

V MEMORIA CONGRESO XV REUNIÓN ANUAL

Asociación
Asturiana de
Pediatría de
Atención Primaria



Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
PROGRAMA	6
OBJETIVOS	10
ACREDITACIONES	13
CERTIFICADOS	18
RESULTADOS CIENTIFICOS DEL V CONGRESO	21
ESTADÍSTICAS	29
COMIDA CONFRATERNIDAD Y HOMENAJE	32
ASAMBLEA	33
REPERCUSIÓN INFORMATIVA	57
COLABORADORES Y PATROCINADORES	60
CÓDIGO ÉTICO	61
ÁLBUM	68

INTRODUCCIÓN

El V Congreso. Saluda del presidente

El V Congreso, XV Reunión Anual, está dedicada a la atención del niño prematuro y a patología prevalente del aparato respiratorio. Debo dar las gracias a todos los ponentes, Dres.: Pallás, Soriano, Alcántara, Gutiérrez, García, Cano, López, Mora, Suárez y Fernández por su disponibilidad pues, sin ella, no hubiera sido posible celebrar este evento. También debo agradecer a la Junta Directiva su esfuerzo continuado a lo largo de todo el año, no solo para la realización de nuestras actividades formativas generales, sino aquellas que se están realizando en la mayor parte de las Áreas Sanitarias, en colaboración con los Servicios de Pediatría de los hospitales de referencia de las mismas, pero también, exclusivamente, de los pediatras de atención primaria, como en el caso del Área IV. Dentro de la Junta es especialmente relevante, en estos aspectos formativos, el trabajo de nuestro Vocal de Formación: Dr. Fernández Cuesta.

Este año desde el punto de vista profesional, en nuestro contacto con las autoridades y con los medios de comunicación haremos especial referencia a los problemas graves de recursos humanos que estamos padeciendo y que hacen que tengamos varias plazas de pediatría de Atención Primaria ocupadas, eventualmente, por médicos sin la especialidad, pero también que asistamos a la proliferación de la figura del Pediatra de Área, no pensada y regulada para las funciones para las que la están usando en la actualidad en algunas Áreas, especialmente en la IV. Todo esto puede poner en peligro el alto nivel de calidad y seguridad de las prestaciones pediátricas del Servicio de Salud.

En fin, os quiero animar a participar en esta oportunidad de formación, que tanto esfuerzo, de tantas personas, precisa para su realización. Se las dificultades grandes que existen de todo tipo, sobre todo la escasez de sustituciones de los profesionales, pero debemos sobreponernos y seguir participando en la formación porque garantiza la máxima calidad y seguridad de las prestaciones que damos a nuestros pequeños.

Nos vemos en Abril, en Oviedo.

*José Ignacio Pérez Candás
Presidente de la AAPap.*

Comité organizador

Junta directiva de la AAPap

Presidente:

Dr. José Ignacio Pérez Candás.

Director:

Dr. Luis Miguel Fernández Cuesta

Secretario:

Dr. Francisco Javier Fernández López

Vocales:

Dra. Ana Pérez Vaquero

Dra. Zoa García Amorin

Dra. María Cristina de la Infiesta Álvarez

Dra. Rosa Isela Fernández Fernández

Dra. Purificación López Vilar

Dra. María de los Ángeles Ordóñez Alonso

Dra. Rosa Rodríguez Posada

Dra. Elena Taborga Díaz

Comité Científico

Presidente:

Dr. Luis Miguel Fernández Cuesta

Secretaria:

Dra. Águeda García Merino

Vocales:

Dr. Jacinto Martínez Blanco

Dra. Mercedes Sarmiento Martínez

Dra. Mar Coto Fuente

PROGRAMA

Jueves 7 de abril de 2016

• 16.00 h

Entrega de documentación

• 16.15 h

Inauguración

• 16.45 - 17.45 h

Conferencia inaugural (entrada libre)

Importancia de las primeras horas de vida

Dra. Rosa Pallás Alonso

*Pediatra. Jefa del Servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre. Madrid.
Profesora de la Universidad Complutense de Madrid.*

Presentación:

Dr. José Ignacio Pérez Candás.

Pediatra. Centro de Salud de Sabugo. Avilés.

• 17.45 h

Descanso - café

• 18.15 - 20.30 h

Pósteres y comunicaciones orales

(entrada libre)

Moderadora:

Dra. Águeda García Merino

Pediatra. Centro de Salud de Vallobín-La Florida. Oviedo.

Se presentaron las siguientes comunicaciones:

1. Soy joven, soy rebelde, yo no fumo.
2. Tabaco. Resultados de intervenir en el instituto.
3. Fotografía y salud en el instituto.
4. Búsqueda de información de salud en internet y asesoramiento por el pediatra de atención primaria.
5. Consulta con el pediatra e internet. ¿Qué hacen las familias de Pumarín?
6. Recomendaciones al alta de urgencias y fiebrefobia.
7. Encuesta sobre hábitos de vida. ¿Qué hacen nuestros niños?
8. ¿Condicionan los hábitos de vida de los niños su índice de masa corporal?
9. Convulsión afebril en un lactante secundaria a hematoma subdural.

Recibió el premio a la mejor comunicación la titulada: **Soy joven, soy rebelde, yo no fumo.**

Viernes 8 de abril de 2016

MAÑANA

• 9.30 - 14.30 h.

Talleres simultáneos (Pausa-café a la mitad)

1. Patología respiratoria en Atención Primaria.

Ponentes:

Dra. Leticia Alcántara Canabal

Pediatra. Centro de Salud Paulino Prieto. Oviedo.

Dr. José Ramón Gutiérrez Martínez

Pediatra. Unidad de Neumoalergia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Dra. Águeda García Merino

Pediatra. Centro de Salud de Vallobín-La Florida. Oviedo.

Moderador:

Dr. Alfredo Cano Garcinuño

Pediatra. Centro de Salud de Villamuriel de Cerrato. Palencia.

2. Cuidados en Atención Primaria de los nacidos demasiado pronto.

Ponentes:

Dra. Rosa Pallás Alonso

Pediatra. Jefa del Servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre. Madrid. Profesora de la Universidad Complutense de Madrid.

Dr. Javier Soriano Faura

Pediatra Centro de Salud Fuensanta. Valencia. Coordinador del Grupo Previnfad de la AEPap.

Moderadora:

Dra. Purificación López Vilar

Pediatra. Centro de Salud Puerta de la Villa. Gijón.

• 14:45 - 16:15 h.

Comida de trabajo. Homenaje a compañeros (Hotel Barceló)

TARDE

• 16.30 - 18.30 h.

Mesa Redonda

Neumonía adquirida en la comunidad

Dra. Isabel Mora Gandarillas

Pediatra. Centro de Salud de Infiesto.

Bronquiolitis del lactante

Dr. Alfredo Cano Garcinuño

Pediatra. Centro de Salud de Villamuriel de Cerrato. Palencia.

Infecciones de vías respiratorias altas

Dra. Cristina Suárez Castañón

Pediatra. Centro de Salud Severo Ochoa. Gijón.

Moderador:

Dr. José Manuel Fernández Menéndez

Pediatra. Hospital de Cabueñes. Gijón.

• 18.30 h.

Asamblea General de la AAPap.

INSCRIPCIONES: Del 1 al 31 de marzo

INSCRIPCIONES:

Del 1 al 31 de marzo de 2016 sólo por correo electrónico:

aapediatria@hotmail.com cumplimentando el formulario adjunto.

SECRETARÍA: Dra. Ma Ángeles Ordóñez Alonso. Teléfono: 985 601555.

E-mail: aapediatria@hotmail.com

OBJETIVOS

Objetivo general

Con este Congreso continuamos el ciclo iniciado hace cuatro años con el que pretendemos intensificar la comunicación y el intercambio de información entre los pediatras de atención primaria y entre éstos y las diversas subespecialidades pediátricas presentes en los hospitales de la red pública del Servicio de Salud del Principado. Continuamos pues el ciclo, dedicándolo este año a la neonatología y la neumopediatría. El objetivo es actualizar conocimientos y mejorar nuestra capacitación en estos campos, lo que redundará en la mejora de la atención que recibe la población pediátrica por parte de los dos niveles asistenciales. El tema de las comunicaciones es libre y pretendemos estimular la participación de los pediatras de atención primaria en general y de los residentes de pediatría en particular, para despertar o aumentar su interés por el primer nivel asistencial.

Objetivos Específicos

Conferencia: Importancia de las primeras horas de vida.

Poner en valor la importancia de las primeras horas respecto al bienestar del recién nacido, el apego y el vínculo, así como la instauración de una lactancia materna eficaz y los efectos a largo plazo de estas medidas en el desarrollo del niño.

Talleres simultáneos:

1. Patología respiratoria en Atención Primaria.

Abrir un espacio de participación entre niveles asistenciales (atención primaria y especializada) para explorar las dificultades reales que impiden que se lleven a la práctica las directrices marcadas por las guías y protocolos, así como adecuar la práctica clínica a los conocimientos científicos actuales y a las mejores evidencias disponibles.

2. Cuidados en Atención Primaria de los nacidos demasiado pronto.

Reconocer las intervenciones que desde atención primaria aseguran la atención al desarrollo, el cribado sensorial, los problemas de alimentación, motores y neurológicos.

Descentralizar el seguimiento de los nacidos demasiado pronto y evitar duplicidades y exceso de visitas.

Mesa Redonda:

Neumonía adquirida en la comunidad.

Revisar los aspectos clínicos fundamentales de la neumonía adquirida en la comunidad, de acuerdo con los conocimientos científicos actuales:

- Etiología
- Epidemiología
- Factores de riesgo de la enfermedad
- Diagnóstico clínico y radiológico
- Diagnóstico etiológico
- Valoración de la gravedad
- Tratamiento
- Evolución y pronóstico
- Conocer las recomendaciones de las guías clínicas más recientes, tanto españolas como internacionales, respecto al diagnóstico, evaluación y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad.

Bronquiolitis del lactante.

Revisar los aspectos clínicos fundamentales de la bronquiolitis aguda, de acuerdo con los conocimientos científicos actuales:

- Etiología
- Epidemiología
- Factores de riesgo de la enfermedad
- Diagnóstico clínico

- Diagnóstico etiológico
- Valoración de la gravedad
- Tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Evolución y pronóstico
- Conocer las recomendaciones de las guías clínicas más recientes, tanto españolas como internacionales, respecto al diagnóstico, evaluación y tratamiento de la bronquiolitis
- Sensibilizar a los profesionales en la importancia de la lactancia materna.
- Promover un sistema de cuidados centrados en el desarrollo.

Pósteres y comunicaciones orales.

- Favorecer la participación y el intercambio de sus experiencias en la práctica clínica entre los asistentes.
- Fomentar el interés de los profesionales de atención primaria por la participación activa en los congresos.
- Interesar a los residentes en la pediatría de atención primaria.

Talleres simultáneos:

- Infecciones de vías respiratorias altas.
- Revisar los aspectos clínicos fundamentales de las infecciones de vías respiratorias altas, de acuerdo con los conocimientos científicos actuales.
- Conocer las recomendaciones de las guías clínicas más recientes, tanto españolas como internacionales respecto al diagnóstico, evaluación y tratamiento. Desear prácticas inadecuadas de tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Favorecer el manejo racional por parte de los profesionales de la patología respiratoria banal para facilitar la emponderación de los padres y cuidadores y “desmedicalizar” estos procesos.

ACREDITACIONES



Nº expediente	Título actividad	Fechas	Total credits
E1813	V Congreso y XV Reunión Anual de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria	Edición 1: 7/04/2016 al 8/04/2016	0,20
E1823	V Congreso AAPAP. Taller 1: patología respiratoria en atención primaria	Edición 1: 7/04/2016 al 8/04/2016	0,85
E1824	V Congreso AAPAP. Taller 2: cuidados en atención primaria de los nacidos demasiado pronto	Edición 1: 7/04/2016 al 8/04/2016	0,85

Este documento es una notificación provisional de créditos, a efectos de emisión del Diploma/Certificado con número de expediente y créditos asignados. En la próxima reunión de la Comisión de Acreditación, se realizará la ratificación de créditos y se enviara la Resolución definitiva. En los casos de solicitud de reediciones y reacreditaciones, se deberá aportar la Resolución definitiva.

Los promotores deberán remitir a la Secretaría de la Comisión, en el plazo de treinta días desde la finalización de la actividad de formación, una Memoria final que reflejará: a) Modificación eventual de la información aportada al formulario. b) Relación de participantes señalando aquellos a los que se les expida certificado de actividad acreditada. En el caso de admisión de personal no sanitario, alumnos de pregrado o profesionales sanitarios realizando formación sanitaria especializada, deberá especificarse esa condición en la relación nominal. c) Resultados obtenidos en la evaluación de la actividad. (Decreto 17/2004, de 22 de enero, de segunda modificación del Decreto 6/2011, de 23 de Febrero, por el que se crean la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y la Comisión de Acreditación de la Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Principado de Asturias, y se regulan su organización y funcionamiento).

INAUGURACIÓN

Composición mesa inaugural

Contó con la presencia del Ilmo. Sr. Consejero de Sanidad D. Francisco del Busto de Prado, el Ilmo. Sr. Presidente del Colegio de Médicos D. Alejandro Braña Vigil y el Presidente de la AAPap D. José Ignacio Pérez Candás.

Asistieron también al acto, entre otros, el Director del AGC de Pediatría del HUCA, la Jefa de Servicio de Pediatría del Hospital San Agustín, la Directora Asistencial del Área VII y la Directora Médica del hospital Alvarez Buylla.

Discurso inaugural del V Congreso, XV Reunión Anual de La AAPAP

Buenas tardes:

Quiero dar la bienvenida al Consejero de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias y al Presidente del Colegio de Médicos así como a mis queridas compañeras y a mis queridos compañeros a este V Congreso, XV Reunión anual de la AAPap.

Un año más y ya van quince, nos vemos para actualizarnos y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones que desde el Servicio de Salud del Principado damos a nuestros pequeños. Nos actualizamos para, como escribía Foucault en “el nacimiento de la clínica...”, (citando a Gilibert): “no tratar jamás una enfermedad, sin habernos asegurado del espacio”...y continuaba con palabras propias: “una intervención violenta es aquella que no se somete estrictamente ante la disposición ideal de la nosología. El conocimiento de la enfermedad es la brújula del médico; el éxito de la curación depende de un exacto conocimiento de la misma....de aquí el extraño carácter de la mirada médica: porque debe conocer para reconocer, y debe retener el conocimiento que apoyará su reconocimiento”. Para conocer, retener y delimitar los espacios, este año abordaremos la patología del aparato respiratorio más prevalente en atención primaria y la atención de los niños prematuros desde la misma. De esta forma apoyaremos el reconocimiento de nuestros pequeños pacientes. Para ello contamos con excelentes profesionales a los que desde aquí quiero agradecer su generoso altruismo.

Coincide nuestra reunión con la Jornada de Atención Primaria que este año lleva por lema: “al lado del paciente, del lado del paciente”, que tendrá su culminación el día 12 de abril en Madrid. A nosotros nos ha correspondido, como el año pasado, como miembros del Foro de Atención Primaria del Principado, ser los coordinadores de la misma en nuestra comunidad, y celebrarla en esta fecha, que de forma casual, ha coincidido con el congreso.

En el decálogo elaborado para la celebración de la misma se hace referencia a las dificultades que los médicos de atención primaria tenemos para el desempeño día a día de nuestra tarea. Haré referencia a aquellos más acuciantes en el Principado ya que cada autonomía tiene sus peculiaridades. Comenzaré haciendo un llamamiento para que se facilite la asistencia a estos eventos formativos, ya que me consta que no es fácil para muchos compañeros al no poder ser sustituidos por la falta de recursos humanos suficientes.

Es el de los recursos humanos, con diferencia, el principal escollo a corto plazo para mantener los elevados niveles de calidad de la atención sanitaria que presta el Servicio de Salud del Principado. Es un problema acuciante que hay que acotar a medio y largo plazo con una adecuada planificación tanto del número de efectivos como de la adecuada distribución de los mismos.

Creemos que algunos pasos dados en los últimos meses son adecuados, como en el caso del concurso de traslados y la oferta pública de empleo que le seguirá, por cierto, reitero la petición realizada en su día, para que se realicen las reformas legales precisas para que todas las vacantes del servicio de salud salgan a los concursos. También para que estos se sucedan con la periodicidad que marca la norma. También creemos que ofertar la continuidad en el desempeño de sus servicios, más allá de la edad voluntaria de jubilación, de aquellos profesionales que estén dispuestos a ello y comprometidos con la estrategia del servicio de salud, como parece que puede ocurrir con los pediatras, también contribuirá a paliar los problemas que tenemos a corto plazo, pero es necesario planificar a medio y largo plazo. Confiamos que la recién creada Dirección General de Planificación en la Consejería de Sanidad contribuya a ello.

Debemos seguir fomentando aquellas estrategias dirigidas a que los enfermos crónicos tengan como eje de su atención al médico de atención primaria. Debemos tener agendas que permitan, eliminando las actividades burocráticas, dedicar el máximo tiempo posible a los pacientes. El catálogo de pruebas complementarias disponibles para los médicos de atención primaria debe ser todo el disponible en el servicio de salud. Debemos invertir en la reforma y consolidación de las infraes-

estructuras de nuestros centros de salud porque en determinados casos empiezan a estar obsoletas. Todo esto contribuirá a conseguir la excelencia en la calidad y seguridad de las prestaciones.

En relación con la pediatría debo volver a declarar nuestra oposición a la figura del pediatra de área, que, pensada para las zonas rurales, es aplicada por las autoridades sanitarias, de forma inadecuada, en las urbanas. Tampoco nos parecen adecuados los pediatras itinerantes que atienden pacientes de varias zonas básicas durante la jornada. Ni una ni otra garantizan la adecuada calidad y seguridad de las prestaciones y van contra el espíritu que define la figura del Pediatra de Atención Primaria que debe tener unos pacientes de referencia y desempeñar su profesión dentro de un equipo jerarquizado.

Pero a parte de las sombras debemos felicitarnos porque algunos proyectos desarrollados desde el Grupo Coordinador del SESPA, que conforman pediatras de nuestra sociedad científica y miembros de los SSCC del Servicio de salud estamos concluyendo trabajos que se han prolongado durante más de un lustro. En estos días hemos visto como el plan personal jerárquico del niño, compuesto por: el programa de salud infantil, el programa de identificación del riesgo psicosocial y la adaptación a OMI de la Guía de Maltrato del Principado ha visto la luz. El Programa de salud infantil contribuirá a la mejora de las prestaciones que reciben los niños y niñas asturianos porque reducirá la variabilidad clínica, basará las recomendaciones a las familias en las mejores evidencias disponibles, y contribuirá a la necesaria desmedicalización de la sociedad. El Programa para la identificación del riesgo pretende, identificar y, o , seguir, y , o derivar, a aquellos pequeños que estén en estas situaciones para prevenir patologías diversas que puedan desarrollarse en edades posteriores. Con este programa en ningún caso pretendemos medicalizar estas situaciones, por ello es preciso que identificado el riesgo, se puedan en el futuro desarrollar políticas, que emerjan desde la misma sociedad o impulsadas por las autoridades públicas para modificar las situaciones de riesgo. En este sentido países como Canadá pueden ser un buen ejemplo.

La adaptación a OMI de la Guía de Maltrato esperamos contribuya a la detección de niños que puedan estar en estas lamentables situaciones.

Os deseo a todos que disfrutéis de estos dos días de reuniones científicas, pero también del reencuentro personal de muchos de nosotros. También espero que la jornada de nuestra querida atención primaria nos sirva para estar orgullosos de trabajar en ella, validarla más si cabe todavía ante nuestros compañeros de profe-

sión y en la propia sociedad, y contribuir en la medida de nuestras fuerzas a hacer todo lo posible para que cada día los estándares de calidad y seguridad de la misma sean los más altos.

En fin, espero que las diferentes sesiones preparadas sean de vuestro agrado y os animen a volver el año entrante.

Avilés, a 7 de abril de 2016.

CERTIFICADOS

A00X

certapap
Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria / AEPAP

Certificado - Diploma

El presidente de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPap) certifica que

Don/Doña _____
DNI: _____

Ha participado, superando la correspondiente evaluación, en el
V Congreso XV Reunión Anual de la AAPap
Actividad validada por la Asociación Española de Pediatría
y obtenida la acreditación de X créditos,
celebrada en Oviedo los días **7 y 8 de abril de 2016.**

Oviedo, 8 de abril de 2016

Fdo. D. José Ignacio Pérez Candás
Presidente de la AAPap




PROGRAMA

7 de abril de 2016

16.00 Entrega de documentación

16.15 Inauguración

16.45 - 17.45 Conferencia Inaugural: importancia de las primeras horas de vida.
Dra. Rosa Pallás Alonso

18.15 - 20.30 Pósteres y comunicaciones orales

8 de abril de 2016

9.30 - 14.30 Talleres simultáneos

1. Patología respiratoria en Atención Primaria.
Dra. Leticia Alcántara Canabal
Dr. José Ramón Gutiérrez Martínez.
Dra. Agueda García Merino

2. Cuidados en Atención Primaria de los nacidos demasiado pronto.
Dra. Rosa Pallás Alonso
Dr. Javier Soriano Faura

16.30 - 18.30 Mesa Redonda

Neumonía adquirida en la comunidad
Dra. Isabel Mora Gandarillas
Bronquiolitis del lactante
Dr. Alfredo Cano Garcinúño.

Infecciones de vías respiratorias altas
Dra. Cristina Suárez Castañón

18.30 Asamblea General de la AAPap.


 Nº expediente y texto explicativo nº créditos

certapap
Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria / AEPAP

Certificado - Diploma

El presidente de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPap) certifica que

Don/Doña _____

Ha participado, superando la correspondiente evaluación, en el
V Congreso XV Reunión Anual de la AAPap
Actividad validada por la Asociación Española de Pediatría
celebrada en Oviedo los días **7 y 8 de abril de 2016.**

Oviedo, 8 de abril de 2016

Fdo. D. José Ignacio Pérez Candás
Presidente de la AAPap




certapap
Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria / AEPAP

V Congreso XV Reunión Anual de la AAPAP
Oviedo, 7 y 8 de abril de 2016

El secretario de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria
y secretario del V Congreso de la AAPap

Certifica que la comunicación

TÍTULO

Ha sido presentada en este Congreso por

NOMBRES.

Fdo: Francisco Javier Fernández López
Oviedo, 8 de abril de 2016






RESULTADOS CIENTIFICOS DEL V CONGRESO

Cuidados centrados en el desarrollo

*Dra. Carmen Rosa Pallás Alonso, Dra. Juliana Acuña Muga.
Servicio de Neonatología. Hospital "12 de Octubre". Madrid.*

1. Los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) aplicados a los recién nacidos ingresados en una unidad neonatal son una serie de intervenciones médicas y de enfermería dirigidas a disminuir el estrés y el sufrimiento del niño, a favorecer su desarrollo neurológico y emocional y a facilitar la integración de los miembros de la familia como cuidadores del niño.
2. Para su aplicación se han seguido diferentes abordajes: control de los factores ambientales que se sabe que son causa de desorganización del comportamiento de los niños prematuros, por ejemplo la luz y el ruido; por otro lado se ha prestado atención a los momentos más adecuados para proporcionar los cuidados, a técnicas específicas de apoyo del comportamiento como la succión no nutritiva y a todo lo relacionado con la contención motora y a la prevención activa del dolor con medidas no farmacológicas. También es tarea prioritaria la integración de los padres como miembros activos del equipo de cuidadores y la implantación rutinaria del cuidado madre/padre canguro
3. Tanto el cuidado canguro como el cuidado NIDCAP (NIDCAP (Neonatal Individualised Developmental Care and Assessment Programme).)de forma global se han identificado como actividades que acortan la estancia de los recién nacidos prematuros con peso menor de 1500g y menor de 32 semanas de EG.
4. La implicación de los padres en el cuidado de su hijo acorta la estancia hospitalaria. Las políticas de puertas abiertas y la actitud de apoyo de los profesionales en las unidades neonatales son fundamentales para ayudar a los padres a sobrellevar el sufrimiento y los sentimientos de alienación que tienen después del nacimiento de su hijo prematuro. Según una encuesta realizada en España en el año 2012 el 80% de las unidades neonatales de mayor complejidad permiten la entrada libre de los padres.
5. La exposición temprana repetida y prolongada al dolor puede contribuir a alteraciones en el desarrollo cognitivo, del aprendizaje y el crecimiento. El tra-

tamiento insuficiente del dolor conlleva un aumento de la morbimortalidad. La prevención y tratamiento del dolor debería considerarse como un derecho humano esencial de los recién nacidos.

6. Las medidas no farmacológicas más importantes son: el uso de sacarosa al 20%, la succión no nutritiva, el amamantamiento durante el procedimiento, el MMC y la contención del niño manteniéndole en posición de flexión y con los miembros próximos al tronco y hacia la línea media.
7. Las prácticas de las unidades neonatales influyen de forma determinante en la frecuencia de inicio de la lactancia y en su duración, por tanto la implantación de prácticas bien fundamentadas que promuevan la lactancia materna debería ser una prioridad en las unidades neonatales.
8. El programa NIDCAP adapta el cuidado del niño prematuro a sus necesidades y capacidades individuales e incorpora a la familia como parte esencial en los cuidados, partiendo de la observación del comportamiento de cada niño en particular

Patología respiratoria en Atención Primaria Dra. Leticia Alcántara Canabal.

CS Paulino Prieto. Oviedo. Dr. José Ramón Gutiérrez Martínez.

Unidad de Neumología. AGC Pediatría, HUCA. Oviedo. Dra. Águeda García Merino.

CS Vallobín-La Florida. Oviedo.

1. Es por estos motivos (elevada prevalencia, variabilidad en la práctica clínica y enorme impacto en el consumo de recursos sanitarios), que el pediatra de Atención Primaria debe estar al tanto de los avances y temas controvertidos dentro de la patología respiratoria de los niños, así como actualizar sus conocimientos en relación con los protocolos de actuación para el manejo de estas enfermedades lo que le permitirá ejercer su labor asistencial con mayor seguridad.
2. Si tiene afectación del estado general, no come adecuadamente, vomita, presenta letargia o irritabilidad, taquipnea >60 /minuto, marcado tiraje respiratorio, hipoventilación, mala coloración o apneas, escala clínica ≥ 8 , Sat O₂ $< 92\%$, derivar al hospital

Asma de difícil control ¿Cuándo derivar a la consulta de Neumología pediátrica?

1. La evaluación del control actual del asma se basa en los síntomas, la limitación de las actividades y el uso de medicación de rescate.
2. En los últimos años ha cambiado el concepto de control del asma. Las guías de práctica clínica se refieren al control actual de los síntomas y al control del riesgo futuro derivado de la enfermedad y el tratamiento utilizado.
3. Los pacientes con asma de difícil control, a pesar de haber sido diagnosticados y tratados correctamente, una vez valoradas las posibles comorbilidades que puedan estar implicadas en un mal control, aquellos que requieren corticoides orales con frecuencia, han requerido hospitalización y los pacientes susceptibles de beneficiarse de tratamiento con omalizumab deben ser derivados a la consulta de Neumología Pediátrica. Los pacientes que tengan un asma alérgica y puedan ser candidatos a la administración de inmunoterapia deberán ser derivados a la consulta de alergia pediátrica.

Nacidos demasiado pronto: cuidados tras el alta

Dra. Carmen Rosa Pallás Alonso.

PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia.

Servicio de Neonatología. Hospital "12 de Octubre". Madrid. Dr. Javier Soriano Faura.

CS Fuensanta, DSHGU. Valencia.

1. Todos los niños prematuros con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso de nacimiento inferior a 1.500 g deberían formar parte de un programa de seguimiento que, de forma ideal, se extendiera hasta la adolescencia.
2. El pediatra de atención primaria debe conocer cómo es el desarrollo habitual de estos niños, las características de su evolución, las variantes que presentan con respecto a la normalidad, los problemas que pueden aparecer más frecuentemente y los signos de alarma que pueden ayudar a identificarlos con precocidad. Casi el 20% de los niños muy prematuros abandonan los programas de seguimiento y estos niños que no acuden a las revisiones tienen peor evolución que los niños que continúan en el programa.

3. Entre un 8 y un 10% de los nacimientos ocurren antes de la 37ª semana de gestación y justifican el 75 % de la mortalidad perinatal y el 50% de la discapacidad en la infancia.
4. En Estados Unidos se ha pasado de un 9,5% de nacimientos prematuros en 1981 a un 12,7% en el 2005. En Dinamarca, con una cobertura sanitaria universal y unos estándares de cuidados prenatales óptimos, también se ha puesto de manifiesto este incremento y la proporción de nacimientos prematuros ha aumentado un 22% desde 1995 a 2004
5. Como factores que contribuyen a este aumento en la frecuencia de prematuridad están las técnicas de reproducción asistida en relación con las gestaciones múltiples, pero también se ha observado un aumento de nacimientos prematuros cuando se implanta un solo embrión. Por otro lado, los mejores resultados en cuanto a supervivencia de los niños prematuros han incrementado las indicaciones obstétricas para finalizar la gestación antes del término, ya sea por interés materno o fetal.
6. El aumento de la edad de las madres también conlleva una mayor frecuencia de parto prematuro y ciertas condiciones laborales y situaciones de estrés en la mujer gestante también se han asociado a una mayor frecuencia de prematuridad. Aun considerando todos los factores anteriormente citados, no se explica totalmente el crecimiento del número de nacimientos prematuros². Asimismo, el nacimiento prematuro se ha asociado con numerosos factores socioeconómicos, incluidos el nivel educativo materno, el empleo y los ingresos. Trabajos recientes³ muestran cómo la frecuencia de prematuridad es casi el doble en las clases sociales más desfavorecidas pero además, tal como se muestra en el estudio realizado en el Reino Unido, no solo la prematuridad de forma global es significativamente más frecuente en las mujeres con menos recursos, sino que también la frecuencia de nacimientos de niños muy prematuros (niños con una edad gestacional menor de 32 semanas) se multiplica por dos en las mujeres en situación de pobreza.
7. cuando se ha extendido el seguimiento de los niños muy prematuros a lo largo de la edad escolar, se ha mostrado cómo incluso los niños que a los dos años se habían evaluado como niños normales, sin ningún tipo de limitación, presentaban peor rendimiento escolar por dificultades en el aprendizaje, problemas de atención, de coordinación viso-motora, problemas emocionales y de integración social.

8. Los autores de este trabajo concluyen que la prematuridad se asocia a una disminución en la supervivencia a largo plazo, a una limitación en la capacidad reproductiva y las mujeres que fueron prematuras presentaron también un mayor riesgo de tener hijos prematuros.
9. La mayoría de las recomendaciones que se van a presentar en este documento son recomendaciones apoyadas por paneles de expertos. Aunque esto es así, y por tanto pocas recomendaciones van a estar bien sustentadas en la evidencia científica, el desconocimiento de los problemas que pueden tener estos niños en su evolución o de las peculiaridades de su desarrollo puede llevar a retrasos en los diagnósticos o a yatrogenias que vendrán a complicar aún más su evolución.
10. Hoy en día no se cuenta con curvas válidas específicas para valorar el crecimiento tras el alta de los niños con peso menor de 1.500 g o con una edad gestacional inferior a 32 semanas. Se dispone de dos específicas para prematuros pero una de ellas solo recoge los primeros 120 días de vida y por tanto su utilidad es muy limitada, y las otras se basan en una población de prematuros nacida en 1985, por lo que es difícil aceptarlas actualmente como patrón de referencia. La OMS tiene en marcha un proyecto para elaborar unos estándares de crecimiento para los niños nacidos prematuramente.
11. Dadas todas estas limitaciones, hoy por hoy, parece que lo más adecuado sería utilizar los estándares de la OMS con edad corregida, ya que nos permite comparar el crecimiento del niño prematuro con el crecimiento óptimo de los niños a término sanos amamantados
12. Los niños con una ganancia de peso insuficiente en los primeros años de la vida presentan un peor desarrollo cognitivo, los que, por el contrario, ganan peso excesivamente, tienen un riesgo mayor de presentar en la edad adulta obesidad, enfermedad cardiovascular y diabetes.
13. en los primeros meses tras el alta hospitalaria conviene vigilar la aparición de raquitismo especialmente en los menores de 1.000 gramos, por lo que se recomienda una determinación de fosfatasa alcalina a partir del mes después del alta y si está elevada confirmar el diagnóstico radiológicamente.
14. Actualmente se mantiene la indicación de administrar suplementos de hierro a todos los recién nacidos prematuros. En los niños con peso de nacimiento menor de 1.500 g o una edad gestacional inferior a 32 semanas se debe mantener

la administración de 4 mg/kg/ día (máximo 15 mg/día) desde el mes de edad hasta la introducción de la alimentación complementaria con alimentos ricos en hierro como la carne roja. El hierro se administrará en forma de sal ferrosa. Si el niño toma fórmula de prematuros o fórmula de inicio se descontará, en la cantidad de hierro a suplementar, 1,5 mg/kg/día que proporciona la leche. Se puede hacer un control de hemograma y metabolismo férrico a los tres meses de edad corregida.

15. Actualmente se recomienda valorar la utilización de hormona de crecimiento para los niños de bajo peso para la edad gestacional que a los dos o tres años de edad tienen una talla por debajo de dos desviaciones estándar. El objetivo es mejorar el crecimiento en los primeros años de vida, por ello la indicación de la hormona es muy precoz, tan pronto como a los dos o tres años de edad. Recientemente se ha sugerido que la indicación de hormona de crecimiento se debería extender a los prematuros de peso adecuado a la edad gestacional pero que presentaron durante el ingreso un retraso de crecimiento importante y que no se consigue normalizar en el transcurso de los primeros meses de vida.
16. Monitorizar rigurosamente el crecimiento tras el alta. El crecimiento insuficiente se asocia con problemas en el neurodesarrollo a medio y largo plazo.
17. Los que, por el contrario, ganan peso excesivamente tienen un riesgo mayor de presentar en la edad adulta obesidad, enfermedad cardiovascular y diabetes.
18. Para valorar el crecimiento, mientras no se dispongan de estándares específicos adecuados para los niños con peso menor de 1.500 g o una edad gestacional inferior a 32 semanas, lo más recomendable es comparar su crecimiento con los estándares propuestos por la OMS, utilizando la edad corregida.
19. Apoyar y promocionar la alimentación con leche materna tras el alta. Además de proteger frente a la enterocolitis necrotizante y las infecciones, mejora el cociente de desarrollo y disminuye la tasa de reingreso.
20. La producción de leche se puede incrementar si la madre está con el niño en contacto piel con piel (método canguro). Los niños toleran la posición canguro hasta una edad corregida de 39 ó 40 semanas.
21. Los niños prematuros, menores de un año de edad corregida, precisan una ingesta de vitamina D de 200 UI/kg/día hasta un máximo de 400 UI/ día.

22. Suplementar con 4 mg/kg/día de hierro desde el mes de edad hasta Los niños de bajo peso para la edad gestacional que a los dos o tres años tienen una talla por debajo de dos desviaciones estándar deben enviarse para que se valore el tratamiento con hormona del crecimiento.
23. No se ha mostrado que los programas de atención temprana, durante el ingreso o inmediatamente tras el alta, mejoren el pronóstico motor de los niños de alto riesgo, sin embargo, sí que se describen efectos positivos en la familia y a medio plazo en el niño en ámbitos diferentes al motor.
24. La neumonía es un reto para el pediatra, que debe sospechar y diagnosticar la infección a través de una anamnesis y exploración adecuadas, solicitar solo los exámenes complementarios precisos, hacer un seguimiento estrecho del proceso, individualizar el tratamiento, enseñar a las familias a identificar los síntomas de alarma, detectar los factores de riesgo, la gravedad y las complicaciones de forma precoz y hacer un uso prudente y ajustado a las recomendaciones de los antibióticos.
25. Desde finales del pasado siglo, junto al descenso global de NAC se detectó un aumento de los casos complicados con derrame pleural y formas necrosantes, con aumento de la incidencia en los mayores de 2 años, causadas por serotipos de neumococo y Staphylococcus aureus (S. Aureus), que ha sido atribuido a las resistencias bacterianas derivadas del uso inadecuado de los antibióticos y al desplazamiento de las cepas colonizadoras de la nasofaringe por la introducción de la vacuna antineumocócica heptavalente, en la que no estaban incluidos algunos de los principales serotipos causantes de enfermedad neumocócica invasiva
26. Un reciente estudio realizado en consultas de atención primaria de Asturias sobre enfermedad infecciosa y consumo de recursos sanitarios en menores de 2 años que acuden a guarderías (9) encuentra que el porcentaje de niños menores de 24 meses que presentan alguna neumonía es del 3,4% entre los que no acuden frente al 8% de los que si acuden a guarderías, siendo la NAC el proceso infeccioso con un mayor incremento del riesgo (131%)
27. Con las pruebas actuales la ecografía se considera un estudio alternativo en la NAC. Tiene ventajas: evita la radiación, es sencilla, presenta un buen rendimiento en niños por su sensibilidad (96%) y especificidad (93%) y también algunas limitaciones: no detecta algunas NAC profundas o poco accesibles a la

sonda y requiere un ecografista experto para poder sustituir al estudio radiológico (14). En el futuro, es previsible el uso de ecógrafos portátiles como método de apoyo al diagnóstico en AP.

28. Es previsible, que como ha ocurrido en otros países (12) la reciente incorporación de la vacuna antineumococica tridecaivalente en el calendario sistemático de los lactantes produzca un descenso importante de la incidencia de NAC y de las formas complicadas con derrame pleural.

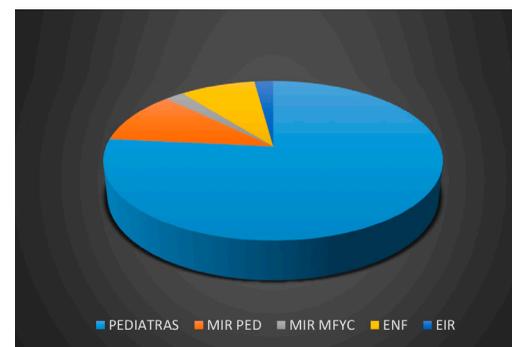
29. En el Principado de Asturias durante el año 2011 se observa esta misma situación con registro de prescripciones de mucolíticos, fundamentalmente mediante el consumo de acetilcisteína; antitusígenos con predominio del uso de la cloperastina y simpaticomiméticos. Al analizar las prescripciones teniendo en cuenta el diagnóstico vemos como éstas se realizan en aquellos casos de IRA (R74) con un rango de edad mayoritariamente entre 2-6 años, aunque se ha registrado el uso de antitusígenos y simpaticomiméticos en menores de 2 años.

30. Remedios “tradicionales”: son avalados por la OMS como una alternativa válida frente al arsenal terapéutico de fármacos anticatarrales. En este grupo se incluyen medidas como la ingesta de líquidos calientes o el uso de la miel en diferentes combinaciones. Recientemente, un ensayo clínico halló que la miel fue superior al placebo en el alivio de la tos en niños sin patología de base, por lo que su uso sería razonable en niños mayores, nunca en menores de 1 año por su asociación con el botulismo.

ESTADÍSTICAS

Descripción de los asistentes al Congreso de la AAPAP 2015

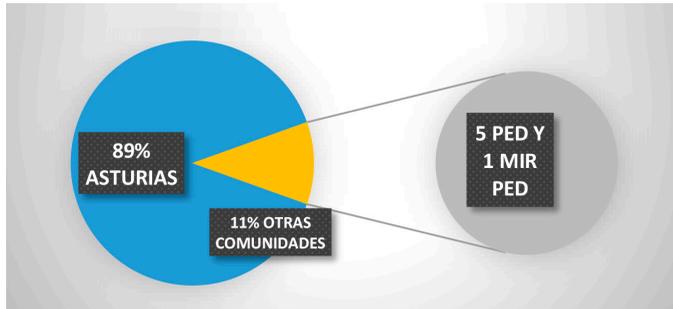
Asistentes al congreso



Inscritos MIR / EIR: hospitales de procedencia

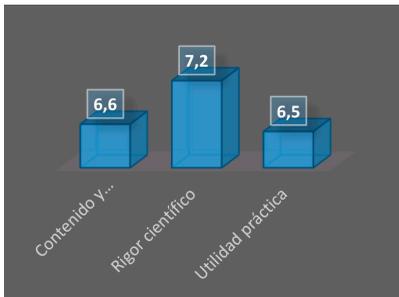


Procedencia de los asistentes



Encuesta de evaluación de los ponentes

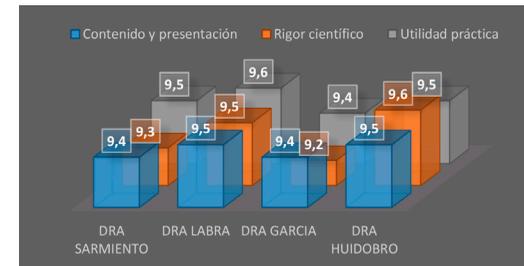
Conferencia inaugural: Dr Morandé Lavín



COMENTARIOS:

- Hubo problemas de acústica que dificultaron su seguimiento
- Cambiar el formato de soporte de la ponencia

Taller de casos prácticos de endocrinología



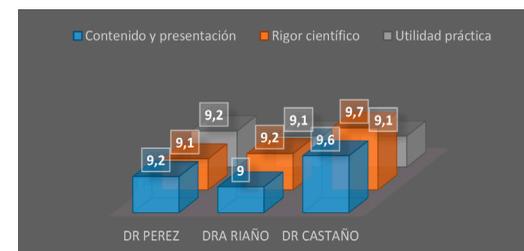
Taller de nutrición



Comentarios:

- “Me encantó; necesitamos talleres para entrenamiento en patologías concretas”

Mesa redonda de endocrinología



COMIDA CONFRATERNIDAD Y HOMENAJE



ASAMBLEA

Convocatoria Asamblea General Ordinaria 2016

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 2016 que se celebrará en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Oviedo, el viernes 8 de abril a las 18.30 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 y de las líneas estratégicas para el próximo, 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. M^a de los Angeles Ordóñez Alonso.
5. Ratificación de Dña. Ana Isabel Pérez Vaquero como vocal del Area III, en sustitución por renuncia de Dña. Mar Coto Fuente.
5. Admisión de nuevas socias y nombramiento de socias de honor.
7. Ruegos y preguntas.

Saludos cordiales.

Acta de la Asamblea General Ordinaria de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPap) del día 8 de Abril de 2016, celebrada en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Asturias en Oviedo

Con la presencia de quince personas socias, a las 18.35 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 2015, 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. El informe recoge copia del documento entregado al nuevo Consejero de Sanidad durante la reunión con el Presidente y el Secretario de la AAPap el 10/10/16. Anexo 1.

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 IV Congreso (XIV Reunión Anual) así como el presupuesto para 2016. Anexo 2.

Se aprueban sin votos en contra.

5. Ratificación de Dña. Ana Isabel Pérez Vaquero como vocal del Area III, en sustitución por renuncia de Dña. Mar Coto Fuente.

Se aprueba por unanimidad.

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

El Secretario recuerda que, desde hace tres años, se envía a los socios y socias que se jubilan una carta en la que se les propone que acepten ser nombrados “socios de honor”. Además, durante la comida del Congreso/ Reunión Anual, se entrega la insignia de plata de la AAPap a los nombrados cada año. En esta ocasión, también se hizo entrega de la insignia a Dña. Encarnación Díez Estrada, quien no pudo recogerla en su momento.

Son admitidos, por unanimidad, como nuevos socios, Dña. Laura González Calvete, Dña. Elisa García García y D. Victoriano Miguel Amador Tejón.

Es admitida, por unanimidad, como socia de honor, Dña. Begoña Domínguez Aurrecochea -quien fuera presidenta de la AAPap y AEPap- tras haber aceptado la propuesta realizada por la junta directiva.

7. Ruegos y preguntas.

El Secretario anuncia que la junta directiva hará seguimiento de los asuntos que fueron tratados en la reunión mantenida con el Sr. Consejero de Sanidad; especialmente los que tienen que ver con la convocatoria de traslados y posteriores oposiciones, así como de la situación resultante tras estos procesos. Entre otras cuestiones, se insistirá en que salgan siempre todas las plazas vacantes y que los procesos se realicen de forma periódica y transparente.

El Presidente informa que en fechas próximas acudirá a una reunión convocada por la Directora de Asistencia Sanitaria del SESPA para tratar so-

bre la situación de la asistencia pediátrica en Asturias, en la que participarán diversos profesionales relacionados con dicha actividad. La AAPap defenderá el papel fundamental de la pediatría en Atención Primaria, la integración de los profesionales en los equipos de atención primaria y la necesidad de que los problemas de la asistencia hospitalaria no se intenten arreglar a costa del primer nivel de salud.

Concluye la Asamblea a las 19.15 horas.

Fdo. Francisco J. Fdez. López



Fdo. José Ignacio Pérez Candás



Informe del presidente de la AAPAP

Ejercicio 2015-2016

José Ignacio Pérez Candás

Estimadas compañeras y compañeros:

Hemos participado, con especial protagonismo, por ser los coordinadores, en la Jornada de Atención Primaria 2.016. Se hicieron diversas reivindicaciones centradas en una atención sanitaria de calidad y con la máxima seguridad. Tuvo bastante repercusión en los medios de comunicación del Principado.

Hemos mantenido diversas entrevistas con el Consejero de Sanidad y la Directora de Atención y Evaluación Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) para presentarles nuestras actividades y el V Congreso, XV Reunión Anual, y además les trasladamos diversas preocupaciones sobre el presente y futuro de la Pediatría de Atención Primaria.

Nos hemos entrevistado con la Directora de Planificación de la Consejería y le hemos trasladado nuestras preocupaciones profesionales, desde el convencimiento, de que pueden repercutir en la calidad y seguridad de las prestaciones sino se atajan los problemas que, sobremanera la falta de recursos humanos y la inadecuada distribución de los mismos, está provocando a corto plazo y agudizará a medio.

Continúan las sombras, como ocurre con la controvertida figura del Pediatra de Área a la que nos hemos opuesto desde la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, diseñando un plan de acción en la mayor parte de las comunidades autónomas donde la sufrimos. Ha sido uno de los motivos de la conversación con los gestores de la Consejería y del Servicio de Salud de los últimos días... En todas nuestras entrevistas con las autoridades sanitarias hemos vuelto a incidir sobre la ineficacia e improcedencia de esa figura, pero también de los pediatras "itinerantes" que desempeñan su jornada laboral entre varios centros de salud. Esta figura no garantiza la atención adecuada, y además es motivo de queja de los padres porque tienen un profesional sanitario infantil durante media jornada.

Pero también tenemos aspectos positivos que debemos resaltar como los grupos de trabajo institucionales, que se fundamentan en la firme convicción de

que una sociedad científica como la nuestra que como indican sus estatutos tiene como principal fin la protección de la infancia, debe investigar, debe dar formación a los profesionales, pero también debe influir para modificar aquellos aspectos de las prestaciones sanitarias para buscar la excelencia en la calidad y la seguridad de las mismas.

Actividades colaborativas

Grupos de trabajo

En Consejería

- El grupo de Obesidad, contaminantes medioambientales y sedentarismo ha concluido satisfactoriamente su trabajo. Esperamos poder presentaros próximamente los resultados del mismo.
- El Síndrome del Emperador define a aquellos niños que imponen su ley en la casa, a los que no les puede negar nada sin que tengan un ataque de ira. Se trata de niños que dominan a sus padres y, a veces, hasta los maltratan.
- Los procesos respiratorios representan el 41,7 de la consulta ambulatoria durante el invierno, siendo la infección respiratoria alta la más frecuente en la edad pediátrica. Se observa una elevada prescripción de fármacos: más de la mitad son: antibióticos orales, analgésicos/antipiréticos y broncodilatadores. Se consideran inadecuadas un 35,4 % de las prescripciones. Un 6,5 % se realizan “off label”, mas de la mitad de ellas en menores de 2 años.
- En nuestra Comunidad Autónoma la prescripción y consumo de fármacos broncodilatadores en los procesos respiratorios ocupa el primer lugar; el segundo es ocupado por los antibióticos orales, pero con cifras inferiores a otros estudios. Hay una gran variabilidad entre las diferentes áreas sanitarias.
- Los varones son los más susceptibles de padecer patología psiquiátrica. Y esta es más frecuente entre los 10-14 años.
- Es muy importante realizar una historia detallada en los pacientes con Pubertad Precoz. Aunque continúa la controversia sobre el papel de los disruptores endocrinos, no obstante desde el principio de precaución podríamos reducir la

exposición temprana y evitar perjudicar la salud infantil en esta etapa de especial vulnerabilidad.

- El grupo de contaminantes medioambientales y salud infantil no se ha vuelto a reunir. En la entrevista con el consejero hemos hecho hincapié en la importancia de los temas que abordaba y la necesidad de su impulso.
- La Comisión que prepara el Plan Estratégico de Atención al Embarazo, Parto y Lactancia en Asturias ha concluido también su trabajo.

En el SESPA

Con el Servicio de Salud estamos pilotando/implantando el nuevo PPJ del niño, con tres programas:

- Programa de Salud Infantil,.
- Programa de detección del Niño en Riesgo Psico-social.
- Adaptación a OMI de la Guía del Maltrato del Principado. Esta será clonada para los servicios informáticos hospitalarios: SELENE Y MILLENIUM.

En las Áreas III y I : Se están desarrollando dos proyectos a partir del estudio de Nutrición (ESNUPI-AS)

- Estudio de los niños en riesgo de síndrome metabólico.
- Estudio de medidas comunitarias sobre la obesidad en las diferentes zonas básicas.

Nuevos grupos

- Participamos en el recientemente constituido grupo de “Intervenciones en el consumo de alcohol en menores desde el ámbito de la atención primaria”.
- Otros protocolos que se han desarrollado en grupos de trabajo de la Consejería referidos a la patología más prevalente y que contribuyen al trabajo en red de atención primaria y los diferentes servicios de pediatría de los hospitales asturianos que duermen “el sueño de los justos” en algún cajón. Hemos reivindicado ante el consejero su puesta en marcha.

En el SESPA:

- Hemos constituido un grupo de trabajo de pediatras de nuestra sociedad y enfermeras pediátricas con los servicios centrales para abordar la renovación de la cartilla de salud infantil. Esperamos que los trabajos para ello puedan comenzar en breve espacio de tiempo.
- El grupo de que ha elaborado el documento sobre obesidad en la Consejería continuará los trabajos para adaptar las recomendaciones a OMI mediante la inclusión de algunas de ellas en el PSI y otras irán a un nuevo programa sobre la obesidad infantil, con especial orientación a la identificación de los niños en riesgo de síndrome metabólico.
- Adaptación a OMI del Protocolo sobre la Enfermedad celiaca. Un vez sea aprobado en Consejería, ya que aún está pendiente de ello.
- TDAH. Nos preocupa la medicalización de los niños relacionada con el sobre diagnóstico de este proceso.

El presidente acudió a la Reunión de la Junta ampliada de la AEPap (Junta Directiva y Coordinadores de los Grupos de Trabajo). En esta ocasión se celebró en Madrid durante la realización del curso de febrero que cada año organiza la federada madrileña y pudimos constatar el éxito de dicho curso. Se produjo la renovación del ejecutivo, que ahora es mucho más amplio con la incorporación de tres vicepresidentes. Nuestra compañera Dña. Begoña Domínguez Aurrecoechea, después de una excelente labor ha sido sustituida en la presidencia de la organización por Dña. Concepción Sánchez Pina.

El presidente y el secretario se reunieron con el Consejero de Sanidad para diversos temas de interés pediátricos. Se le entregó un documento, que como todos está colgado en nuestra página web: <http://www.aepap.org/federadas/asturias>. En los anexos de este informe disponéis del contenido completo del documento.

El presidente y la tesorera se reunieron con la Directora de Asistencia y Evaluación Sanitaria Dña. Laura Muñoz del SESPA. Le entregamos un documento que tenéis en la web y que no reproducimos en este informe por ser similar al entregado al consejero.

El presidente se entrevistó con la Directora de planificación de la Consejería de Sanidad Dña. Concepción Saavedra. Se le entregó el documento que se había hecho

llegar al consejero que aborda diversos aspectos profesionales que entran en el ámbito de sus competencias.

El presidente contactó con Dña. Mercedes de Onís de la Organización Mundial de la Salud, autora de las gráficas de desarrollo que se han incorporado al Programa de Salud Infantil para hacerle llegar la buena noticia. Previamente había establecido comunicación para conocer las gestiones que había que hacer para obtener el software del ANTHRO Y ANTRHO PLUS. Posteriormente fue realizada la oportuna solicitud oficial por los SSCC del SESPA.

Continuamos colaborando con la Plataforma Asturiana en Defensa de la Salud Pública.

Participamos con los sociedades de médicos de familia, sindicato médico y colegio de médicos en el Foro de Atención Primaria del Principado de Asturias.

Actividades formativas

IV Congreso-XIV Reunión anual

Recibió el reconocimiento de Interés Sanitario por la Consejería de Sanidad y la validación por la comisión correspondiente de la Asociación Española de Pediatría.

Participantes: fundamentalmente dirigida a pediatras y enfermería de pediatría de Atención Primaria, también se incorporaron médicos de familia que sustituyen a pediatras. En esta ocasión participaron pediatras hospitalarios relacionados con las urgencias infantiles al estar la reunión dirigida fundamentalmente a esta rama de nuestra especialidad. Hubo una importante participación de los MIR de Pediatría de nuestra comunidad autónoma. Es destacable la asistencia notable de los residentes del hospital de Cabueñes.

Todas las actividades obtuvieron una calificación muy alta (notable-alto/sobresaliente) y los comentarios que se recogieron fueron muy satisfactorios.

Resultados científicos

- Los niños y adolescentes con trastornos de la conducta tienen una difícil o nula integración en la escuela, el barrio y el grupo social.
- La frecuencia de estos trastornos es superior al 6% de la población de entre

6 y 18 años. De ellos un 3,2 % son Disociales y otro porcentaje similar Oposicionistas Desafiantes.

- Un subgrupo de estos niños/as, los llamados callosos y sin emociones, ha sido muy estudiado en las últimas décadas en busca de precursores de la personalidad antisocial del adulto.
- No se puede entender la conducta humana sin su correlato emocional. Ni los denominados Trastornos de la Conducta sin la reactividad y la regulación emocional.
- Aunque pueden existir rasgos genéricos hay una gran influencia de los sucesos acontecidos en los primeros años de vida, dada la posible afectación de la amígdala cerebral, y su influencia sobre el comportamiento.
- El abordaje terapéutico debe ser multidisciplinar.
- El equipo de atención primaria conformado por pediatra y enfermera es un pilar fundamental en el seguimiento nutricional, tanto en los exámenes de salud con en la valoración del niño enfermo.
- Parece que los contaminantes medioambientales tienen un papel importante en la epidemia de obesidad.
- En la infancia es importante prevenir el Síndrome Metabólico y para ello debemos hacerlo sobre la obesidad y favorecer unos hábitos de vida saludables, sobre todo en niños provenientes de familias con elevado riesgo cardiovascular, los recién nacidos pequeños para la edad gestacional o los hijos de madre con diabetes gestacional.
- En la prevención del Síndrome Metabólico es importante la determinación de peso, talla, IMC, pero el perímetro abdominal, utilizando tablas de referencia validadas, es la principal referencia.
- La prevalencia de Diabetes Mellitus de tipo I en menores de 15 años en España es media/alta en relación con otros países desarrollados.
- La Diabetes Tipo I es una enfermedad genética asociada a mecanismos ambientales desconocidos que provocan una respuesta autoinmune con auto anticuerpos.
- El periodo de la prediabetes será clave en la prevención.

- La Diabetes Monogénica se produce por alteraciones en las células beta pancreáticas o en los factores de transcripción de la insulina.
- La Diabetes Monogénica puede tener un inicio neonatal o posterior; esta es la conocida como Diabetes MODY caracterizada por una herencia autosómica dominante, hiperglucemia antes de los 25 años y no existir fenómenos autoinmunes.
- La Diabetes Monogénica Neonatal se produce por alteración en la región 6q24. La doble copia en esta región del cromosoma 6 se asocia con diabetes neonatal transitoria.
- La Diabetes Monogénica Neonatal, producidas por alteraciones en los canales del potasio no necesita insulina porque responde a las sulfonilureas.

LAS CONCLUSIONES DEL CONGRESO SE INCORPORARON A LA MEMORIA DE LA REUNION DE LA QUE SE ENTREGÓ COPIA A LAS AUTORIDADES DE LA CONSEJERÍA Y DEL SERVICIO DE SALUD, QUE POR ELLO ESTAN INFORMADAS DE NUESTRAS REIVINDICACIONES.

Actividades formativas en las áreas

Continuaron las actividades formativas en las Áreas III, IV, V y VIII; en la primera, acreditadas por la Comisión Acreditadora del Principado. Los vocales os mantuvieron informados de todas las sesiones y ayudaron de forma sustancial a su programación. Estas actividades suelen ser comunes con los pediatras hospitalarios. Se han reiniciado actividades formativas exclusivas para la atención primaria pediátrica en el Área IV.

Jornada de otoño

Se desarrolló en el Colegio de Médicos de Gijón: repetimos el taller de endocrinología pediátrica que fue impartido durante el IV Congreso, XIV Reunión anual.

Actividades investigadoras.

- Seguimos trabajando en colaboración con la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas en un estudio sobre intoxicaciones en la infancia en atención primaria.
- También colaboramos en el grupo de investigación formado en la AEPap: PAP en Red
- Colaboramos en una encuesta remitida por la sociedad de gastroenterología pediátrica para conocer diversos aspectos del desempeño de los pediatras de atención primaria en relación con esta subespecialidad.

Publicaciones

- Dos boletines que han sido enviados a los socios.
- Diversas comunicaciones en relación al plan personal jerárquico del niño.
- Memoria del IV Congreso. Disponible en la web.
- Memoria de la AAPap. Disponible en la web.

Web

Estamos elaborando nuestra propia web. Es obra de nuestro web máster D. Víctor Amador Tejón, al que no tengo palabras para agradecer su trabajo en este ámbito pero también en el PPJ del niño, ya que sin su contribución, hubiera sido imposible su adaptación a OMI. Esperamos poder presentársela en el curso del presente año.

Relaciones con los medios de comunicación

Hemos mantenido una presencia notable, bastante más elevada, que en años anteriores, en los medios de comunicación escritos y audio-visuales del Principado respondiendo a las demandas de los mismos para hacer aclaraciones puntuales sobre temas de tipo profesional en diversos ámbitos. Esta labor la realizó general-

mente el presidente que ha concedido por ello diversas entrevistas a lo largo del último año.

Sin más, me despido de vosotros esperando poder saludaros en el curso del V Congreso-XV Reunión anual.

*José Ignacio Pérez Candás.
Presidente AAPap
Asturias, abril 2.016.*

ANEXOS

Documento para entregar al consejero de sanidad del Gobierno del Principado de Asturias

*Sr. D. Francisco del Busto de Prado. Consejería de Sanidad.
Ciriaco Miguel Vigil.
Oviedo, 10 de Diciembre de 2.015*

La Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPap), se constituye como una asociación científica y profesional, sin fines lucrativos, al amparo de lo previsto en el artículo 22 de la Constitución Española de 1.978 y lo establecido en la Ley Orgánica 1/2002 de 22 de Marzo, reguladora del derecho de asociación y demás normas complementarias y las que en cada momento le sean aplicables, y por los Estatutos vigentes. Su ámbito territorial de actuación lo constituye la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

Son fines de la misma:

1. Promover el desarrollo de la Pediatría en Atención Primaria. Buscar el máximo estado de salud del niño y del adolescente. Promocionar su salud. Prevenir la enfermedad y facilitar su recuperación en caso de contraerla.
2. Fomentar y ejercer la docencia en la Formación Pediátrica en Atención Primaria, tanto en la Formación Continuada del Pediatra de Atención Primaria, Médicos Residentes de Pediatría, Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, pregraduados y postgraduados, así como de otros profesionales sanitarios.

3. Fomentar y ejercer la investigación.
4. Coordinar los diferentes Programas Sanitarios relacionados con la Salud Infantil y Adolescente y aquellos dirigidos al enfermo tanto en nuestra Comunidad Autónoma por el Servicio de Salud del Principado de Asturias, cómo aquellos instaurados por otro/s Organismo/s Sanitarios en quienes en el futuro la Administración delegue dichas funciones, con especial énfasis en el campo de la Atención Primaria. Asimismo, elaborar criterios de calidad asistencial para gestionarlos ante ellas.
5. Recoger los problemas e inquietudes relacionados con el ejercicio profesional de la Pediatría de Atención Primaria y ser representante e interlocutor de los Pediatras de Atención Primaria ante la/s Administración/es competentes.
6. Promover la búsqueda de las condiciones idóneas para el mejor desarrollo profesional de la Pediatría Social y Comunitaria.
7. Fomentar y coordinar con otras Asociaciones similares, Regionales, Nacionales o Internacionales, así cómo con otros Servicios Sanitarios Nacionales y Autonómicos, actividades y sugerencias de la Pediatría en Atención Primaria.
8. Apoyar y organizar actividades que permitan el desarrollo y cumplimiento de los fines señalados mediante Reuniones Autonómicas de carácter científico, así como fomentar la participación en Congresos o Reuniones Pediátricas fuera de nuestra Comunidad y en publicaciones u otros medios de nuestro campo profesional.
9. Coordinar con otras asociaciones similares, regionales, nacionales o internacionales, actividades y proyectos encaminados a la mejora de la Pediatría en Atención Primaria.

El Decreto 6/2015, de 28 de julio, del Presidente del Principado de Asturias, de reestructuración de las Consejerías que integran la Administración de la Comunidad Autónoma, establece que a la Consejería de Sanidad le corresponden las competencias y funciones atribuidas por el derogado Decreto 4/2012, de 26 de mayo, del Presidente del Principado de Asturias y que la configuraban como el órgano encargado de la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de salud, de planificación, ordenación y asistencia sanitaria y de consumo, para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud.

La nueva estructura orgánica, partiendo de la Dirección General de Planificación, Ordenación e Innovación Sanitarias, crea la Dirección General de Política Sanitaria, por un lado, y la Dirección General de Planificación Sanitaria, por otro. Dicha estructura pretende diferenciar la prestación de la asistencia y su control, de su planificación y de las políticas de calidad e innovación tecnológica.

Por otra parte, la creación de la Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo como órgano adscrito a la Dirección General de Salud Pública pretende hacer visibles, tanto por razón de su especialidad dentro del ámbito competencial de la Consejería, como por su transversalidad con otros ámbitos de actuación administrativa, las actuaciones en materia de sanidad ambiental y consumo.

Por estas razones estamos hoy aquí para evaluar con usted la situación de la Pediatría de Atención Primaria del Servicio de Salud, que depende de su Consejería, en los ámbitos que determinan nuestros estatutos, que puede leer en: <http://www.aepap.org/federadas/asturias/estatutos>.

A. Aspectos formativos

1. V Congreso, XV Reunión Anual de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria. (AAPap). Habitualmente, tiene lugar, en la sede del Colegio de Médicos de Asturias en Oviedo.

Estará dirigido, como siempre, a los profesionales, médicos pediatras y enfermeras pediátricas, fundamentalmente de Atención Primaria, pero también a aquellos que están en fase de formación, y a los hospitalarios que se sientan identificados con el programa a desarrollar, y puedan ver en el mismo una forma adecuada de actualización de conocimientos. Este año estará dirigido a mejorar los conocimientos y el desempeño en las áreas del:

- Aparato respiratorio.
- La atención sanitaria de los niños prematuros desde la Atención Primaria.

Contaremos con especialistas de nuestro servicio de salud, pero también del exterior, como hacemos todos los años, para compartir experiencias con otros servicios e intercambiar conocimientos, evitando, en la medida de lo posible, una “endogamia” perniciosa. Solicitaremos la declaración de “interés sanitario” por la Consejería de Sanidad del Principado, la acreditación por la Comisión Acreditadora de la Formación Continuada Sanitaria del Principado y la valida-

ción de la Asociación Española de Pediatría. El esfuerzo organizativo que realiza la Junta Directiva de la Sociedad Científica es muy importante, pero este reto nos produce también grandes satisfacciones; la más importante: proporcionar a los niños asturianos el mayor nivel de calidad y seguridad de las prestaciones que reciben de los profesionales pediátricos que trabajan en el Servicio de Salud del Principado de Asturias. Este esfuerzo nos garantiza la independencia y el cumplimiento de nuestro riguroso código ético, que puede leer en : http://www.aepap.org/sites/default/files/codigo_etico-1.pdf

2. En el Otoño celebramos una sesión vespertina, también acreditada por la Comisión correspondiente del Principado, en la sede del Colegio de Médicos de Asturias en Gijón.
3. Formación en las Áreas Sanitarias

Impulsamos planes de formación en colaboración con los Servicios de Pediatría de los Hospitales de referencia en Avilés, Oviedo y Gijón. También en el Hospital del Oriente. existen diversas formas de colaboración. En las otras Áreas Sanitarias hay algunas dificultades para poner en marcha estos planes, pero esperamos poder solventarlas con trabajo y paciencia. En este sentido debo destacar que los esfuerzos de nuestra vocal en el Área VIII, así como el impulso del nuevo Jefe de Servicio Pediatría del Hospital del Valle del Nalón, extenderán estas actividades a los pediatras de aquella zona. Estas actividades nos permiten formarnos en común, y contribuyen a disminuir la variabilidad clínica, aumentan la calidad y la seguridad de las prestaciones, y también son un foro adecuado para coordinarse mejor y ,por tanto, mejorar la continuidad de los cuidados, También contribuyen a mejorar el buen clima humano, basado en el conocimiento de las circunstancias en que trabaja cada uno, lo que aumenta la comprensión de las circunstancias, y el porque de las cosas y de esta forma contribuyen a garantizar las mejores relaciones humanas con el fin último de preservar la mejor atención sanitaria a la infancia asturiana.

En este apartado debo decir que es necesaria una formación reglada, independiente y a cargo de de la Administración Pública, que tenga en cuenta las necesidades sentidas por el profesional, pero también las detectadas por la administración y que puedan orientar el trabajo de los mismos hacia los objetivos estratégicos. No podemos seguir dejando la formación en manos de intereses espurios. Sorprende en este sentido la falta de oferta de formación adecuada pediátrica, en los últimos ejercicios, por parte del Instituto Asturiano de Admi-

nistraciones Públicas “Adolfo Posada”. Deberemos visitar a los responsables del Instituto, pero también en la Consejería a los responsables de las mismas para mostrarles nuestras necesidades e iniciativas, con la esperanza de una colaboración en estos aspectos: tenemos algunas propuestas que queremos hacerles llegar y convencerles de su necesidad.

B. Proyectos con la Administración.

A partir del Grupo Coordinador Pediátrico (constituido hace más de 6 años) por pediatras del Servicio de Salud del Principado (SESPA), miembros de nuestra sociedad científica, y personal de los servicios centrales (SSCC) del mismo , se ha desarrollado, un Programa Personal Jerárquico (PPJ), que se pilotó en centros de salud de todas las Áreas Sanitarias. En la fase actual, se está pilotando/implantando en las Áreas III y I. Esto está permitiendo que todos-as los-as profesionales interesados-as, puedan aportar sus sugerencias. Esta semana se extenderá a las Áreas V y VI . Esperamos que en quince días se este pilotando en todo el territorio del Principado. Una de las novedades más relevantes es la incorporación de las gráficas de sonometría de la OMS sustituyendo a las actuales de la Fundación Orbegozo. Para su implementación en OMI ha sido necesario elaborar una actualización del mismo y esperamos sea incorporada, junto a la actualización necesaria para la adaptación de la normativa sobre Incapacidad temporal (IT), en el mes de Marzo del año 2.016. Creemos que en ese momento podríamos tener, si le parece bien al Consejero, y al Director Gerente del SESPA una rueda de prensa para la presentación del PPJ.

Tiene tres apartados:

1. Programa de Salud Infantil (PSI)

Los objetivos son:

- Un programa común para todo el SESPA.
- Basado en las mejores evidencias.
- Que garantizara la mayor seguridad de las prestaciones.
- Que buscará la excelencia de la calidad de la atención sanitaria.
- Que evitará dependencias, que desmedicalizara y empoderará a los ciudadanos en el cuidado de su progenie.

- Contiene anexos comunes, y en soporte pdf, que pueden ser consultados en cualquier momento por los profesionales, y que incluyen diversos aspectos del desempeño pediátrico. También se incluyen anexos comunes con recomendaciones basadas en evidencias para las familias según las diversas edades.
- Que permitirá una adecuada valoración del desempeño profesional a partir de una adecuada recogida de datos, pero evitará una excesiva burocratización de la misma.
- Que permitirá una explotación de los registros con fines investigadores y de mejora, tras evaluación, de la herramienta en el futuro.

2. Programa de identificación del Riesgo Psico-social.

Es un programa pionero, que ha sido muy laborioso de desarrollar y en el que hemos colaborado con la unidad de calidad del Servicio Navarro de Salud. El papel de los-las profesionales del trabajo social va a ser muy importante en su correcto desarrollo.

Los objetivos son:

- Identificar el riesgo.
- Pasar de una actitud reactiva, a otra proactiva.
- Realizar las correspondientes derivaciones y, o, seguimiento en consulta pediátrica.
- Recoger datos de la situación, y de los determinantes del riesgo para que puedan ser evaluados en un futuro.
- Aplicar las medidas que estén a nuestro alcance a nivel administrativo o de la sociedad en su conjunto para paliar y modificar el riesgo.
- Potenciar la investigación en este campo.
- A partir de la evaluación de los datos impulsar políticas para corregir y, o, paliar la situación a medio y largo plazo.

3. Guía de Maltrato Infantil del Principado. Adaptación a OMI.

El objetivo es:

Mejorar la detección de estas situaciones.

C. Apartado investigador

Trabajos de investigación publicados

1. Influencia de la asistencia a guarderías sobre la morbilidad en niños menores de 12 meses de edad : http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPrFG1u0ScQLB66A4hJGEOmI
2. Estado nutricional de la población infantil en Asturias (Estudio ESNUPI-AS): delgadez, sobrepeso, obesidad y talla baja : http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPoCV3t1fS0Dm61US8XSKvbH

En desarrollo

Con otras sociedades científicas:

- Red de vigilancia de intoxicaciones, en colaboración con la sociedad científica de los pediatras de urgencias hospitalarias, (SEUP). Esperamos sea útil para conocer la incidencia de las mismas en Atención Primaria. Es un proyecto colaborativo con el servicio de urgencias pediátricas del hospital de Cabueñes .La necesidad del mismo deriva de que los datos que se tienen, hasta la fecha, son sobre todo hospitalarios, siendo muy pocos en relación al primer nivel de atención.

En la Consejería de Sanidad:

- Obesidad: Alimentación, tóxicos, y actividad física. Esperamos poder concluir el trabajo que está en estado avanzado y poder realizar una adaptación a OMI de las recomendaciones. Por su prevalencia debería ser la base de un programa sobre Obesidad, que disminuya la variabilidad profesional , aumentando la calidad y seguridad de las prestaciones y reduzca las intervenciones innecesarias en este campo.
- Red pediátrica de vigilancia de la morbilidad infantil supuestamente relacionada con el aire que respiramos. Esta en las fases iniciales. Es crucial porque las disminuciones de mortalidad y de morbilidad relacionadas con este apar-

tado serán fundamentales a corto y medio plazo. Por otro lado cada día hay una mayor sensibilización social sobre estos temas que debería ser aprovechada para dar pasos hacia la evaluación de la situación y el desarrollo de políticas que la mejoren. Estos días hemos asistido a acontecimientos muy preocupantes en lo referente al medio ambiente, y desgraciadamente, el futuro no es nada halagüeño. Creemos que no se puede hablar de salud sin abordar una política medioambiental acorde a las circunstancias: que evalúe las situaciones y actúe con contundencia para corregirlas. Aún no tenemos aprobada legislación en este apartado, pero creemos que el ex consejero Blanco había dejado una norma sobre el tema concluida, y pendiente de aprobación.

- Trabajo en red de los Hospitales y Atención Primaria desde el punto de vista pediátrico. Desde que se jubiló el Sr. Martin Caicoya estos trabajos están

red” de los hospitales y la atención primaria, y que por tanto deberían ser impulsados. Se abordaron diversas patologías prevalentes por grupos de trabajo en los que participaron pediatras de los diferentes hospitales y de atención primaria.

- El primero que ha visto luz es el relacionado con la Enfermedad celiaca. Impulsado desde la Dirección General de Salud Pública Está Pte. de su entrega por los ponentes para su aprobación y adaptación a OMI. Me consta que es un trabajo que está en las fases finales.

En el SESPA:

- Nueva Cartilla de Salud Infantil. Esta constituido el grupo de trabajo.
- Adaptación a OMI del Protocolo sobre la Enfermedad celiaca. Un vez sea aprobado en Consejería.
- TDAH. Nos preocupa la medicalización de los niños relacionada con el sobrediagnóstico de este proceso.
- Obesidad. Sd. Metabólico. Intervenciones en la Comunidad. (Se está pilotando en las Áreas III y I. Esperamos concretar las intervenciones durante el próximo año). A partir del documento del grupo de trabajo de la Consejería deberemos desarrollar el protocolo adaptado a OMI.
- Otros protocolos que se han desarrollado en grupos de trabajo de la Conse-

jería referidos al trabajo en red de atención primaria y los diferentes servicios de pediatría de los hospitales asturianos.

Pese a todo lo que se está haciendo es necesario implicar a más profesionales y en más campos. Es ingente la cantidad de conocimiento que se pierde por falta de estímulos en el campo investigador: hace falta tiempo y estímulos para los profesionales.

D. Aspectos profesionales

Pediatría de AP. Aunque creemos que la figura del Pediatra de cabecera está consolidada, así lo sienten las familias y los profesionales pediátricos que trabajamos en la Atención Primaria, a veces, nos surgen dudas por el comportamiento coyuntural del Servicio de Salud. Creemos que algunas medidas que se toman en las gerencias de algunas Áreas Sanitarias ponen en duda este punto; creemos que sería un grave error ponerla en peligro porque no debemos olvidar que, históricamente, en España la atención a los niños ha sido realizada por especialistas en esta etapa de la vida y nos ha ido razonablemente bien: tenemos una de las mortalidades infantiles más bajas del mundo. A este respecto debo destacar que durante esta reciente y terrible depresión económica, países con mayor nivel de renta per cápita que el nuestro,, p. ej. Inglaterra, están teniendo indicadores de mortalidad infantil peores que los nuestros; somos conscientes de que las clases pasivas han sido fundamentales para apuntalar a las familias en dificultades económico-sociales, pero, sinceramente, pensamos que también han contribuido a ello los excelentes servicios de salud de las Comunidades Autónomas, del que el nuestro es uno de los más relevantes, como demuestra el nivel de gasto por habitante, el mayor de España. Nosotros como miembros activos del servicio de salud, los profesionales mas cercanos, responsables de la salud de esos pequeños, también hemos contribuido, pero también los gestores. En fin, cuando las cosas funcionan los cambios deben meditarlos profundamente antes de ser aplicados. La improvisación no suele ser una buena compañía para las situaciones delicadas, y estamos ante una de ellas, por la escasez de recursos humanos.

Nos preocupa la figura del Pediatra de Área, entendido como el profesional consultor sin pacientes adscritos. Era una figura pensada para situaciones excepcionales, fundamentalmente para las áreas rurales, que en una perversa interpretación de la norma se esta utilizando indiscriminadamente. En las zonas urbanas, concretamente, en el área IV nos encontramos con “pediatras itinerantes” que realizan cada

día varias consultas sin estar adscritos a ningún EAP concreto. También en esta Área tenemos la figura de una Facultativa Especialista de Área que realiza trabajo a media jornada en el HUCA y el resto en AP, además de guardias hospitalarias.

Todo esto pone en peligro:

- El Pediatra de cabecera.
- La calidad y la seguridad de las prestaciones sanitarias.
- La accesibilidad de la población afectada, a los servicios médicos pediátricos durante buena parte de la mañana.
- La satisfacción de la población afectada ya que se encuentra o sin pediatra de cabecera, y, o sin el mismo durante una buena parte del día.
- A esto se añade la insatisfacción y la frustración de los profesionales que o no tienen unos pacientes adscritos, o están de un lado para otro durante la mañana, o trabajan sin estar adscritos a ningún servicio concreto.
- También se deteriora el necesario trabajo en equipo.
- Finalmente corremos el riesgo de que muchos de estos profesionales busquen refugio en otras comunidades autónomas o, incluso, en otros países, todo esto, después de invertir cantidades importantes de recursos públicos en su formación.
- Corremos el peligro de no poder mantener las excelentes cifras de mortalidad infantil de las que disfrutamos en la actualidad. Y las cifras a las que nos referimos son algo más porque implican personas, y por tanto sufrimiento, reducción de la calidad de vida, etc.

Ofrecemos nuestra colaboración para buscar formulas imaginativas que hagan compatibles la eficiencia de los recursos humanos y la búsqueda de la excelencia en lo referente a la calidad y la seguridad de las prestaciones.

Propuestas:

- Cada pediatra un “cupo” de pacientes adscritos y dentro de un Equipo de Atención Primaria (EAP). Si esto no fuera posible, según en que zonas, deberíamos ver fórmulas imaginativas que garanticen la seguridad y calidad de las presta-

ciones, siempre bajo el signo de un trabajo en equipo y jerarquizado, que definen a la actual Atención Primaria. Estamos dispuestos a trabajar con la Consejería y el Servicio de Salud en la búsqueda de soluciones adecuadas con el objetivo final de mantener los excelentes niveles de calidad y seguridad que presta nuestro sistema de salud a los ciudadanos.

- Fidelización de los pediatras con la Atención Primaria ofertando plazas con condiciones de trabajo atractivas.
- Planificación a largo plazo de las necesidades de recursos humanos pediátricos.
- Redistribución de los recursos humanos adecuándolos a las necesidades.
- Valorar la formación de mas MIR si ello fuera necesario.
- Prolongación voluntaria de la edad de jubilación, tras evaluación rigurosa del desempeño del profesional por el Servicio de Salud. Sobre esto debo decir que conozco el caso de profesionales, que en la mejor etapa de su ejercicio profesional, se les ha denegado la misma, en lo que parecen ser solo medidas de tipo economicista y cortoplacista que no parecen lo más adecuado para el buen funcionamiento del sistema, ya que prescinde de personas que pueden ser muy necesarias a corto y medio plazo, y son fuentes de experiencia y conocimiento. Mas en estos momentos de escasez de profesionales.
- Desde nuestra sociedad científica estamos dispuestos a participar con los SSCC del SESPA en un grupo de trabajo que evalúe la situación y proponga medidas que resuelvan la problemática descrita.
- Somos partidarios de un grupo de trabajo similar con la Consejería, en el ámbito de sus competencias, para abordar la situación de la Pediatría de Atención Primaria y proponer medidas para afianzarla y mejorarla en la medida de los recursos disponibles.
- Concursos voluntarios de traslados:

Creemos importante garantizar la absoluta transparencia de los mismos. Para ello, es imprescindible:
 - La declaración pública previa de las vacantes.
 - La convocatoria con el 100 por ciento de las vacantes. Mientras que por im-

perativo de la norma esto no sea posible deberían comunicarse los motivos por los que salen unas plazas y no otras.

- Debe existir un concurso “a resultas” posterior.
- Tras el proceso todas las plazas vacantes deberían incorporarse a la Oferta Pública de Empleo, y de no ser posible deberían especificarse los motivos para ello. Declaración periódica de las vacantes.
- Periodicidad de los mismos dentro de un estricto respeto de la norma reguladora.
- Carrera profesional e incentivos:

Deberían desarrollarse mecanismos que estimulen y recompensen el trabajo de aquellos profesionales que buscan la excelencia y mantienen una actitud de compromiso con los objetivos del Servicio de Salud:

- En las retribuciones.
- En la carrera profesional.
- En los concursos.

*Fdo. José Ignacio Pérez Candás.
Pediatra del CS de Sabugo. Avilés. SESPA.
Presidente AAPap.
Correo electrónico: J.I.P.C@telefonica.net
Teléfono: 609828907
Dirección postal: C/ De la Cámara, 42 6ºB . 33401. Avilés*

REPERCUSIÓN INFORMATIVA

NOTA DE PRENSA

V CONGRESO (XV REUNIÓN ANUAL) DE LA ASOCIACIÓN ASTURIANA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (AAPap)

Atención medios gráficos y TV:

El acto inaugural tendrá lugar el Jueves 7 de abril de 2016, a las 16.15 horas, en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Asturias (Plaza de América, 10, Oviedo). Se permitirá tomar imágenes durante el mismo.

Durante los días 7 y 8 de abril de 2016 se celebrará el V Congreso (XV Reunión Anual) de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPap) en la sede del Colegio Oficial de Médicos de Asturias, en Oviedo. El Congreso ha sido validado por la Asociación Española de Pediatría, así como acreditado por la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

Está previsto que el acto inaugural sea presidido por el Sr. Consejero de Sanidad del Principado de Asturias, y que intervengan representantes del SESPA, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, Ayuntamiento de Oviedo y Colegio de Médicos de Asturias.

Uno de los objetivos fundamentales de esta Reunión Anual es fomentar la formación de los pediatras asturianos de atención primaria. Al Congreso han sido también invitados los pediatras hospitalarios, MIR de distintas especialidades, y el personal de enfermería pediátrica de los centros de salud asturianos.

Las jornadas comenzarán con la conferencia titulada “Importancia de las primeras horas de vida” que será impartida por la Dra. Rosa Pallás Alonso, Jefa del Servicio de Neonatología del “Hospital 12 de octubre”. También está prevista la realización de talleres prácticos sobre “Patología respiratoria en atención primaria” y “Cuidados en atención primaria de los nacidos demasiado pronto”. Como final, se desarrollará una mesa redonda en la que se analizarán las patologías respiratorias más prevalentes: Neumonía, bronquiolitis e infección de vías altas. Habrá asimismo un espacio para comunicaciones libres a cargo de profesionales de diversos centros de salud y hospitales.

La conferencia de la Dra. Pallás comenzará a las 16.45 h. y es de entrada libre
Para más información o concertar entrevistas:

Ignacio Pérez Candás, presidente de la AAPAP, tfno. 609 828 90

Pasando consulta



Rosa Pallás, en Oviedo. (LIBRARIAS)

Carmen Rosa Pallás

JEFA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE, EN MADRID

"España carece de infraestructura para reaccionar si un parto en casa se tuerce"

"El contacto piel con piel del niño con su madre inmediatamente después del nacimiento regula su respuesta al estrés en el futuro"

Oviedo. Elena FERNÁNDEZ-PELLO Carmen Rosa Pallás es la jefa del servicio de Neonatología del Hospital madrileño 12 de Octubre y recientemente estuvo en Oviedo, para asistir al Congreso de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria. Pallás, que es profesora de Pediatría en la Complutense y miembro del Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría, sostiene que las primeras horas en la vida de un niño son decisivas, más aún cuando se trata de bebés prematuros y sostiene esa afirmación con la experiencia acumulada durante décadas.

¿Qué tienen de importante las primeras horas de vida de un niño?

—Hay evidencia científica de que lo que se hace inmediatamente tras el nacimiento condiciona la duración de la lactancia materna, las reacciones al estrés para toda la vida y en los niños prematuros, en los que el cerebro está más inmaduro, los estrómos

a los que se les somete en las primeras horas de vida aún en condiciones más, con cuidados muy especializados para los que no están preparados. Yo trato de poner de manifiesto el cuidado que se debe poner en la atención a los niños desde el principio, tanto en los recién nacidos sanos como en el caso de los enfermos, por la trascendencia que puede tener en su futuro y en el de sus padres.

¿Hasta que punto es intervencionista la medicina convencional en los partos?

—Se ha sido absolutamente intervencionista. Los partos llegan a los hospitales y es una revolución, porque mejora la supervivencia materna y la de los recién nacidos, sin ninguna duda. Pero por otro lado se fue medicalizando no solo el parto que lo necesita, porque no va bien, sino todos los partos. Yo no estoy a favor de los partos en domicilio, y esa es una opinión personal, porque España no tiene una infraestructura como la de países como Estados Unidos, que así se han dado vuelta atrás.

¿Sus razones?

—No tenemos infraestructura para reaccionar de una manera muy rápida cuando un parto se tuerce. Creo que en España los partos tienen que ser en el hospital, y se deben dejar progresar sin intervenir. Los profesionales deben observar y vigilar para detectar en que momento se tiene que intervenir, si es que se tiene que hacer. Durante un tiempo eso se olvidó y todos los partos se medicalizaban. Se generaba un parto innecesario porque muchos partos no lo necesitan, lo que todos requieren es supervisión.

¿No basta con un equipo de profesionales en el domicilio?

—Una madre hace un desprendimiento placentario, se pone a sangrar terriblemente y solo se dispone de unos minutos para no poner en peligro la vida de la madre y la del niño. Hay partos en los que todo va bien y el niño nace mal. Cuando eso pasa necesitas una persona y la tecnología para reanimarlo. Quizás dentro de unos años se pueda predecir mejoramente qué parto va a ir bien y

qué parto va a ir mal pero hoy por hoy no es posible. Los partos tienen que ser en un sitio donde si surgen complicaciones se puedan atender con el mínimo riesgo para el niño y para la madre, y esos sitios son los hospitales.

—Muchas madres se quejan de la frialdad de los hospitales y hablan de la necesidad que sienten de tener más contacto con sus hijos en las primeras horas después del nacimiento.

—Por eso una de las medidas más importantes es poner al recién nacido y la madre en contacto piel con piel. Tal cual sale, el niño se le coloca sobre el tórax y el abdomen de la madre, en contacto piel con piel, se corta el cordón umbilical encima de la madre y ese contacto tiene mucha trascendencia de cara a la lactancia materna y la regulación de la respuesta al estrés en el futuro. Antes, a todos los niños se les separaba, se llevaban a una cuna de reanimación. Si la madre y el niño están bien la norma en casi todos los hospitales de España es poner piel con piel a la madre y el niño inmediatamente después del parto.

¿Qué porcentaje de los partos tiene problemas?

—Depende de lo que se entienda por problemas. Hasta la Organización Mundial de la Salud asume que el quince por ciento de los partos tiene que terminar en cesárea, algunas se pueden predecir pero otras no. A eso hay que sumar otro diez por ciento de partos instrumentales con fórceps o ventosa o en los que el niño necesita algún tipo de apoyo importante al nacer. Eso es casi uno de cuatro partos.

—La mejora en la supervivencia de los niños prematuros en los últimos años ha sido sorprendente, ¿por la tecnología?

—Más que la tecnología ha influido el disponer de surfactante pulmonar que es lo que les falta a los prematuros para poder respirar bien y esa medicación se desarrolló en la década de los noventa. Todos morían, fundamentalmente por enfermedad de la membrana hialina, murió así uno de los hijos de Kennedy, yo se podía hacer nada. Ahora se les suministra por la tráquea. Otra cosa son los corticoides prenatales, todas las mamas en riesgo de parto prematuro reciben dos dosis y eso acelera la maduración del niño y disminuye la mortalidad, la enfermedad respiratoria, la lesión cerebral. Esas dos medidas que se empezaron a aplicar en la década de los noventa han sido fundamentales.

¿Hay patologías concretas sobre las que se puede actuar en las primeras horas de vida del niño?

—Las primeras diez horas de vida tienen mucho que ver con la lactancia materna y la lactancia materna protege de enfermedades crónicas y de la vida adulta, y eso es indiscutible. Yo respeto que las mujeres no quieran dar de mamar, lo mismo que respeto a quien ellas fuman pero la lactancia materna es absolutamente protectora y genera salud.

La Organización Mundial de la Salud asume que el 15 por ciento de los partos tiene que terminar en cesárea

La lactancia materna es absolutamente protectora y genera salud, es algo indiscutible como que fumar es malo

Un consejo formado por médicos guiará la estrategia sanitaria del Principado

Francisco del Busto promete "atajar" las carencias de la pediatría en Asturias

Elena FDEZ.-PELLO

El consejero de Sanidad del Principado, Francisco del Busto, inauguró ayer en Oviedo el Congreso de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria. En el transcurso del acto, el Consejero se comprometió a "atajar con rigor y meticulosidad" las deficiencias de la especialidad en la región. Del Busto dijo que cuenta con los profesionales para diseñar sus actuaciones y anunció la creación de "un grupo de profesionales de distintas asociaciones y organizaciones para elaborar una estrategia" sanitaria que le servirá de "guía".

El Consejero explicó que algunas de las carencias y problemas que afrontan los médicos de la especialidad de Pediatría en Asturias "tienen que ver con el envejecimiento de la población y con su dispersión".

En la inauguración del congreso sobre Pediatría, en la sede del Colegio de Médicos de Asturias, el presidente de la asociación, que está detrás de su organización, Ignacio Pérez Candás, manifestó su oposición al mantenimiento de las figuras del pediatra de área y el pediatra itinerante. "Ni uno ni otro garantizan la calidad de la atención", indicó. El decano del Colegio de Médicos, Alejandro Braña, también intervino y se refirió a la continuidad que la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria ha logrado darle a su congreso, que ya va por su quinta edición.

La jefa de servicio de Neonatología del Hospital Universitario 12 de Octubre, Rosa Pallás, dio la conferencia inaugural, sobre la importancia que las primeras horas de vida tienen en el desarrollo posterior de los niños.

Los pediatras piden más personal y medios en Atención Primaria

La Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (Aapap), que celebra desde ayer su quinto congreso, reclama que su campo de trabajo sea considerada un área «fundamental», por lo que reclaman mayores inversiones en «los recursos materiales necesarios» y más personal. También piden que se mejore su estabilidad laboral dentro de la Atención Primaria. El congreso está dedicado este año al aparato respiratorio y los cuidados neonatales

COLABORADORES Y PATROCINADORES



CÓDIGO ÉTICO

Código de Responsabilidad Ética de la AEPap

THIS FILE IS NOT USED AND IS HERE AS A STARTING POINT FOR CUSTOMIZATION ONLY. See http://api.drupal.org/api/function/theme_field/7 for details. After copying this file to your theme's folder and customizing it, remove this HTML comment.

Introducción y propósitos

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap, www.aepap.org) es una entidad sin ánimo de lucro que tiene como misión la promoción de la Pediatría de Atención Primaria en España, el fomento de la docencia y la investigación, la coordinación con otras entidades con objetivos confluyentes, y el desarrollo profesional de los pediatras de Atención Primaria, con el objetivo de proporcionar una atención pediátrica de calidad a todos los niños y adolescentes en su contexto familiar y social.

Las “industrias relacionadas con la Salud” (IRS) son empresas dedicadas a la investigación, desarrollo, elaboración, distribución y venta de productos empleados en cualquiera de los campos de la Salud, ya sean productos para el diagnóstico o el tratamiento médico de las enfermedades, la prevención de las mismas, productos nutricionales empleados en la alimentación de niños sanos o en la terapéutica nutricional, empresas que producen y divulgan información médica, y otros similares. Estas empresas tienen entre sus objetivos el mantener un volumen de negocio suficiente para asegurar los beneficios empresariales y el mantenimiento del empleo.

Las IRS colaboran con los médicos a título particular, y también con asociaciones médicas, organizaciones privadas y administraciones públicas de muchas maneras. El apoyo económico de las IRS a gran número de actividades de formación y de investigación es actualmente imprescindible para que las mismas puedan realizarse. Esta financiación, sin embargo, conlleva el riesgo potencial de orientar las actuaciones de los médicos y de las organizaciones médicas en un sentido favorable a los intereses comerciales de la industria, lo cual podría no coincidir con el interés de los pacientes y de la sociedad. Los posibles conflictos de intereses han de ser conocidos públicamente, de manera que puedan ser sometidos a crítica independiente por otras personas.

La AEPap, interesada en la transparencia de sus actividades a todos los niveles, ha elaborado el presente código ético de relaciones con las IRS, de modo que esas relaciones sean explícitas, y ni condicionen ni pueda parecer que condicionan las actividades de la AEPap.

Reuniones, Cursos y Congresos

Las reuniones, cursos, congresos y otras actividades de similar índole que organice la AEPap podrán recibir financiación por parte de las IRS, siempre que se cumplan estos requisitos:

1. La organización de estas actividades y el contenido de las mismas serán una función exclusiva de la AEPap, sus sociedades federadas o sus grupos de trabajo, y no se admitirá financiación ligada a la capacidad de decidir o influir en estos aspectos.
2. Los ingresos económicos (o aportaciones en especie) se harán preferentemente a nombre de la AEPap o de la Fundación “Pediatría y Salud”, en forma aceptada por la normativa legal vigente.
3. Los organizadores de las reuniones, cursos y congresos de la AEPap tendrán especial cuidado en que la financiación por parte de las IRS no condicione el contenido de las presentaciones científicas. Por ejemplo, será preferible que la compensación económica a conferenciantes o profesores por su participación en una actividad se haga directamente por la AEPap, y no por la industria.
4. Los miembros del comité científico y del comité organizador de estas actividades tampoco podrán percibir compensación económica por parte de la industria en concepto de su pertenencia a dichos comités.
5. La AEPap se compromete a mantener una política de austeridad en la organización de estos eventos, en los que se evitarán los actos sociales superfluos o que resulten innecesariamente costosos.
6. Las IRS podrán ser autorizadas a distribuir información y publicidad de sus productos en estas reuniones siempre que:
 - a. Se trate de textos o materiales con propósitos declaradamente publicitarios, de los que la industria será la única responsable, y que no supondrán un respaldo o recomendación por parte de la AEPap.

- b. Los textos y materiales distribuidos respeten las reglas de promoción de los medicamentos y de sustitutos de la lactancia materna contenidos en el Título sexto, Capítulo segundo de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento (BOE del 22 de diciembre)¹, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna² (adoptado por la 34^a Asamblea de la Organización Mundial de la Salud el 21 de mayo de 1981), y el Código Español de Buenas Prácticas para la Promoción de los Medicamentos (Farmaindustria, 2004)³.
- c. La distribución de material publicitario y promocional se lleve a cabo sin relación directa con alguna actividad profesional o científica concreta de la reunión, y en un espacio físicamente diferenciado, apartado del utilizado para las presentaciones científicas.

Difusión de información

La AEPap prestará atención para no actuar como portavoz de mensajes puramente comerciales o publicitarios.

La AEPap sólo difundirá a los profesionales, a los medios de comunicación, y a la población general informaciones relacionadas con sus propias actividades, y sólo cuando esa información se haya elaborado de manera independiente por la AEPap o grupos de trabajo dependientes de ella.

No obstante, la AEPap podrá apoyar la difusión de mensajes técnicos o científicos en cuya elaboración la industria haya jugado un papel determinante si lo justifica el interés real, importancia y oportunidad de la misma para la salud de la población infantil.

En estos casos se mencionará la posibilidad de conflicto de intereses para conocimiento de los destinatarios.

Investigación

La AEPap sólo prestará su nombre e imagen para respaldar proyectos de investigación en cuyo desarrollo haya participado plenamente, incluyendo necesariamente la capacidad de decidir en aspectos fundamentales del diseño de la investigación, objetivos de la misma, acceso a los datos recogidos, análisis independiente y publicación o difusión pública de los resultados.

Publicaciones

Los órganos de expresión y publicaciones de la AEPap, tanto en formato papel como electrónico (web) o cualquier otro soporte, podrán admitir publicidad de las IRS o de cualquier otra empresa siempre que se respeten estas normas:

1. La publicidad deberá ser claramente identificable como tal, evitando que pueda confundirse con contenidos propios de la publicación.
2. La AEPap se mantendrá atenta a posibles violaciones por parte de los anunciantes de los códigos y normativas a que se hace referencia en el apartado 5.b. de la sección sobre Reuniones, Cursos y Congresos de este documento.
3. Cuando una sección de la publicación sea íntegramente patrocinada por las IRS, este hecho debe hacerse patente en esa sección, incluso en el caso de que la información incluida en la misma se haya elaborado de manera independiente.
4. Las publicaciones oficiales de la AEPap darán publicidad de las condiciones concretas de aplicación de las normas de este documento.

La AEPap y sus asociados

La AEPap no dicta normas éticas a sus socios respecto a sus relaciones personales con la industria. Sin embargo, la AEPap recomienda vivamente a sus socios que mantengan estas relaciones dentro de unos límites razonables que no entren en conflicto con su independencia de juicio ni con su compromiso con la salud y el bienestar de sus pacientes.

De acuerdo con los Estatutos de la AEPap (Capítulo 6, 2c)4, la falta ética o deontológica profesional podrá ser motivo de expulsión de la asociación. La AEPap, sin embargo, no vigilará de manera individual la conducta de sus asociados, y será cuidadosa para aplicar esta posibilidad estatutaria sólo en casos de conducta inequívocamente condenable, según las leyes vigentes.

La AEPap, sus asociaciones federadas y grupos de trabajo

Aún respetando su independencia, la AEPap recomienda a las asociaciones federadas que la constituyen y a sus grupos de trabajo que se vinculen voluntariamente al cumplimiento de este código.

Las asociaciones federadas y los grupos de trabajo que se adhieran a este código

deben hacerlo saber de manera expresa en sus publicaciones y órganos de expresión propios.

Límites de este documento

Hay otras causas de posibles conflictos de intereses, como son las relaciones personales, competitividad académica, o posicionamiento ideológico o intelectual, que no son expresamente abordadas en este documento.

Tampoco se abordan en este documento las relaciones (y sus posibles conflictos de intereses) de la AEPap con las administraciones sanitarias públicas, así como otras instituciones científicas y profesionales, públicas o privadas.

Notas finales

La Junta Directiva de la AEPap es garante del cumplimiento de todas estas normas. Todos los socios son observadores del seguimiento de las mismas por parte de la AEPap, y podrán dirigirse a la Junta Directiva cuando perciban que el código puede vulnerarse en alguno de sus puntos.

Todos los miembros de la Junta Directiva de la AEPap declararán, desde el mismo momento en que accedan a un puesto en la misma, qué intereses financieros, accionariales, personales, o de otra índole, les vinculan con la industria, y harán nuevas declaraciones siempre que se modifiquen de manera relevante estas circunstancias.

La Junta Directiva de la AEPap constituirá una “Comisión para el Desarrollo de Buenas Prácticas en la relación con la Industria Relacionada con la Salud” con la función de adaptar estas normas a las cambiantes condiciones del marco y el entorno en el que se inscribe este documento, así como proponer soluciones a los conflictos de los que tenga conocimiento, dentro del ámbito de aplicación de este documento.

La AEPap se mantendrá atenta a posibles nuevas formas de relación entre las asociaciones médicas y la industria, e intentará regular las mismas para mantener el compromiso ético y de transparencia de este código.

Documentos de interés

Además de los documentos citados en el texto y listados al final, otras normas legales, códigos y documentos de interés relacionados con las cuestiones aquí tratadas pueden obtenerse en:

Real Decreto 1416/1994, de 25 de Junio, por el que se regula la publicidad de los Medicamentos de Uso Humano. (BOE núm. 180, de 29 julio [RCL 1994, 2219]).

Disponible en <http://www.agemed.es/Index.htm>

Código de conducta de la Fundación Health on the Net (HON) para sitios web de Salud y Medicina. Disponible en <http://www.hon.ch/HONcode/Spanish/>

Criterios de calidad de la Unión Europea aplicables a sitios web dedicados a la Salud.

Disponible en http://www.hon.ch/HONcode/HON_CEE.en.htm

Código ético del proyecto Webs Médicas de Calidad (WMC).

Disponible en <http://www.pwmc.org/codigopwmc.htm>

Farmaindustria. Recomendaciones de la unidad de supervisión deontológica en los eventos organizados por sociedades científicas en los que participa la industria farmacéutica.

Disponible en www.farmaindustria.es

Coyle SL, Ethics and Human Rights Committee ACoP-ASoIM. Position paper.

Physicianindustry relations.

Part 1: Individual physicians. *Ann Intern Med* 2002; 136:396-402

Coyle SL, Ethics and Human Rights Committee ACoP-ASoIM.

Position paper. Physician industry relations.

Part 2: Organizational issues. *Ann Intern Med* 2002; 136:403-406

Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1: Entanglement. *BMJ* 2003; 326:1189-1192

Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 2: Disentanglement. *BMJ* 2003; 326:1193-1196

Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000; 283:373-380.

Citas del texto

1 Disponible en

http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_farmacia.htm

2 Disponible en

<http://www.ibfan.org/spanish/resource/who/fullcode-es.html>

3 Disponible en

http://www.farmaindustria.es/Index_secundaria_publicaciones.htm

4 Disponible en

<http://www.aepap.org/estatutos.htm>

Este documento ha sido aprobado por unanimidad por parte de la Junta directiva de la AEPap reunida en Murcia el 3 de junio de 2005.

ÁLBUM







Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria

