.
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

2.- Interés superior del menor.

Se trata de un concepto clave y un criterio interpretativo que hemos de tener siempre presente. Hasta la reforma de 2015, se trataba de uno de los denominados conceptos jurídicos indeterminados, o principio general que debe presidir cualquier decisión que afecte a un menor. Ha sido la Jurisprudencia la encargada de concretarlo y así el TS en sentencia 47/2015, de 13 de febrero, se refiere a él como un "interés prevalente del menor", "la suma de distintos factores", o bien "el de un menor perfectamente individualizado con nombre y apellidos, que ha crecido y se ha desarrollado en un determinado entorno familiar, social y económico que debe mantenerse en lo posible si ello le es beneficioso, no bastando el interés abstracto". De manera que hay que entender el interés del menor como todo aquello que le beneficia, entendido en el sentido más amplio posible y no solo de orden material, también social, psicológico, moral..., todo lo que redunde en su dignidad como persona, en la protección de sus derechos fundamentales. Y todo ello, más allá de las preferencias personales de sus padres, tutores, guardadores, médicos o administraciones públicas. A este respecto la ley 1/96, establece que. "Todo menor tiene derecho a que su interés superior sea valorado y considerado como primordial, en todas las acciones y decisiones que le conciernan tanto en el ámbito público como privado".

La reforma de la Ley 1/1996, por las de 2015, ha introducido criterios a efectos de la interpretación y aplicación a cada caso del interés superior del menor y son los siguientes (artículo 2):

- a) La protección del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo del menor y la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto materiales, físicas y educativas como emocionales y afectivas.
- b) La consideración de los deseos, sentimientos y opiniones del menor, así como su derecho a

participar progresivamente, en función de su edad, madurez, desarrollo y evolución personal, en el proceso de determinación de su interés superior.

c) La conveniencia de que su vida y desarrollo tenga lugar en un entorno familiar adecuado y libre de violencia. Se priorizará la permanencia en su familia de origen y se preservará el mantenimiento de sus relaciones familiares, siempre que sea posible y positivo para el menor. En caso de acordarse una medida de protección, se priorizará el acogimiento familiar frente al residencial. Cuando el menor hubiera sido separado de su núcleo familiar, se valorarán las posibilidades y conveniencia de su retorno, teniendo en cuenta la evolución de la familia desde que se adoptó la medida protectora y primando siempre el interés y las necesidades del menor sobre las de la familia.

d) La preservación de la identidad, cultura, religión, convicciones, orientación e identidad sexual o idioma del menor, así como la no discriminación del mismo por éstas o cualesquiera otras condiciones, incluida la discapacidad, garantizando el desarrollo armónico de su personalidad.

Estos criterios generales, a su vez, se ponderarán, teniendo en cuenta una serie de elementos generales, valorados en su conjunto conforme a criterios de necesidad y proporcionalidad, y que son los siguientes:

a) La edad y madurez del menor.

b) La necesidad de garantizar su igualdad y no discriminación por su especial vulnerabilidad, ya sea por la carencia de entorno familiar, sufrir maltrato, su discapacidad, su orientación e identidad sexual, su condición de refugiado, solicitante de asilo o protección subsidiaria, su pertenencia a una minoría étnica, o cualquier otra característica o circunstancia relevante.

c) El irreversible efecto del transcurso del tiempo en su desarrollo.

d) La necesidad de estabilidad de las soluciones que se adopten para promover la efectiva integración y desarrollo del menor en la sociedad, así como de minimizar los riesgos que cualquier cambio de situación material o emocional pueda ocasionar en su personalidad y desarrollo futuro.

e) La preparación del tránsito a la edad adulta e independiente, de acuerdo con sus capacidades y circunstancias personales.

f) Aquellos otros elementos de ponderación que, en el supuesto concreto, sean considerados pertinentes y respeten los derechos de los menores.

Los anteriores elementos deberán ser valorados conjuntamente, conforme a los principios de necesidad y proporcionalidad, de forma que la medida que se adopte en el interés superior del menor no restrinja o limite más derechos que los que ampara.

En caso de concurrir cualquier otro interés legítimo junto al interés superior del menor deberán priorizarse las medidas que, respondiendo a este interés, respeten también los otros intereses legítimos presentes.

En caso de que no puedan respetarse todos los intereses legítimos concurrentes, deberá primar el interés superior del menor sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir.

Las decisiones y medidas adoptadas en interés superior del menor deberán valorar en todo caso los derechos fundamentales de otras personas que pudieran verse afectados.

3.- Derechos de los menores en el ámbito sanitario. Consentimiento por representación.

Los menores como sujetos de derechos también son titulares de los mismos en el ámbito sanitario (derecho a la información, a la vida e integridad física, a la protección de la salud, a ser oído y escuchado, al honor, intimidad, imagen y confidencialidad, a la autonomía), ahora bien como hemos

señalado en ocasiones precisan de complemento a su capacidad.

De manera que la primera cuestión a determinar es cuando se alcanza la mayoría de edad sanitaria, que la ley 41/2002, fija con carácter general en los 16 años. De manera que el consentimiento libre y consciente de personas de más de 16 años, es válido y suficiente, excepto en el caso de las intervenciones o tratamiento que pueden comportar un riesgo grave para la vida o la salud del menor, según el criterio del facultativo, en cuyo caso se exige el consentimiento de los representantes legales, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del menor.

Hay que tener en cuenta, además, que la ley señala que si la decisión adoptada por el representante legal del paciente (en este caso el menor), resultase contraria al mayor beneficio para la vida o salud del paciente, esa decisión se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial, bien directamente o bien a través del Ministerio Fiscal para que adopte la resolución correspondiente, salvo que por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber o estado de necesidad.

El derecho del menor a ser oído se regula por el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en los siguientes términos:

“El menor tiene derecho a ser oído y escuchado sin discriminación alguna por edad, discapacidad o cualquier otra circunstancia, tanto en el ámbito familiar como en cualquier procedimiento administrativo, judicial o de mediación en que esté afectado y que conduzca a una decisión que incida en su esfera personal, familiar o social, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones, en función de su edad y madurez. Para ello, el menor deberá recibir la información que le permita el ejercicio de este derecho en un lenguaje comprensible, en formatos accesibles y adaptados a sus circunstancias.”

Además de lo señalado, es clásica en el derecho sanitario la categoría del menor maduro, que es un concepto doctrinal, que se correspondería con aquel paciente mayor de doce años y menor de dieciséis, no emancipado, capaz intelectual y emocionalmente de comprender la información, el alcance de la intervención, y evaluar los riesgos y consecuencias de la misma.

No obstante lo anterior se exige la mayoría de edad para una serie de supuestos como son:

- Interrupción voluntaria del embarazo.
- Participación en ensayos clínicos.
- Técnicas de reproducción asistida.
- Donación de órganos.
- Voluntades anticipadas.

Es relevante también en atención pediátrica, la llamada edad del consentimiento sexual, teniendo en cuenta que la Ley Orgánica 1/2015, por la que se modifica el Código Penal, la fija en 16 años, de manera que es delito mantener relaciones sexuales con una persona menor de esa edad. Se exceptúa cuando el autor sea una persona próxima al menor en edad y grado de desarrollo o madurez, lo que en la práctica obliga al profesional sanitario a comprobar la concurrencia de estos dos elementos: edad y/o madurez de la persona que ha mantenido relaciones sexuales con el/la menor de 16 años.

Y una última edad relevante es la que permite el acceso a la historia clínica, que no deja de ser un fichero de datos de carácter personal, que contiene datos, los de salud, especialmente protegidos, de manera que los derechos de acceso, cancelación, oposición y rectificación se regulan además de en la ley 41/2002, actualmente, por la ley orgánica de protección de datos de carácter personal 15/1999. Conforme a la cual a partir de los 14 años el paciente tiene derecho a acceder a su historia sin el consentimiento de sus padres. Ahora bien como tiene declarada la Agencia de Protección de Datos, el derecho de acceso de los menores lo es sin perjuicio de que también los padres que ostentan la patria potestad puedan acceder a esos datos en el ejercicio de los deberes inherentes a la patria potestad, de manera que no sería oponible a este acceso la mera voluntad del menor sometido a la patria potestad.

4.- Problemas legales derivados de la separación de los padres.

Como regla general la separación, la nulidad y el divorcio no eximen a los padres de sus obligaciones para con los hijos, tal y como establece el artículo 92.1 del Código Civil.

La máxima expresión de estas obligaciones es la titularidad y ejercicio de la patria potestad, cuyo contenido se define en el artículo 154 del Código Civil:

«Los hijos no emancipados están bajo la patria potestad de los progenitores.

La patria potestad, como responsabilidad parental, se ejercerá siempre en interés de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y con respeto a sus derechos, su integridad física y mental.

Esta función comprende los siguientes deberes y facultades:

1.º Velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral.

2.º Representarlos y administrar sus bienes.

Si los hijos tuvieren suficiente madurez deberán ser oídos siempre antes de adoptar decisiones que les afecten.

Los progenitores podrán, en el ejercicio de su función, recabar el auxilio de la autoridad».

Es obvio que el cuidado de la salud de los menores, forma parte del núcleo irreducible de la patria potestad. Si bien, en los casos de separación, nulidad o divorcio, en la sentencia el Juez podrá acordar la privación de la patria potestad, o que esta sea ejercida total o parcialmente por uno de los cónyuges (apartados 3 y 4 del artículo 92 del Código Civil). Por lo tanto, en estos supuestos será necesario comprobar lo que disponga la sentencia.

El ejercicio de la patria potestad se regula en el artículo 156 del Código Civil:

«La patria potestad se ejercerá conjuntamente por ambos progenitores o por uno solo con el consentimiento expreso o tácito del otro. Serán válidos los actos que realice uno de ellos conforme al uso social y a las circunstancias o en situaciones de urgente necesidad.

En caso de desacuerdo, cualquiera de los dos podrá acudir al Juez, quien, después de oír a ambos y al hijo si tuviera suficiente madurez y, en todo caso, si fuera mayor de doce años, atribuirá la facultad de decidir al padre o a la madre. Si los desacuerdos fueran reiterados o concurriera cualquier otra causa que entorpezca gravemente el ejercicio de la patria potestad, podrá atribuirle total o parcialmente a uno de los padres o distribuir entre ellos sus funciones. Esta medida tendrá vigencia durante el plazo que se fije, que no podrá nunca exceder de dos años.

En los supuestos de los párrafos anteriores, respecto de terceros de buena fe, se presumirá que cada uno de los progenitores actúa en el ejercicio ordinario de la patria potestad con el consentimiento del otro.

En defecto o por ausencia, incapacidad o imposibilidad de uno de los padres, la patria potestad será ejercida exclusivamente por el otro.

Si los padres viven separados, la patria potestad se ejercerá por aquel con quien el hijo conviva. Sin embargo, el Juez, a solicitud fundada del otro progenitor, podrá, en interés del hijo, atribuir al solicitante la patria potestad para que la ejerza conjuntamente con el otro progenitor o distribuir entre el padre y la madre las funciones inherentes a su ejercicio».

Como regla general, se suele acordar el ejercicio conjunto de la patria potestad, con independencia de

que la guarda y custodia se atribuya a uno de los cónyuges o a ambos; esto último procederá cuando medie acuerdo entre los cónyuges o así lo decida el juez si estima que solo de esa forma se protege adecuadamente el interés superior del menor (artículo 92 apartados 5 y 8 del Código Civil).

En cualquier caso, para los padres separados la guarda y custodia del menor nunca será simultánea: cuando esté atribuida a un solo progenitor, este no la tendrá en el tiempo de las visitas que correspondan al otro; y si se ha establecido una guarda y custodia compartida su ejercicio se dividirá en función de los periodos que correspondan a cada progenitor.

Esta circunstancia permite diferenciar el ejercicio ordinario de la patria potestad, del extraordinario. El primero corresponderá al progenitor custodio (que es tanto el que ostenta la guarda y custodia, como el que tiene al menor en régimen de visita) quien podrá decidir, por sí solo, sobre las cuestiones cotidianas que afecten a la vida del menor y no tengan mayor trascendencia. También en relación a las que sean urgentes y no admitan ninguna dilación.

El ejercicio extraordinario de la patria potestad corresponderá a ambos progenitores, con independencia de quien tenga atribuida la guarda y custodia de los menores o de quién la esté ejerciendo en un momento concreto. Salvo que por sentencia judicial se haya privado a alguno de ellos de la patria potestad o se hayan distribuido las funciones entre los cónyuges. Forma parte del ejercicio extraordinario de la patria potestad, en lo que aquí interesa, los tratamientos médicos no banales, los urgentes y los tratamientos psicológicos.

No es el facultativo el que tiene la obligación legal de informar al progenitor no solicitante sobre la petición de consulta que haya recibido, puesto que no podrá darle curso hasta que no cuente con el consentimiento conjunto de ambos progenitores. Si bien, si lo estima conveniente en atención al interés del menor podrá ponerse en contacto con él para recabar o asegurarse que ha prestado el consentimiento a la asistencia del hijo menor.

No obstante, debe tenerse en cuenta la excepción que se establece en el penúltimo párrafo del artículo 156 del Código Civil según el cual la patria potestad podrá ser ejercida por uno solo de los progenitores, en defecto, por ausencia, incapacidad o imposibilidad del otro. Si bien, estas circunstancias deberán ser acreditadas fehacientemente por el progenitor y documentarse en la historia clínica. Y en todo caso, si la intervención fuese clínicamente urgente, de modo que no admita demora será válida la actuación de uno solo de los progenitores.

El progenitor no solicitante puede negarse a la intervención sanitaria (diagnóstica o terapéutica) consentida por el otro. Ante la discrepancia, cualquiera de los progenitores podrá dirigirse al Juez para que este, tras oírles a ellos y al hijo si tuviera suficiente madurez —siempre si es mayor de doce años— atribuya la facultad de decidir a uno de los dos progenitores.

En todo caso, si el profesional sanitario considera que resulta necesaria la intervención clínica para proteger el interés del menor, podrá ponerlo en conocimiento del juez de primera instancia del domicilio o residencia del menor, o del ministerio fiscal, para que puedan adoptarse las medidas de protección de acuerdo con el artículo 158 del Código Civil.

5.- Problemas sociales. Maltrato, abuso, desprotección.

Un último bloque se cuestiona está relacionada con los supuestos mencionados en el apartado, donde es clave el papel que desempeñan los servicios sanitarios y su adecuada coordinación con los servicios sociales.

En este sentido conviene comenzar definiendo lo que se entiende, a efectos legales, por situación de riesgo, que sería aquella en la que el menor se vea perjudicado en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos, que no llega a la declaración de desamparo o tutela por ministerio de la ley, donde es precisa la intervención de la administración, sin tener que separarlo de su entorno familiar. Se establece que La intervención en esta situación corresponde a la administración, en coordinación con:

- Los centros escolares.
- Los servicios sociales.
- Los servicios sanitarios.
- Las entidades colaboradoras.

De manera específica se encuentra definida como situación de riesgo, la negativa de los progenitores o tutores a prestar el consentimiento respecto de los tratamientos médicos necesarios para salvaguardar la vida o integridad física o psíquica de un menor. Las autoridades sanitarias, pondrán inmediatamente en conocimiento del Juez o Ministerio Fiscal, tales decisiones, a los efectos de que se adopte la decisión correspondiente en salvaguarda del mejor interés del menor.

El riesgo prenatal es otra de las circunstancias respecto de la que la norma exige que los servicios de salud colaboren con la administración competente en la prevención, intervención y seguimiento de estas situaciones, notificando esta situación tanto a aquella como al Ministerio Fiscal. Tras el nacimiento se mantiene la intervención con el/la menor, para, si es necesario, se declare el desamparo.

Por su parte se considera en situación de desamparo, además de la obligación de denunciar los delitos en que presuntamente se haya incurrido, a aquellos menores que sean objeto de:

- Malos tratos físicos graves.
- Abusos sexuales.
- Negligencia grave en el cumplimiento de las obligaciones alimentarias y de salud.
- Un consumo reiterado de sustancias con potencial adictivo, u otras conductas adictivas, de manera reiterada por el menor, con el conocimiento, consentimiento o tolerancia de los progenitores.
- Perjuicios graves al recién nacido causados por maltrato prenatal.
- Riesgo para la salud mental del menor, debido al maltrato psicológico continuado, o la falta de atención grave y crónica de sus necesidades afectivas o educativas.
- Incumplimiento o inadecuado ejercicio de los deberes de guarda.
- Inducción a la mendicidad, delincuencia, prostitución, o cualquier otra explotación del menor.
- La ausencia de escolarización o falta de asistencia reiterada y no justificada al centro educativo, la permisividad o inducción al absentismo escolar.
- Cualquier otra situación gravemente perjudicial que traiga causa en el incumplimiento o inadecuado o imposible ejercicio de la patria potestad.

Existiendo en esta materia una obligación general de denuncia, dado que toda persona que detecte una situación de maltrato, de riesgo o de desamparo de un menor, debe comunicarlo a la autoridad o los agentes más próximos sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise. También debe comunicar la existencia de un ME no escolarizado o la inasistencia al centro de manera habitual y sin justificación.

Esta obligación de denuncia es especialmente cualificada, para aquellas personas que por su profesión y función detecten esas situaciones, uno de los cuales es el ámbito sanitario.

6.- Acceso a historia clínica de familiares. Cesión de datos de salud y confidencialidad.

Con el fin de cumplir adecuadamente con los cometidos encomendados a los profesionales sanitarios, en materia de protección de menores, se han establecido legalmente una serie de excepciones a las normas que rigen tanto el acceso a la historia clínica, como la cesión sin consentimiento del interesado de datos de salud, que pasamos a ver a continuación.

Existe una primera previsión, según la cual, las administraciones pueden proceder a la recogida y tratamiento de datos que sean necesarios para valorar la situación del menor. No será necesario el consentimiento de la persona interesada o afectada. Pueden recogerse datos de menor, como de las personas relacionadas con su entorno social y familiar. Es decir se permite el acceso a la historia clínica de pacientes para los que no estamos legitimados, ni contamos con su consentimiento, para los fines y únicamente para ellos, señalados.

Todos los profesionales, entidades públicas y privadas, facilitarán a las administraciones públicas los informes y antecedentes sobre los menores, sus progenitores, tutores o guardadores, que les sean requeridos por ser necesarios para ese fin.

Todas las personas que por su profesión o función, detecten estas situaciones, pueden tratar sin consentimiento del interesado la información imprescindible para el cumplimiento de las obligaciones de denuncia, con el único fin de poner los hechos en conocimiento de la administración competente o el Ministerio Fiscal. Es importante resaltar que el tratamiento de datos sin el consentimiento del interesado, es excepcional, amparado en este caso por la ley y únicamente para los fines y en las condiciones previstas en la misma, cualquier actuación que se desvíe de las mismas, supone incurrir en delito. Tanto es así que la propia norma establece que tales datos solo pueden comunicarse:

- A la administración competente.
- Al Ministerio Fiscal.
- A los organismos judiciales.

Los datos así recabados podrán utilizarse única y exclusivamente, para la adopción de medidas de protección de los menores.

Bibliografía

- Lomas Hernández V, Larios Risco D, López Donaire B. Guía práctica de derechos de los pacientes y de los profesionales sanitarios. Aranzadi 2016.
- Varios. Justificantes médicos escolares. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.
- Lizarraga Bonelli E, Cañones Garzón PJ. Reflexiones sobre el acceso a las historias clínicas por parte de los pacientes menores de edad. Medicina General y de Familia. 2017.
- Ruiz Jiménez J. La situación del menor en el ámbito sanitario. Revista de Pediatría de Atención Primaria. 2011.
- Beltrán Aguirre JL. La capacidad del menor de edad en el ámbito de la salud: dimensión jurídica. Derecho y Salud. Nº Extraordinario XV Congreso Derecho y Salud.
- Lozano Vicente A. Bioética Infantil: principios, cuestiones y problemas. Acta Bioética. 2017.
- Simón-Lorda P. "La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente". Revista de la asociación española de Neuropsiquiatría. Nº102 (2013).
- Cantero Martínez J., Palomar Olmeda y otros. Tratado de Derecho Sanitario. Obra colectiva. Editorial Aranzadi (2013).
- Sánchez-Caro Javier. "La edad y la capacidad en la sanidad: la doctrina del menor maduro". Revista Derecho y Salud. Volumen 23 (2013).
- Casado Blanco M., Hurtado Sendin P., Catellano Arroyo M. "Dilemas éticos en torno a la asistencia médica a los menores". Medicina y Derecho.

Mesa Redonda
“Regreso al futuro
pediátrico”

Mesa Redonda 1

Compuestos orgánicos persistentes y salud

Adonina Tardón García

Investigadora principal Cohorte INMA Asturias.
Profesora Titular. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Universidad de Oviedo.

Los contaminantes orgánicos persistentes (COPs) son una amplia variedad de compuestos químicos de diferente estructura y usos. Son resistentes a la degradación, semi-volatilidad y lipofilicidad.

El compuesto tiende a bio-concentrarse desde el medio acuoso hacia el organismo con su posterior bio-magnificación a través de las cadenas tróficas.

El origen de estos compuestos es antropogénico.

Se empezaron a introducir de forma importante en el medio ambiente alrededor de los años 40-50, cuando se fabricaron y usaron como aislantes (PCBs o PBDs), insecticidas (DDT) o fungicidas (HCB). También son co-productos de generación de procesos de fabricación o combustión.

Debido a sus características físico-químicas estos compuestos se han distribuido por todos los ecosistemas y también han entrado en la dieta humana, acumulándose en los tejidos de las personas. Los seres humanos nacidos a partir de los años 50, desde la concepción estamos en contacto permanente con estos contaminantes transmitidos por el aire, agua, alimentos y suelo.

1. Pesticidas químicos: (organoclorados (DDT, HCH, Aldrin, Toxafen, HCB), organofosforados (Paration, Malatión), carbamatos (Carbaryl), piretoides (Permetina), compuestos bipiridílicos (Paraquat), Dicumarínicos).

2. Productos químicos industriales: Hexaclorobenceno (HCB) y Bifenilosporiclorados (PCB) y éteres de difenilopolibromados (PBD)

3. COPs producidos de forma no intencional: Dioxinas y Furanos.

Los bifenilospoli-clorados (PCB), fueron en su momento de uso común como aislantes eléctricos y agentes de transferencia de calor. Los PCB fueron reemplazados por los éteres de difenilopolibromados (PBD), que poseen una toxicidad y problemas de bio-acumulación similares.

El término plástico se aplica a las sustancias de similares estructuras que carecen de un punto fijo de evaporación y poseen, durante un intervalo de temperaturas, propiedades de elasticidad y flexibilidad que permiten moldearlas y adaptarlas a diferentes formas y aplicaciones.

Son ciertos tipos de materiales sintéticos obtenidos mediante fenómenos de polimerización o multiplicación semi-natural de los átomos de carbono en las largas cadenas moleculares de

compuestos orgánicos derivados del petróleo y otras sustancias naturales.

Problemas relacionados con el plástico.

En la vida moderna el plástico ha constituido un fenómeno de indudable trascendencia.

Hoy en día el hombre vive rodeado de objetos plásticos que en siglos anteriores no eran necesarios para la vida cotidiana.

Los plásticos se han fabricado para satisfacer las demandas de una gran variedad de usos, dando lugar a una vasta industria donde la civilización debería llamarse la civilización del plástico, debido al papel determinante que ha desempeñado este material en su desarrollo, en el mejoramiento de las condiciones de la vida del hombre y el acelerado crecimiento de la ciencia y la tecnología.

Pero ¿cómo lo reciclamos?

Disruptor Endocrino. Definición.

Un disruptor endocrino o alterador hormonal es una sustancia química capaz de alterar el equilibrio hormonal, pudiendo provocar diferentes efectos adversos sobre la salud de las personas, animales o de sus descendientes.

Estas sustancias pueden ser causa de perjuicios para la salud como el cáncer, alteraciones del comportamiento y anomalías reproductivas.

Los efectos dependen del sistema hormonal al que afecten (estrogénico, tiroideo, etc.) y del momento de la exposición (durante el desarrollo fetal, niñez, pubertad, adulto), y son diferentes según el sexo.

Son de especial importancia los efectos en los hijos de personas expuestas (se heredan).

Los efectos en la salud que se han comunicado son:

Hijas de personas expuestas: Pubertad precoz, cáncer vaginal, mayor incidencia de cánceres, deformaciones en órganos reproductores, problemas en el desarrollo del sistema nervioso central, bajo peso de nacimiento, hiperactividad, problemas de aprendizaje, disminución del coeficiente de inteligencia y de la comprensión lectora.

Hijos de personas expuestas: Criptorquidia o no descenso testicular, hipospadias, reducción del recuento espermático, disminución del nivel de testosterona, problemas en el desarrollo del sistema nervioso central, bajo peso de nacimiento, hiperactividad, problemas de aprendizaje, disminución del coeficiente de inteligencia y de la comprensión lectora.

El efecto es especialmente importante en los niño/as y es lo que vamos a analizar en esta presentación según los resultados de la Cohorte INMA Asturias. Evaluaremos su asociación con ganancia de peso materno, crecimiento fetal, peso al nacer, distancia ano-genital, obesidad y perfil lipídico.

Finalmente enumeramos la principal fuente de exposición de los niño/as en el hogar y enumeramos los mensajes de salud pública para evitar la exposición de la población infantil.

Mesa Redonda 2

Técnicas de estudio genético citogenética y genética molecular ¿En qué punto estamos?

Inés Hernando Acero

Responsable de Genética Clínica.
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

El campo de la genética ha experimentado importantes avances en los últimos tiempos y tiene un creciente impacto en la práctica clínica de distintas disciplinas médicas. A ello ha contribuido el conocimiento del genoma y de las bases moleculares de la patología genética humana; las nuevas metodologías diagnósticas fruto de avances tecnológicos del laboratorio y de la informática; y la disponibilidad de información derivada de grandes proyectos de estudio del genoma y su diversidad.

Una parte clave del análisis genético es la realización de una consulta de asesoramiento que aporte la información precisa del tipo de estudio, los posibles resultados y el alcance de la información obtenida, no solo para el paciente sino para sus familiares.

Para un correcto enfoque de una situación clínica susceptible de un análisis genético es necesario conocer las distintas técnicas disponibles y anticipar los posibles escenarios que se deriven de su aplicación.

El genoma humano comprende la molécula de ADN contenida en 23 pares de cromosomas en el núcleo de cada célula humana diploide y en esa secuencia, de aproximadamente 3.000 millones de estos pares de bases, están codificados alrededor de 19.000 genes. Hay que añadir los genes del ADN mitocondrial localizado en numerosas copias en el citoplasma celular.

Las enfermedades genéticas pueden estar causadas por alteraciones que afecten al número o estructura de los cromosomas (alteraciones cromosómicas), al número de copias de fragmentos genómicos (mutaciones genómicas) o a la secuencia o regulación de los genes (mutaciones genéticas). Se conoce además que existen otros mecanismos patogénicos como los que ocasionan trastornos epigenéticos o mutaciones en el ADN mitocondrial.

Las técnicas de diagnóstico genético se pueden clasificar en dos ramas: la Citogenética, campo de la genética que comprende el estudio de la estructura, función y comportamiento de los cromosomas; y la Genética Molecular, que estudia la estructura y la función de los genes a nivel molecular.

La elección de una técnica de estudio se basa en la sospecha diagnóstica, el conocimiento de las bases moleculares más frecuentes y de las ventajas y limitaciones de cada tipo de estudio.

El cariotipo es considerado el "gold estándar" de la citogenética. Es muy fiable para la detección de anomalías numéricas y estructurales de los cromosomas. Permite un análisis global del genoma y detectar mosaicismos de baja frecuencia. Su mayor limitación radica en el límite de resolución, que oscila entre 5-10 megabases, para identificar pérdidas o ganancias de material cromosómico o cambios de posición. Sigue siendo un estudio muy utilizado en parejas con trastornos de fertilidad, en

diagnóstico prenatal y en oncohematología.

El tejido más habitualmente utilizado en estudios postnatales es la sangre periférica. El cultivo de estas muestras en medios específicos en los que se estimula el crecimiento celular permite la obtención de un gran número de divisiones celulares (mitosis) y así analizar los cromosomas de un individuo, que con un patrón de bandas característico son analizados al microscopio y ordenados por parejas. Las anomalías cromosómicas pueden ser numéricas o estructurales cuando existe un intercambio de material entre diferentes cromosomas (translocaciones), un cambio de posición de material genético (inversiones e inserciones) o pérdidas o ganancias de material (deleciones y duplicaciones).

Las técnicas de citogenética molecular, hibridación fluorescente in situ (FISH) y arrays de CGH, conjugan estrategias de citogenética y de genética molecular, y permiten el estudio de trastornos genómicos, entidades clínicas producidas por reordenamientos en el genoma humano. Su aplicación permite la identificación de desequilibrios crípticos submicroscópicos y así se ha podido definir numerosas entidades clínicas de microdelección/microduplicación como son el síndrome de Williams-Beuren (delección 7q11.23), el síndrome de diGeorge-velocardiofacial (delección 22q11.2), síndrome de Potocki-Lupski (duplicación 17p11.2) o los síndrome de Prader-Willi/Angelman (del 15q11-q13), entre otros.

Las técnicas de FISH emplean distintas sondas de oligonucleótidos marcados con fluorescencia lo que facilita su localización cromosómica. Tienen una alta resolución, permiten la confirmación o exclusión de un trastorno en base a una sospecha clínica previamente establecida. Son muy útiles también en el estudio de reorganizaciones cromosómicas.

La técnica de hibridación genómica comparada en microarrays (arrayCGH), al igual que el cariotipo, estudia globalmente el genoma y ofrece una mayor resolución para identificar pérdidas o ganancias de material genómico. La técnica se basa en la hibridación competitiva del ADN a estudio y un ADN control marcados con diferentes fluorocromos sobre un soporte sólido en el que se localizan inmovilizados fragmentos de ADN que se denominan sondas. La competición por hibridar esas sondas entre los dos ADNs permite detectar ganancias o pérdidas del ADN del paciente frente al control. Entre sus ventajas figura que no precisa cultivo celular y que tiene alta especificidad y sensibilidad. Las limitaciones vienen de que no detecta reorganizaciones cromosómicas equilibradas, como translocaciones e inversiones, y tampoco es sensible para la detección de mosaicismos de baja frecuencia. A tener en cuenta es la posibilidad de detectar variantes de significado incierto, tanto más probable cuanto mayor es su resolución. El manejo de estos hallazgos en la práctica clínica supone un reto para el clínico.

Los estudios de genética molecular se realizan a nivel de la secuencia de ADN. Los más sencillos son los que implican un gen o una enfermedad y para los que se conocen las mutaciones únicas o más frecuentes, lo que permite un enfoque dirigido (p.ej. estudios de Síndrome de X frágil o análisis de las mutaciones mayoritarias de fibrosis quística).

La técnica de Sanger permite conocer el orden en que se presentan los nucleótidos y es una técnica básica en todo laboratorio de genética molecular para analizar mutaciones puntuales. Uno de los grandes avances en el campo de la genética molecular fue la automatización de las técnicas de secuenciación lo que ha posibilitado analizar genes completos y así poder detectar cualquier mutación en los mismos.

Más recientemente, y ya plenamente incorporando a la rutina clínica, disponemos de técnicas de secuenciación masiva. Esta tecnología permite analizar paneles de genes, asociados a una enfermedad concreta, lo que incrementa la capacidad diagnóstica, y reduce el tiempo de respuesta.

Las técnicas de secuenciación masiva, cada vez más potentes, permiten además, en los casos en que la sospecha clínica no es sugestiva de una enfermedad concreta, realizar el estudio de todo el genoma o de la parte codificante del mismo (exoma). Estos métodos precisan un análisis bioinformático que filtre la multitud de datos generados y facilite su traslación a la clínica.

El diagnóstico genético correcto requiere una historia clínica exhaustiva del paciente e interpretación de los antecedentes familiares, la realización de una exploración minuciosa y la utilización de estudios complementarios apropiados entre los que figuran estudios genéticos específicos.

En la consulta de asesoramiento genético se debe ofrecer la información que permita la adaptación del paciente a la condición detectada, a conocer el riesgo genético y le ayude en la toma de decisiones apropiadas y adecuadas a sus expectativas.

Es importante que el paciente o sus representantes familiares entiendan el alcance de las técnicas genéticas, la repercusión de la información que se obtenga, y las posibles implicaciones para otros miembros en los que estaría indicado realizar una consulta de asesoramiento genético.

Asociación Española de Genética Humana <https://www.aegh.org/>
Orphanet <http://orpha.net/>
Online Mendelian Inheritance in Man <http://omim.org/>

Mesa Redonda 3

Neonatología y Atención Primaria

Gonzalo Solís Sánchez

Pediatra. Neonatología del AGC de Pediatría.
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

En 2016 nacieron en Asturias 6347 recién nacidos vivos, lo que supuso una tasa de natalidad de 6,12 nacimientos por cada 1000 habitantes y un índice de fecundidad de 1,04 neonatos por cada mujer en edad fértil (1). Estas cifras nos sitúan, tristemente, entre las regiones europeas con menor número de nacimientos. Tal vez, esta caída lenta y sostenida de la natalidad es el punto más importante de lo que ha acontecido en la neonatología regional en los últimos treinta años.

Sin embargo, también hay muchas cosas positivas que se pueden comentar de cómo hemos cambiado, neonatalmente hablando, en estos años. En las próximas líneas intentaré aportar aquellos puntos más destacables, algunos discutibles, que me llegan a la mente si pienso en ello. Junto a la crisis demográfica, destacan sobre manera dos cambios radicales: el cuidado del recién nacido normal y la mejora tecnológica en la asistencia al recién nacido enfermo.

Cuidados del neonato a término y sano.

Los cuidados habituales del recién nacido normal durante su estancia hospitalaria han cambiado drásticamente (2-4). No hace mucho tiempo, cuando nacía un neonato sano y sin problemas aparentes, se separaba de su madre durante las primeras 6 horas de vida (si había suerte y no era cesárea), se llevaba a la Unidad de Observación Neonatal, se bañaba inmediatamente, se rociaba de colonia, se pasaban sondas y se le realizaba un lavado gástrico. En esas primeras horas de vida, lejos de su madre, se le hacían glucemias capilares y se le daba un biberón de suero glucosado para evitar hipoglucemias. Estas medidas iniciales eran cuidados estándar de la gran mayoría de hospitales de nuestro país y apenas se discutían entre los profesionales pediátricos.

En este sentido, los cuidados iniciales del neonato sano actuales no tienen nada que ver con los realizados hace tan solo diez años. Hoy nadie pone en duda la necesidad de cuidar y mimar al máximo la relación materno-filial inicial, tan importante para la madre y para el neonato. El contacto piel con piel, el inicio precoz de la lactancia materna, el evitar bañar (¡y poner colonia!), pasar sondas, dar suplementos glucosados o monitorizar sin causa aparente la glucemia del niño son medidas que ya nadie discute y todos aceptamos como imprescindibles para la buena atención al neonato. La presión de los grupos más "avanzados" en nuestra sociedad han dado sus frutos y todos debemos agradecer sus ideas en contra de la medicalización excesiva de un acto tan natural y fisiológico como es el nacimiento. El actual respeto a la diversidad social en la que vivimos y a la opinión de las madres es un punto que conviene destacar.

Además de los cambios en estas primeras horas, ha variado también la atención al neonato sano durante su estancia hospitalaria. El apoyo teórico a la lactancia materna y la idea de no separar madre y niño en cuanto sea posible, hacen que se eviten situaciones como "biberones piratas continuos" o "niño al nido para que la madre descanse". Por supuesto que todo es mejorable y que queda mucho por hacer en este sentido, sobre todo en el tema de la lactancia, pero me parece que el cambio es irreversible y que, sin duda, estamos en el buen camino.

Cuidados del recién nacido enfermo o del neonato prematuro.

Los cambios en el cuidado del recién nacido enfermo o en el cuidado del neonato prematuro también han sido muy llamativos en estos últimos años. La reanimación neonatal, el soporte respiratorio, la nutrición o la valoración neurológica han evolucionado mucho apoyados en tres grandes factores: la mejora del manejo obstétrico perinatal, el avance de la tecnología y, sobre todo, el papel cada día más importante de la enfermería neonatal.

Los obstetras han cambiado el manejo de la prematuridad y esto ha ayudado a conseguir mejores resultados en los grandes prematuros y en la zona de la periviabilidad, esa que se sitúa alrededor de las 24-25 semanas de edad gestacional (5-7). El uso de tocolíticos más efectivos, la aplicación sistemática de corticoides maternos para prevenir el distress respiratorio neonatal o las medidas de neuroprotección son protocolos efectivos y definitivamente instaurados por ellos (8).

La asistencia en el momento del nacimiento es otro ejemplo del cambio de protocolos. Los mezcladores de oxígeno y la posibilidad de monitorizar rápidamente al neonato hacen que ya se reanime, inicialmente, con FIO₂ al 21% y que solo si las cosas no van bien se suba la concentración de O₂, titulando la misma. Las nuevas cunas de reanimación, con soporte de presión positiva al final de la espiración y con presión positiva intermitente medible y ajustable, son cambios esenciales para realizar una reanimación ordenada, sobre todo en los niños más pequeños o con problemas importantes en la transición perinatal (9).

Tecnológicamente, los nuevos respiradores y sus posibilidades de ventilación mixta (por presión y por volumen), ventilación no invasiva y ventilación sincronizada con el niño, son posiblemente uno de los

mayores avances de los últimos años (10, 11). La monitorización hemodinámica y neurológica (EEG integrado por amplitud) son otros puntos tecnológicos muy interesantes (12). Junto a ellos, el uso de nuevos fármacos (vasodilatadores) o de fármacos ya conocidos pero menos usados (sedación, analgesia, nuevos antibióticos y antifúngicos,...), o de nuevas técnicas o vías de administración (óxido nítrico inhalado o surfactante por técnica INSURE o LISA) son de gran interés.

Desde el punto de vista de la nutrición, el gran cambio ha sido la potenciación del uso de la lactancia materna (ya sea propia o donada) y el inicio precoz del aporte enteral. Estas dos medidas han mejorado los resultados disminuyendo la frecuencia de las enterocolitis necrotizantes en los niños prematuros (13, 14). Junto a ambas, las nuevas formulaciones de alimentación intravenosa han supuesto el tercer pilar del éxito nutricional de los últimos años.

Para terminar este breve resumen, quiero destacar el papel de la enfermería neonatal que cada día es más trascendente en el trabajo de las UCI neonatales. Su capacidad técnica (vías centrales de acceso periférico, cuidados del niño ventilado o con soporte neurológico) y su implicación en los llamados cuidados centrados en el desarrollo y la familia, son esenciales. La apertura de las UCIs neonatales a los padres durante las 24 horas y su integración progresiva en las rutinas de las unidades, son hechos muy destacables y positivos (15).

Todos estos cambios acaecidos en el cuidado del neonato, sano o enfermo, son paulatinos. Tal vez dentro de 20 o 30 años alguien se ría de lo que hoy exponemos aquí, pero sí que creo que muchas cosas han cambiado desde que Antonio Ramos o Adela Rodríguez, por nombrar a dos de mis más queridos maestros, me hicieron enamorarme de esta parte de la pediatría. Muchos de vosotros habréis aprendido también con ellos como lo hice yo, y por eso quiero dejar aquí mi agradecimiento a lo que representan. Por encima de avances estrictamente tecnológicos en una medicina super especializada, el papel del neonatólogo en la relación con el neonato y su familia se deben enmarcar en un profesionalismo que aúne conocimientos con actitudes morales intachables: la ética asistencial es hoy día, sin duda, una parte primordial de nuestro trabajo (16-18).

Bibliografía

- 1.- Datos INE. En www.ine.es. Última visita 13 abril 2018.
- 2.- Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
- 3.- Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E y Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr (Barc)* 2009; 71: 349– 361.
- 4.- Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
- 5.- Younge N, Goldstein RF, Bann CM, et al. Survival and neurodevelopmental outcomes among periviable infants. *N Engl J Med* 2017; 376: 617-628.
- 6.- Berger TM, Roth-Kleiner M. Limit of viability: The Swiss experience. *Arch Pediatr*. 2016; 23: 944-50.
- 7.- Solís Sánchez G, Pérez González C, García López E, Costa Romero M, Arias Llorente RP, Suárez Rodríguez M, Fernández Colomer B, Coto Cotallo GD. Periviabilidad: el límite de la prematuridad en un hospital regional de referencia durante los últimos 10 años. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 80: 159-164.

- 8.- Garite TJ, Combs CA. Obstetric Interventions Beneficial to Prematurely Delivering Newborn Babies: Antenatal Corticosteroids, Progesterone, Magnesium Sulfate. *Clin Perinatol.* 2012; 39: 33-45.
- 9.- Zeballos Sarrato G, Salguero García E, Aguayo Maldonado J, Gómez Robles C, Thió Lluch M, Iriondo Sanz M. Adaptación de las recomendaciones internacionales en estabilización y reanimación neonatal 2015. *An Pediatr (Barc)* 2017; 86: 51. e1-9.
- 10.- Grupo Respiratorio y Surfactante de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para la asistencia respiratoria en el recién nacido. *An Pediatr (Barc).* 2012; 77: 280.e1-280. e9
- 11.- Castillo Salinas F, Elorza Fernández D, Gutiérrez Laso A, Moreno Hernando J, Bustos Lozano G, Gresa Muñoz M, López de Heredia Goya J, Aguar Carrascosa M, Miracle Echegoyen X, Fernández Lorenzo JR, Serrano MM, Concheiro Guisan A, Carrasco Carrasco C, Comuñas Gómez JJ, Moral Pumarega MT, Sánchez Torres AM, Franco ML, en representación del Grupo Respiratorio y Surfactante de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para la asistencia respiratoria en el recién nacido (iii). Surfactante y óxido nítrico. *An Pediatr (Barc)* 2015; 83: 354. e1-6.
- 12.- Blanco D, García-Alix A, Valverde E, Tenorio V, Vento M, Cabañas F. Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. *An Pediatr* 2011; 75: 341. e1-341. e20
- 13.- Calvo J, García Lara NR, Gormaz M, Peña M, Martínez Lorenzo MJ, Ortiz Murillo P, Brull Sabaté Jm, Samaniego CM, Gayà A. Recomendaciones para la creación y el funcionamiento de los bancos de leche materna en España . *An Pediatr (Barc)* 2018, en prensa .
- 14.- Sánchez-Tamayo T, Espinosa Fernández MG, Affumicato L, González López M, Fernández Romero V, Moreno Algarra MC, Salguero García E. Reducción de la enterocolitis necrosante tras la introducción de un protocolo de alimentación enteral basado en la evidencia en recién nacidos de muy bajo peso. *An Pediatr* 2016; 85: 291-9
- 15.- López Maestro M, Melgar Bonis A, De La Cruz-Bertolo J, Perapoch López J, Mosqueda Peña R, Pallás Alonso C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *An Pediatr* 2014; 81: 232-40
- 16.- Solís Sánchez G. El futuro del sistema MIR. *Bol Pediatr* 2012; 52: 129-130
- 17.- Sánchez Escarpín MC, López de Heredia Goya J, Aguayo Maldonado MJ, Blanco Bravo D, Molina Morales V. Reflexiones éticas y recomendaciones para la toma de decisiones clínicas en la atención al recién nacido sano. *An Pediatr (Barc)* 2012; 77: 413. e1-e5.
- 18.- Arnaez J, Tejedor JC, Caserío S, Montes MT, Moral MT, González de Dios J, García-Alix A. La bioética en el final de la vida en neonatología: cuestiones no resueltas. *An Pediatr (Barc)* 2017; 87: 356. e1-356. e12 .

Comunicaciones y Pósters

Comunicación 1

ANEMIA GRAVE EN LACTANTE DE 2 AÑOS ORIGINARIA DE PAKISTÁN

Autores

Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
Higelmo Gómez	Helena	Hospital Universitario de Cabueñes
Míguez Martín	Laura	Hospital Universitario de Cabueñes
Álvarez Álvarez	Andrea	Hospital Universitario de Cabueñes
Rodríguez Fernández	Sandra	Hospital Universitario de Cabueñes
Valverde Pérez	Noelia	Hospital Universitario de Cabueñes
González Acero	Ana	Hospital Universitario de Cabueñes

Resumen

Antecedentes.

La anemia ferropénica es un problema importante de salud pública en niños a nivel mundial, principalmente en países en vías de desarrollo. En nuestro medio, la población inmigrante procedente de países de baja renta supone un grupo de riesgo para esta patología, por lo que dentro del Protocolo de Atención a Niñas y Niños Inmigrantes (PANNI) se aconseja solicitar un hemograma, ferritina y sideremia a todos los niños procedentes de zonas en riesgo.

Caso clínico.

Una niña de dos años, procedente de Pakistán, sin antecedentes de interés, fue derivada por su pediatra de atención primaria a nuestro hospital por un cuadro de 2-3 meses de evolución de astenia y palidez y el siguiente hemograma: hemoglobina 2.6 g/dl, hematocrito 12%, VCM 61.3 fl, MCHC 21.6 g/dl. Durante su ingreso se realizó una transfusión de concentrado de hematíes y un estudio etiológico que evidenció ferropenia marcada (ferritina 0.5 ng/ml, hierro 10 microg/dl, I.S transferrina 1.7%). El resto de las pruebas complementarias incluido estudio de función tiroidea, enfermedad celiaca, parásitos en heces, sangre en heces, estudio de malabsorción y ecografía abdominal fueron normales. Como único factor de riesgo, la paciente consumía una dieta pobre en alimentos con hierro-hem y rica en quelantes del hierro (fitatos). Fue dada de alta con suplementación oral de hierro y recomendaciones dietéticas. Posteriormente presentó una evolución favorable con recuperación progresiva de las cifras de hemoglobina (11.7g/dl) y ferritina (25.1 ng/ml) y parámetros eritocitarios normales.

Comentarios.

Este caso pone de manifiesto la necesidad de realizar un cribado de anemia ferropénica a aquellos niños inmigrantes con factores de riesgo. La evolución favorable exclusivamente con suplementación de hierro y modificaciones dietéticas apoya el diagnóstico de anemia ferropénica carencial, no obstante, es necesario un seguimiento para constatar que no aparecen nuevos datos clínicos que hagan revisar el diagnóstico.

Comunicación 2

NIÑA ADOLESCENTE CON DOLOR ABDOMINAL Y VÓMITOS: LA GINECOLOGÍA TAMBIÉN EXISTE

Autores

Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
Álvarez Álvarez	Andrea	Hospital Universitario de Cabueñes
Rodríguez Fernández	Sandra	Hospital Universitario de Cabueñes
Míguez Martín	Laura	Hospital Universitario de Cabueñes
Higeldo Gómez	Helena	Hospital Universitario de Cabueñes
González Acero	Ana	Hospital Universitario de Cabueñes
González García	Javier	Hospital Universitario de Cabueñes

Resumen

Antecedentes.

El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en los servicios de pediatría. Ante una niña adolescente con síntomas abdominales, es necesario tener en mente la patología ginecológica.

El tumor de células de la granulosa presenta una incidencia baja en pediatría. La forma de presentación suele ser en forma de masa abdominal de gran tamaño, asintomática, que se puede detectar en una exploración abdominal y/o pélvica. Las pacientes pueden presentar síntomas relacionados con el hiperestrogenismo secundario al tumor. El tratamiento de elección es quirúrgico.

Caso clínico.

Paciente mujer de 13 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que acudió al servicio de urgencias pediátricas de nuestro centro en 3 ocasiones por vómitos y dolor abdominal de 72 horas de evolución, localizado en zona hipogástrica, con irradiación a ambas fosas ilíacas. Menarquia una semana antes, habiendo comenzado el dolor el día que finalizó la menstruación.

En la exploración física destacaba obesidad e hirsutismo marcado. Presentaba dolor abdominal a la palpación en la zona referida como dolorosa, palpándose una masa pélvica de considerable diámetro. Se solicitó ecografía abdominal, donde se visualizaba una masa localizada por encima del útero con diámetro máximo de 15 cm, con múltiples ecogenicidades, tabiques y componente sólido. Se solicitó entonces consulta al servicio de ginecología y se realizó anexectomía izquierda. En el estudio histopatológico posterior se apreció una histología compatible con un tumor ovárico de células de la granulosa torsionado, con extensa necrosis y rotura capsular.

Comentarios.

Ante un dolor abdominal en niñas adolescentes, los pediatras debemos tener en cuenta la patología ginecológica como posible causa.

Comunicación 3

UNA DORSALGIA CON CELULITIS

Autores

Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
De la Fuente Laso	Pilar	<i>Centro de Salud de Contrueces</i>
González García	Javier	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
Sánchez Calvo	Alicia	<i>Centro de Salud del Natahoyo</i>
Vázquez Osorio	Igor	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
García Faza	Víctor	<i>Centro de Salud del Natahoyo</i>
Miguez Martín	Laura	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>

Resumen

Niña de 7 años que acudió a la consulta del Centro de Salud por una lesión cutánea paravertebral derecha.

Había sido vista 2 meses antes por dolor y lesión en esa zona de 7 días de evolución. Sus padres negaban antecedente traumático, picaduras e inyecciones de vacunas recientes. En la exploración física se apreciaba una placa paradorsal derecha de 2 centímetros, ligeramente hiperpigmentada, similar a piel de naranja. Resto de exploración cardiaca, pulmonar y articular sin hallazgos.

Ahora, aumento de la lesión, sin dolor, objetivando placa de 4x6 cm, con proyecciones digitiformes sin sobrepasar la línea media.

Se realizó una ecografía que mostraba un engrosamiento dérmico e hipodérmico, con incremento de la ecogenicidad respecto a la piel adyacente. El modo Doppler no identificó aumento de la vascularización. Se solicitó analítica con hemograma, coagulación, bioquímica básica, VSG, PCR, factor reumatoide, inmunoglobulinas, urinoanálisis y estudio de autoinmunidad, donde sólo destacaba una VSG de 27mm. La serología de *Borrelia burgdorferi* fue negativa. Además se realizó una exploración oftalmológica sin hallazgos y se tomó una muestra para análisis histológico.

Por los hallazgos clínicos, histológicos y ecográficos, se realizó el diagnóstico de morfea profunda solitaria. Se instauró tratamiento con corticoide tópico de alta potencia durante 4 semanas, sin observarse progresión ni aparición de nuevas lesiones tras 6 meses de seguimiento.

La morfea profunda solitaria es una entidad benigna que es importante reconocer para evitar tratamientos o procedimientos agresivos.

Comunicación 4

FIEBRE RECURRENTE EN UN LACTANTE

Autores

Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
Sánchez Calvo	Alicia	MIR MFYC, Centro de Salud del Natahoyo
González García	Javier	FEA Pediatría, Hospital Universitario de Cabueñes
De la Fuente Laso	Pilar	MIR MFYC, Centro de Salud de Contrueces
Álvarez Calleja	María	MIR MFYC, Centro de Salud del Coto
Higelmo Gómez	Helena	MIR Pediatría, Hospital Universitario de Cabueñes
Martino Blanco	Mayra	MIR MFYC, Centro de Salud del Coto

Resumen

Niño de 16 meses derivado desde Atención Primaria a urgencias hospitalarias por episodios recurrentes de faringoamigdalitis con test rápido de estreptococo negativo. Había presentado varios episodios desde el comienzo del curso escolar, de periodicidad mensual, con fiebre y faringitis, sin aftas ni otros síntomas. No había tenido episodios similares en verano. Crecimiento y desarrollo normales. Las infecciones habían coincidido siempre con la infección de algún familiar. No antecedentes familiares de fiebres recurrentes en la infancia ni enfermedades autoinmunes ni inmunodeficiencias. Derivado para descartar neutropenia cíclica.

En la exploración presentaba una orofaringe hiperémica con amígdalas hipertróficas y adenopatías bilaterales móviles, no dolorosas, siendo el resto de la exploración física normal. Se realizaron hemograma y bioquímica, donde se evidencian una elevación de reactantes de fase aguda (PCR 106 mg/L, VSG 30 mm), sin existencia de neutropenia. Se pautó corticoide oral a dosis de 1 mg/kg durante dos días, con franca mejoría, y se citó en consultas externas de reumatología pediátrica.

La fiebre recurrente es habitual en los niños, especialmente al comienzo de la escolarización. La causa más frecuente son infecciones banales de repetición, cuya frecuencia condiciona, en ocasiones, una cierta periodicidad entre los episodios febriles. Es por ello necesario detectar en consulta cualquier signo de alarma que nos haga sospechar patologías más graves (enfermedades autoinmunes, inmunodeficiencias...)

El síndrome PFAPA pertenece al grupo de las enfermedades autoinflamatorias que cursan con fiebre recurrente, siendo la más frecuente. Tiene un carácter crónico, benigno y autolimitado. Se debe pensar en él ante episodios de fiebre recurrente, faringitis, adenopatías y aftas, que se presenten con una periodicidad fija en un paciente sano, con buen desarrollo y asintomático entre los episodios. Un adecuado conocimiento de esta entidad por parte de los pediatras de Atención Primaria permite un diagnóstico más rápido, menor gasto sanitario, una disminución de la ansiedad familiar y una disminución del uso inadecuado de los antibióticos.

Comunicación 5

EL SÍNTOMA “ICEBERG”

Autores

Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
Arce Gómez	Iker	<i>Estudiante Facultad de Medicina Oviedo</i>
Llosa Pérez	Julia	<i>Estudiante Facultad de Medicina Oviedo</i>
Blanco Díaz	María	<i>Profesora Facultad de Fisioterapia Oviedo</i>
Ordóñez Alonso	Mª Angeles	<i>Centro de Salud de La Corredoria</i>

Resumen

En ocasiones, hay un único síntoma que motiva la consulta de las familias y que puede parecer banal; sin embargo tras él hay una enfermedad, una alteración o un síndrome con mucha mayor trascendencia de la prevista.

Presentamos 3 casos clínicos, cuyos motivos de consulta fueron los siguientes:

- 1- “El niño se tropieza por las noches con las esquinas”
- 2- “La niña tiene flato cuando corre”
- 3- “Este bebé saca mucho la lengua”

A menudo, en las consultas sobrecargadas, podemos caer en el riesgo de menospreciar apreciaciones o preocupaciones de las familias a priori irrelevantes.

En los casos que se presentan, el síntoma iceberg era solo una mínima parte visible de otra patología más severa:

- 1- Retinosis pigmentaria
- 2- Alteración estática vertebral y afectación muscular por dismetría de EEII
- 3- Síndrome de Wiedemann Beckwith

Conviene, por tanto, entrenar el ojo clínico y dedicar tiempo a la anamnesis y exploración, a pesar de la masificación de las consultas de pediatría de atención primaria.

Comunicación 6

DESARROLLO DE LA CAMPAÑA “CONFIANZA” EN EL CENTRO DE SALUD DE LA CORREDORIA

Autores

Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
Fueyo Suárez	Laura	<i>Estudiante Facultad de Medicina Oviedo</i>
Gómez Gómez	Paula	<i>Estudiante Facultad de Medicina Oviedo</i>
Fernández Francés	María	<i>Centro de Salud de La Corredoria</i>
Sarmiento Martínez	María Mercedes	<i>Centro de Salud de La Corredoria</i>

Resumen

Introducción.

El 1 de febrero se inicia a nivel nacional la recogida de firmas en defensa de la Pediatría de Atención Primaria (PAP) mediante la campaña “confianza”. El 5 de febrero iniciamos las prácticas las estudiantes de Medicina Laura Fueyo y Paula Gómez.

Objetivos.

Conocer la opinión que tienen las familias del CS de la Corredoria sobre la campaña “confianza” e indirectamente sobre la PAP. Conocer el número de firmas recogidas en el Centro de Salud (CS).

Material y métodos.

Se preguntó a las familias que acudieron a la consulta de Pediatría si conocían la campaña y a través de qué medio. Se recogieron sus inquietudes al respecto. Se realizó un recuento de todas las firmas recogidas en el CS.

Resultados.

Se recogió información de 93 familias. 69 no conocían la campaña. Todas ellas firmaron. Las opiniones recogidas fueron muy variadas: “el Pediatra es el que mejor trata a los niños”, “cada especialista tiene su trabajo”, “recortes siempre en el mismo sitio”, “¿cuántas veces puedo firmar?”, “no podemos ir a la privada”, “se cargan algo que funciona bien”, entre otras. En el CS, entre los días 1 de febrero y 13 de abril, se recogieron 2886 firmas.

Conclusiones.

Sólo hemos recogido las opiniones de algunas familias durante nuestro periodo de prácticas pero, dada la uniformidad en sus comentarios y el apoyo a la campaña, creemos que representan adecuadamente el sentir de las familias del CS de La Corredoria. Nos sorprende la poca información que tenían sobre la campaña a pesar de haberse difundido por redes sociales y “change.org”. Las opiniones recogidas consideran una pérdida de la calidad la ausencia de Pediatras en AP y muestran una menor confianza en la atención ejercida por Médicos de Familia. Gracias a la movilización de todos los miembros del EAP de La Corredoria se ha conseguido recoger un número importante de firmas. Todo ello muestra que tanto la población como los profesionales sanitarios apoyan el modelo de Atención Primaria con Pediatras en el primer nivel asistencial.

Comunicación 7

DESARROLLO DE LA CAMPAÑA “CONFIANZA” EN EL CENTRO DE SALUD DE LA CORREDORIA

Autores

	Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
1	Míguez Martín	Laura	Hospital Universitario de Cabueñes
2	Higelmo Gómez	Helena	Hospital Universitario de Cabueñes
3	Valverde Pérez	Noelia	Hospital Universitario de Cabueñes
4	Martín Díaz	Matilde	Hospital Universitario Central de Asturias
5	Álvarez Álvarez	Andrea	Hospital Universitario de Cabueñes
6	Suárez Castañón	Cristina	Hospital Universitario de Cabueñes

Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
Fueyo Suárez	Laura	<i>Estudiante Facultad de Medicina Oviedo</i>
Gómez Gómez	Paula	<i>Estudiante Facultad de Medicina Oviedo</i>
Fernández Francés	María	<i>Centro de Salud de La Corredoria</i>
Sarmiento Martínez	María Mercedes	<i>Centro de Salud de La Corredoria</i>

Resumen

Introducción.

El 1 de febrero se inicia a nivel nacional la recogida de firmas en defensa de la Pediatría de Atención Primaria (PAP) mediante la campaña “confianza”. El 5 de febrero iniciamos las prácticas las estudiantes de Medicina Laura Fueyo y Paula Gómez.

Objetivos.

Conocer la opinión que tienen las familias del CS de la Corredoria sobre la campaña “confianza” e indirectamente sobre la PAP. Conocer el número de firmas recogidas en el Centro de Salud (CS).

Material y Métodos:

Se preguntó a las familias que acudieron a la consulta de Pediatría si conocían la campaña y a través de qué medio. Se recogieron sus inquietudes al respecto. Se realizó un recuento de todas las firmas recogidas en el CS.

Resultados.

Se recogió información de 93 familias. 69 no conocían la campaña. Todas ellas firmaron. Las opiniones recogidas fueron muy variadas: “el Pediatra es el que mejor trata a los niños”, “cada especialista tiene su trabajo”, “recortes siempre en el mismo sitio”, “¿cuántas veces puedo firmar?”, “no podemos ir a la privada”, “se

Comunicación 7

cargan algo que funciona bien”, entre otras. En el CS, entre los días 1 de febrero y 13 de abril, se recogieron 2886 firmas.

Conclusiones.

Sólo hemos recogido las opiniones de algunas familias durante nuestro periodo de prácticas pero, dada la uniformidad en sus comentarios y el apoyo a la campaña, creemos que representan adecuadamente el sentir de las familias del CS de La Corredoria. Nos sorprende la poca información que tenían sobre la campaña a pesar de haberse difundido por redes sociales y “change.org”. Las opiniones recogidas consideran una pérdida de la calidad la ausencia de Pediatras en AP y muestran una menor confianza en la atención ejercida por Médicos de Familia. Gracias a la movilización de todos los miembros del EAP de La Corredoria se ha conseguido recoger un número importante de firmas. Todo ello muestra que tanto la población como los profesionales sanitarios apoyan el modelo de Atención Primaria con Pediatras en el primer nivel asistencial.

Comunicación 8

LA DECISIÓN, EL INICIO, MANTENIMIENTO Y ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EN LOS PRIMEROS DÍAS DE VIDA.

Autores

Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
Fernández Francés	María	Centro de Salud de La Corredoria
Coto Fuente	María del Mar	Centro de Salud de La Magdalena
Ordóñez alonso	M. Ángeles	Centro de Salud de La Corredoria
Pérez Candás	José Ignacio	Centro de Salud de Sabugo
Fernández López	Francisco Javier	Centro de Salud de Nava
García Merino	Águeda	Centro de Salud de Vallobín
Domínguez Aurrecochea	Begoña	Red de Vigilancia e Investigación Epidemiológica de Pediatría de Atención Primaria.(PAPenRed)

Resumen

Objeto, material y métodos.

El objetivo principal es conocer el tipo de alimentación y factores asociados. Estudio longitudinal prospectivo de una cohorte de niños nacidos entre marzo de 2017 y febrero de 2018 que acuden por primera vez y antes de los 15 días de vida a las consultas de pediatría de AP pertenecientes a una red de investigación con cobertura nacional (PAPenRed).

Variables: Edad y factores socioculturales de los progenitores; tipo de alimentación y razones expuestas; causas de inicio de lactancia artificial (LA) y abandono de lactancia materna (LM).

Se recogieron los datos mediante formulario específico en la visitas de los 15 días.

Los resultados (preliminares de 1550 visitas) se ofrecen en forma de porcentajes y cuando proceda se calcula el RR con su intervalo de confianza al 95%.

Decisión acerca de la alimentación: El 90,4% decidió dar LM.

El 69,5% lo decidió antes de estar embarazada, el 25,3% durante el embarazo y el 5,1% después del nacimiento. (Tabla, “razones que influyen en la decisión”).

Alimentación a los 15 días: Recibe LME el 65,14%; LM predominante el 1,29%; L mixta 22,19%; LA tras abandono de LM el 1,8%; LA desde RN 9,58%. (Tabla, “razones de inicio de LA y abandono de LM”).

Edad materna: El RR de LME es mayor en madres de 30-34 años vs de 25-29 (72% vs 61%; RR=1,18; IC 95: 1,03 a 1,34; p=0,011).

Nivel de estudios madre: RR de LME mayor en universitarias que en no universitarias (75% vs 58%; RR 1,30, IC 95: 1,20 a 1,41; p<0,000).

Conclusiones.

El inicio de leche de fórmula y abandono de la LM se produce fundamentalmente en los 7 primeros días de vida. Es necesario acompañar a las madres lactantes ya que el motivo de abandono se debe mayoritariamente a causas maternas. Parece necesario reforzar más la LM a las madres más jóvenes y con menor nivel de estudios.

Comunicación 8

Tabla: Razones expuestas por las madres para: Inicio de LM de RN; L Artificial (LA) desde RN; Inicio de Leche de fórmula; Abandono de LM.

	Razones de inicio de LM		Razones de LA desde RN		Razones de Inicio de Leche de fórmula		Razones de abandono LM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Experiencias previas	395	39,0%	60	40,3%	-	-	-	-
Pareja	342	33,8%	26	17,5%	-	-	-	-
Matronas/enfermeras	315	31,1%	10	6,7%	52	15,7%	3	11,54%
Familia	259	25,6%	8	5,4%	-	-	-	-
Médicos-Pediatras	167	13,5%	19	12,8%	87	25,2%	0	0%
Libros	114	11,2%	0	0%	-	-	-	-
Otras madres	107	10,5%	4	2,7%	-	-	-	-
Amigos	86	8,5%	5	3,4%	-	-	-	-
Decisión propia	67	6,6%	26	17,4%	70	20,29%	9	34,62%
Tenía la sensación de tener poca leche	-	-	-	-	105	30,43%	12	46,15%
Tenía la sensación de que el bebé tenía hambre	-	-	-	-	156	24,53%	14	53,85%
El bebé ganaba poco peso	-	-	-	-	70	20,29%	4	15,38%
Grietas	-	-	-	-	45	13,04%	8	30,77%
Dolor en los pechos	-	-	-	-	41	11,88%	6	23,08%
Enfermedad del bebé	-	-	-	-	16	4,64%	1	3,85%
Mastitis	-	-	-	-	5	1,45%	1	3,85%
Frenillo	-	-	-	-	8	2,32%	0	0%
Enfermedad materna	-	-	-	-	4	1,16%	3	11,54%
Total respuestas	1852		158		636		61	
Total encuestas	1013		149		345		26	

Comunicación 9

ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN MENOR DE 15 AÑOS EN ASTURIAS A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA DE ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO ESNUPI-AS 2017

Autores

Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
Ordoñez Alonso	M. Ángeles	Centro de Salud de La Corredoria
Domínguez Aurrecochea	Begoña	Coordinación PAPenRed
Pérez Candás	J. Ignacio	Centro de Salud de Sabugo
Sánchez Echenique	Manuela	Servicio Navarro de Salud Atención Primaria
Del Frade Osinaga	Josu	Técnico del CIBER. Instituto de Salud Pública Navarra

Resumen

Objetivos.

Valorar el estado de nutrición de los menores de 15 años de Asturias: delgadez, baja talla, sobrepeso y obesidad, y devolver la información obtenida a pediatras y gestores.

Métodos.

Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Población diana: menores de 15 años registrados en los centros de salud. Fuente de datos: historia clínica informatizada de Atención Primaria. Variables: último peso y talla registrados, fecha de medida y de nacimiento, sexo, y códigos de área, zona básica y pediatra. Indicadores calculados: peso/edad; talla/edad; índice de masa corporal (IMC)/edad y peso/longitud (< cinco años). Patrones de comparación: estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los softwares ANTHRO y ANTHRO PLUS. Se calcularon para cada niño la desviación estándar (DE) según edad y sexo para el IMC/edad, talla/edad y peso/edad; (Z-standard) y las prevalencias de cada variable ajustadas por edad y sexo.

Resultados.

Se obtuvo una base neta con 112.546 registros: el 51,2% niños y el 48,8% niñas. Presentaron baja talla el 2,2%; normopeso el 65,3%; sobrepeso el 22,1%; obesidad el 11,2%-, obesidad severa el 2,1% y delgadez el 1,1%. Por sexos, la tasa de obesidad es mayor en niños (12,4) que en niñas (9,6). Por edades, la tasa de exceso de peso fue mayor en el tramo de 10 a 14 años (41,7). El tramo entre 5 y 9 años presentó las mayores tasas de obesidad (15,5) y obesidad severa (5).

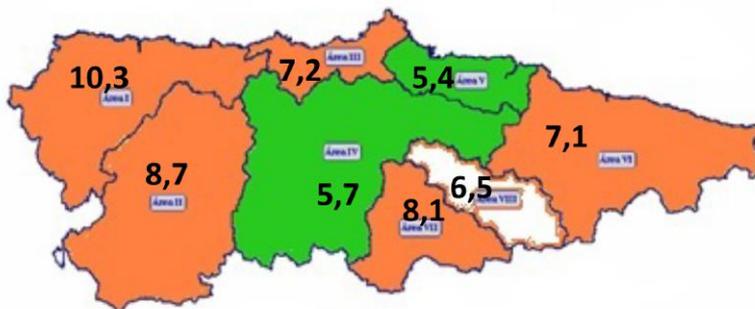
El Área I tiene los peores indicadores para todas las edades. Las diferencias entre las 67 zonas básicas son de hasta 44 puntos para el Exceso de peso en los niños de 5 a 9 años.

Conclusiones.

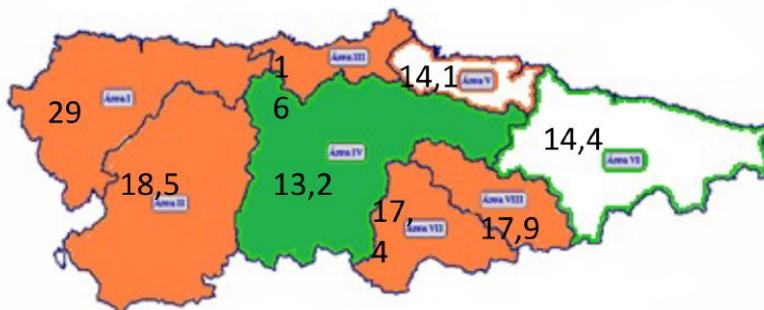
La historia clínica informatizada permite conocer los indicadores del estado nutricional de la población < de 15 años. Las diferencias tan importantes en el exceso de peso y obesidad, entre las zonas básicas precisarán de estudios que ayuden a encontrar las causas para intentar corregirlas.

Comunicación 9

Obesidad. Tasa ajustada de 0 a 4 años. Asturias: 6,3



Obesidad Tasa ajustada de 5 a 9 años. Asturias:14,9



Obesidad Tasa ajustada de 10 a 14 años. Asturias:14



 Por encima de la media de Asturias.
 Por debajo de la media de Asturias.

Comunicación 10

EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE NUTRICIÓN DE LA POBLACIÓN MENOR DE 15 AÑOS EN ASTURIAS A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO ESNUPI-AS 2012-2017

Autores

Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
Domínguez Aurrecochea	Begoña	Coordinación PAPenRed
Ordoñez Alonso	M. Ángeles	Centro de Salud de La Corredoria
Pérez Candás	J. Ignacio	Centro de Salud de Sabugo
Sánchez Echenique	Manuela	Servicio Navarro de Salud Atención Primaria
Del Frade Osinaga	Josu	Técnico del CIBER. Instituto de Salud Pública Navarra
Díaz Estrada	Encarnación	

Resumen

Objetivos.

Comparar el estado de nutrición de los menores de 15 años de Asturias: delgadez, baja talla, sobrepeso y obesidad del 2017 con los datos recogidos en el 2012 con el mismo diseño.

Métodos.

Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Población diana: menores de 15 años registrados en los centros de salud. Fuente de datos: historia clínica informatizada de Atención Primaria. Variables: último peso y talla registrados, fecha de medida y de nacimiento, sexo, y códigos de área, zona básica y pediatra. Indicadores calculados: peso/edad; talla/edad; índice de masa corporal (IMC)/edad y peso/longitud (< cinco años). Patrones de comparación: estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los softwares ANTHRO y ANTHRO PLUS. Se calcularon para cada niño la desviación estándar (DE) según edad y sexo para el IMC/edad, talla/edad y peso/edad; (Z-standard) y las prevalencias de cada variable ajustadas por edad y sexo. Se comparan con los datos del 2017 con los del 2012

Resultados.

La base neta de 2012 fue de 89.989 y en 2017 de 112.546 registros. Presentaron Baja talla 1,8% (2012): 2,2%.(2017) Normopeso 65,6% vs 65,3%. Sobrepeso: 22,5% vs 22,1%; Obesidad: 10,8% vs 11,2%. Obesidad severa: 1,9% vs 2,1%. Delgadez: 1,1% vs 1,4%.

Por tramos de edad hay un descenso en Exceso de Peso de 10 a 14 años de 41,9% en 2012 a 36,8% en 2017 y un aumento en obesidad mórbida en todos los tramos etarios. Por áreas, y tramos de edad (ver tabla):

Por zonas básicas En obesidad y grupos etarios las diferencias entre máximas y mínimas tasas son mayores para el grupo de 5 a 9 años: 33,3 puntos (2017) y 25,9 en 2012.

Conclusiones.

La evolución 2012/2017 no muestra diferencias significativas globales pero hay mucha irregularidad con mejora en varias áreas en la tasa de exceso de peso y empeoramiento en otras, fundamentalmente, en obesidad severa. Hay grandes diferencias entre las zonas básicas que incluso han aumentado en algunos parámetros y tramos de edad. Se precisan estudios para conocer las causas y posibles estrategias de mejora.

Comunicación 10

Exceso de peso						
	2017	2012	2017	2012	2017	2012
	0 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años	
Área I	32,1	31,5	52,2	41,9	48,8	50,1
Área II	32,2	30,5	39,8	40,4	44,4	43,1
Área III	28,3	29,6	39,3	40,5	42,2	41,9
Área IV	23,7	24,9	34,2	34	37,2	40,3
Área V	23,4	23,5	35,3	37,9	38,2	40,3
Área VI	27,1	27,1	34,8	32,7	38,9	39,9
Área VII	25,8	26,9	38,8	40,3	45,3	45,9
Área VIII	26,9	28,3	39,2	42	46,3	48,1
Por encima de la media de Asturias,						
Por debajo de la media de Asturias,						
La tasa del 2012 del área es superior a la del 2017						
La tasa del 2012 del área es inferior a la del 2017						

Obesidad						
	2017	2012	2017	2012	2017	2012
	0 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años	
Área I	10,3	9,4	29	18	20,5	19,6
Área II	8,7	8,4	18,5	18,9	17,6	17,8
Área III	7,2	7,3	16	17,3	15,1	14,6
Área IV	5,7	5,6	13,2	12,8	12,4	13,2
Área V	5,4	5,3	15,1	15,8	12,5	12,6
Área VI	7,1	6,2	14,4	12,1	14,8	14,9
Área VII	8,1	7,9	17,4	18,4	17,4	18,3
Área VIII	6,5	7,1	17,9	18,2	17,8	19,2
Por encima de la media de Asturias,						
Por debajo de la media de Asturias,						
La tasa del 2012 del área es superior a la del 2017						
La tasa del 2012 del área es inferior a la del 2017						

Obesidad severa						
	2017	2012	2017	2012	2017	2012
	0 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años	
Área I	2,9	2	12,5	5,4	3,1	2,6
Área II	2,2	1,5	4,5	5,3	1,3	2,2
Área III	1,3	1,3	4	4,3	2,1	1,7
Área IV	1,2	1,1	3,5	3	1,1	1
Área V	1,1	0,9	3,9	3,9	1,4	1,2
Área VI	1	1,1	3,6	3	2,4	1,1
Área VII	1,6	1,8	5,1	4,2	2,6	2,1
Área VIII	1,5	1,3	4,5	4,6	1,7	1,8
Por encima de la media de Asturias,						
Por debajo de la media de Asturias,						
La tasa del 2012 del área es superior a la del 2017						
La tasa del 2012 del área es inferior a la del 2017						

Convocatoria
Asamblea
General 2018

CONVOCATORIA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA 2018

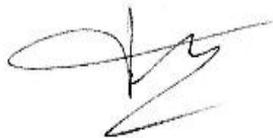
Estimados socios/ Estimadas socias:

Según lo establecido en el art. 12 de los estatutos actualmente vigentes de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPap) os convoco a la **Asamblea General Ordinaria de 2018** que se celebrará en el salón de actos del **Colegio Oficial de Médicos de Asturias en Oviedo**, el **viernes 11 de mayo a las 18.00 h.**

Orden del día

1. Apertura de la Asamblea y aprobación del orden del día, a cargo del Presidente de la Asociación, *D. José Ignacio Pérez Candás.*
2. Lectura y aprobación, si procede, del acta de la Asamblea anterior, a cargo del Secretario de la AAPap, *D. Francisco Javier Fernández López.*
3. Presentación y aprobación, si procede, del informe de actividad de la AAPap durante el último año, a cargo del Presidente de la Asociación, *D. José Ignacio Pérez Candás.*
4. Presentación y aprobación, si procede, del informe económico, cuentas y presupuesto de la AAPap, a cargo de la Tesorera, *Dña. Ma de los Angeles Ordóñez Alonso.*
5. Admisión de nuevos socios y nombramiento de socios de honor.
6. Análisis de la situación actual de la Pediatría de Atención Primaria en Asturias y de las posibles acciones que se pueden emprender.
7. Elecciones a la Junta Directiva de la AAPap.
8. Ruegos y preguntas.

Saludos cordiales.



Fdo. Francisco Javier Fernández López.
Secretario de la Junta Directiva de la AAPap.

Oviedo, a 9 de abril de 2018.

Acta
Asamblea
General 2017



Acta de la Asamblea General Ordinaria de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPap) del día 29 de Abril de 2017, celebrada en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Asturias en Oviedo

Con la presencia de diecisiete personas socias, a las 18.15 horas fue inaugurada la Asamblea, que se desarrolló conforme al siguiente

Orden del día

1. Apertura de la Asamblea y aprobación del orden del día, a cargo del Presidente de la Asociación, D. José Ignacio Pérez Candás.

El orden del día, según la convocatoria remitida a los socios, es aprobado por asentimiento.

2. Lectura y aprobación, si procede, del acta de la Asamblea anterior, a cargo del Secretario de la AAPap, D. Francisco Javier Fernández López.

Se reparten copias del acta de la Asamblea de 2016, que es aprobada por asentimiento.

3. Presentación y aprobación, si procede, del informe de actividad de la AAPap durante el último año, y de las líneas estratégicas para el próximo, a cargo del Presidente de la Asociación, D. José Ignacio Pérez Candás.

El Presidente resume los aspectos más importantes del informe de actividad y las líneas estratégicas para el próximo año. Detalla las acciones emprendidas respecto a la última OPE. Se puede consultar en: <http://www.aepap.org/federadas/asturias>

Se producen varias intervenciones acerca de la última OPE y los procesos selectivos anteriores, señalando el hecho de la falta de diferenciación entre Pediatría de Atención Primaria y Hospitalaria, así como la necesidad de realizar propuestas a la administración antes de la convocatoria de las próximas oposiciones.

El Secretario recuerda que ya se ha hecho llegar nuestra opinión sobre los procesos selectivos a la administración y que es uno de los puntos del comunicado emitido con motivo del VI Congreso de la AAPap, que también puede consultarse en la web.

El Presidente comenta que en el seno de la AEPap se está trabajando para lograr que los procesos selectivos sean homogéneos en las distintas comunidades autónomas, ya que se han constatado grandes diferencias.

Se produce un debate sobre la existencia y el futuro de las dos categorías de pediatras -hospitalarios y atención primaria-.

El informe se aprueba sin votos en contra.

4. Presentación y aprobación, si procede, del informe económico, cuentas y presupuesto de la AAPap, a cargo de la Tesorera, Dña. M^a de los Angeles Ordóñez Alonso.

La Tesorera presenta el informe económico y las cuentas correspondientes a 2014, con especial atención al balance del V Congreso así como el presupuesto para 2017.

Se produce un debate sobre las posibles alternativas para ahorrar costes en la organización del Congreso.

Se aprueban sin votos en contra.

5. Ratificación, si procede, de Dña. Sonia Alonso Alvarez como vocal del Area II, Dña. Carmen Castañón Rodríguez como vocal del Area VI y Dña. M^a Teresa Benito Martín como vocal del Area VIII.

Se aprueba por unanimidad.

6. Admisión de nuevos socios y nombramiento de socios de honor.

El Secretario recuerda que, desde hace cuatro años, se propone a los socios/as jubilados/as ser nombrados "socios de honor". Desde la última Asamblea se ha producido la jubilación de Victoria Brabo Garrido, quien es nombrada por unanimidad "socia de honor" y recibirá la insignia de plata la AAPap

Son admitidos, por unanimidad, como nuevos socios, Dña. Marta Fernández Morán, Dña. Aida Fidalgo Alonso, Dña. Helena Higelmo Gómez y D. José David Herrero Morín, quienes lo habían solicitado desde la última Asamblea.

7. Ruegos y preguntas.

El Secretario anuncia que la junta directiva continuará realizando el seguimiento de los asuntos planteados durante el último año a las autoridades sanitarias, especialmente los que tienen que ver con las oposiciones y sus resultados.

El Secretario recuerda que en la Asamblea del año que viene corresponde celebrar elecciones a la Junta Directiva y que previamente se abrirá el proceso electoral correspondiente. Insiste en la necesidad de que se presenten candidatos suficientes para garantizar el relevo, ya que algunas personas llevan muchos años en la Junta.

El Secretario recuerda la importancia de colaborar con las distintas encuestas que se envían por los distintos grupos de trabajo o secciones de la AAPap y AEP, puesto que el número de respuestas recibidas es bajo.

Se debate, un año más, sobre la escasa participación en la Asamblea y las posibles formas de potenciar dicha participación.

Concluye la Asamblea a las 19.25 horas.

Fdo. Francisco J. Fdez. López.
Secretario.

Fdo. José Ignacio Pérez Candás.
Presidente.

Para Asociarse
a la AAPap

PARA ASOCIARSE O MODIFICAR DATOS

1. www.aepap.org



2. Pinchar en la pestaña que corresponda



Hay que utilizar siempre la dirección de correo electrónico que nos habéis facilitado. Si no la recordáis, podéis preguntar al secretario: fjavierfl@telecable.es

Conviene tener actualizado el navegador para que no surjan problemas.

NOTAS

NOTAS

Organiza



Financia



Colaboran



Solicitada acreditación



