Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria



VI CONGRESO
XVI REUNIÓN ANUAL
ASOCIACIÓN ASTURIANA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Solicitada acreditación

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

Libro de Ponencias

Oviedo, 27 y 28 de abril de 2017

Saluda del Presidente

Un año más quiero invitaros a participar en el evento formativo más importante de nuestra sociedad científica. En esta ocasión, centraremos la formación sobre la influencia del medio ambiente en la salud. Contaremos para ello con la colaboración del Dr. Ortega, de la Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica de Murcia, que desarrollará su exposición en la conferencia inaugural.

Dispondremos del espacio dedicado a las comunicaciones libres al Congreso en las que tan importante es vuestra colaboración, así como la del comité científico formado en esta ocasión por las Dras. Fernández Francés, Coto Fuente y Rodríguez Posada; será su presidente el Dr. Fernández Cuesta, y la secretaria y moderadora del apartado la Dra. García Merino.

En los talleres nos acompañarán los Dres. Ruiz Canela y González-Lamuño Leguina. El primero abordará el tema de qué cosas debemos de dejar de hacer en atención primaria mientras que el segundo tratará sobre qué hacer desde atención primaria respecto a las enfermedades raras.

En la mesa de la tarde del viernes seguiremos tratando propuestas sobre aquello que se tendría que dejar de hacer para aumentar la calidad y la seguridad de las prestaciones en nuestra actividad pediátrica.

Quiero agradecer a los ponentes, a los que estáis preparando comunicaciones, a los miembros del comité científico, a la junta directiva como entidad organizadora y especialmente al vocal de formación, Dr. Fernández Cuesta, su esfuerzo para llevar a buen puerto un año más -y vamos por el decimosexto- esta empresa tan importante para todos.

Os espero en Oviedo.

José Ignacio Pérez Candás.

Presidente AAPap.

Comité Organizador

Junta directiva de la AAPap

Presidente:
José Ignacio Pérez Candás

Director:
Luis Miguel Fernández Cuesta

Secretario:
Francisco Javier Fernández López

Secretaría Técnica:
Mª Ángeles Ordóñez Alonso

Vocales:
Sonia Alonso Álvarez
Mª Teresa Benito Martín
Carmen Castañón Rodríguez
Zoa García Amorín
Mª Cristina de la Infiesta Álvarez
Purificación López Vilar
Ana Pérez Vaquero
Elena Taborga Díaz

Comité Científico

Presidente:
Luis Miguel Fernández Cuesta

Secretaria:
Águeda García Merino

Vocales:
Mar Coto Fuente
María Fernández Francés
Rosa Rodríguez Posada

Programa

Jueves 27 de Abril

16:00-16:30

Entrega de documentación

16:30-16:45

Inauguración

16:45-17:45

Conferencia Inaugural

Contaminación medioambiental y morbilidad pediátrica

Ponente: **Juan Antonio Ortega García.**
Pediatra. Responsable de la Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

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

17:45-18:15

Descanso-café

18:15-20:30

Pósters y comunicaciones orales

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

Programa

Viernes 28 de Abril

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

Talleres:

1. Enfermedades raras. ¿Qué hacer desde Atención Primaria?

Ponente: **Domingo González-Lamuño Leguina.**
Pediatra. Unidad de Nefrología y Metabolismo Infantil del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.
Director Científico del Centro de Diagnóstico y Estudios Metabólicos Avanzados de Cantabria (CDEMAC).

Moderador: Francisco Javier Fernández López.
Pediatra. Centro de Salud de Nava-Bimenes-Cabranes.

2. A la luz de la evidencia científica: ¿Qué intervenciones debemos dejar de hacer en Atención Primaria Pediátrica?

Ponente: **Juan Ruiz-Canela Cáceres.**
Pediatra. Centro de Salud Virgen de África, Sevilla.
Coordinador del Comité de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEP.

Moderadora: Carmen Castañón Rodríguez.
Pediatra. Centro de Salud de Colunga.

14:00

Comida de Confraternidad (Hotel Barceló Oviedo).

Programa

16:15-18:00

Mesa Redonda

Intervenciones, sin evidencia científica, no justificadas, en Pediatría

Ponentes:

Atención Primaria: **Juan Ruiz-Canela Cáceres.**
Pediatra. Centro de Salud Virgen de África, Sevilla.
Coordinador del Comité de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEP.

Digestivo: **Juan José Díaz Martín.**
Pediatra. Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica.
AGC de Pediatría del HUCA, Oviedo.

Infecciosas: **Carlos Pérez Méndez.**
Pediatra. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes, Gijón.

Cirugía Pediátrica: **Víctor Alvarez Muñoz.**
Cirujano pediátrico. Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica.
AGC de Pediatría del HUCA, Oviedo.

Moderadora: **Purificación López Vilar.**
Pediatra. Centro de Salud Centro – Cimadevilla, Gijón.

18:00-19:00

Asamblea General de la AAPap

Conferencia Inaugural

Conferencia Inaugural

Salud Medioambiental y Adolescentes

Juan Antonio Ortega García, MD, PhD, Prof As

Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Servicio de Pediatría. Laboratorio de Entorno y Salud Humana. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB-ARRIXACA). Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Universidad de Murcia.

La Salud Medioambiental Pediátrica constituye uno de los retos sanitarios más importantes del siglo XXI. La creciente conciencia social de la relación entre la salud y el medio ambiente será el principal motor de cambio hacia la innovación e integración de una perspectiva ecológica en el seno de la salud y la asistencia sanitaria en los próximos años. La OMS en 1993 definió la salud medioambiental como ante la progresiva contaminación de los ecosistemas medioambientales y la creciente preocupación social ante los efectos potencialmente adversos de la salud humana, definió la SMA como: a) los aspectos de la salud humana, incluyendo la calidad de vida, determinados por las interacciones de los agentes medioambientales físicos, químicos, biológicos, psíquicos y sociales; y b) todos aquellos aspectos teórico-prácticos para evaluar, corregir, controlar y prevenir los agentes medioambientales que, potencialmente, afecten negativamente a la salud de generaciones presentes y futuras.

Los patrones de enfermedades de los adolescentes en España y otras naciones industrialmente desarrolladas han cambiado sustancialmente en las últimas décadas. Las principales enfermedades que se enfrentan los adolescentes hoy en día en los países desarrollados son enfermedades crónicas de origen multifactorial. Muchas de las enfermedades crónicas del adulto se inician de forma larvada o subclínica en la adolescencia. La patología respiratoria y el asma han duplicado su prevalencia desde 1980; los trastornos generalizados del neurodesarrollo incluidos los trastornos de la conducta alimentaria, así como el cáncer en la adolescencia, con un crecimiento anual de la incidencia del 1-1,5% o enfermedades de la glándula tiroides, alteraciones de la pubertad y del crecimiento, diabetes y obesidad son enfermedades con incidencia creciente e influenciadas por el entorno en el que se desarrollan los individuos.

Adolescente es una palabra fea que encierra un bello concepto. Hay mitos por desterrar con los adolescentes: 'Es que soy así y no puedo cambiar'. Si en la infancia el afán de autonomía es característico, el adolescente se apodera de ella. Ellos quieren

decidir sobre los asuntos que le incumben, incluso los relacionados con el medio ambiente. Ahí aparece un invitado molesto: la responsabilidad. El efecto social de la responsabilidad es la confianza, un elemento clave para que el adolescente crezca en entornos más saludables.

La lejanía de los adultos y pérdida de contacto con la naturaleza

La palabra adolescente viene del verbo latino "adolecere" que significa: ad, hacia; olescer, crecer o desarrollarse. No tiene que ver con adolecer ni con ninguna dolencia, como suele mencionarse queriendo aludir a los conflictos propios de esta etapa.

Uno de los fenómenos producidos en el último medio siglo es que los adolescentes tratan menos con adultos y disminuyendo su contacto con la naturaleza. A partir de los años 50-60 con el aumento de la escolarización, comienzo de disponer de tiempo libre para formarse, equivocarse y crecer aparece la palabra pandilla. Por primera vez en la historia el tiempo que pasan con los adultos se reduce. En los años 60-70 pasan gran parte del tiempo con la peña, la 'tribu' calle, bar o el club.

En nuestra época la familia empática se consolida y el teen se encuentra muy bien en casa. Entiende que tiene que educarse para hacer futuro, y comienza su consumo de ocio. La tecnología toma protagonismo y pasa cada vez más tiempo en solitario. Nuestra previsión para 2020-2030: pasan más tiempo en casa, internet ofrece espacios, centros comerciales virtuales y redes sociales. Pasan muy poco tiempo con los adultos y la relación se virtualiza. Su ocio es tecnológico. Vivirán en una megápolis en la que la tecnología en casa le ofrecerá oportunidad de divertirse, comunicarse y también poder desarrollar pequeñas ideas de negocio y trabajar en nuevos empleos. Si ahora comparte entre un 10 y 25% con lo adultos, pasará a ser menos del 5%. El contacto con el medio ambiente en todas sus formas será mínimo, y a través de la redes sociales.

Es un hecho: los niños de hoy disponen de menos tiempo para jugar al aire libre que sus padres cuando eran niños. Sobrecargados por los deberes y las actividades extraescolares, se desplazan en automóvil y reparten su tiempo libre entre las consolas y los centros comerciales. Los niños españoles de 4 a 12 años pasan 990 horas anuales de media frente al televisor, el ordenador o los juegos electrónicos. Hasta finales de los ochenta, jugar significaba 'jugar fuera'. Hoy en día, el significado ha cambiado mucho, tendemos a imaginar a un adolescente solo, sentado en la habitación, frente a una pantalla. Los niños y adolescentes pasan más de 20 horas al día en espacios cerrados. Los jóvenes de hoy tienen 400 amigos en el Facebook pero con frecuencia ninguno para bajar o jugar al parque. La falta de contacto directo con personas, animales, plantas y minerales se sustituye por una oferta creciente de realidad virtual, por un mercado que intenta simular a la naturaleza. La naturaleza se ha convertido en un bien de consumo, una atracción turística, parece algo más abstracto que real. La sencillez

del mundo natural, que se nos presenta humilde y gratuitamente, resulta pobre para nuestra sociedad de la opulencia.

La mayoría de los jóvenes actuales, apenas han tenido experiencias en el campo; nunca han construido cabañas, ni a hacer colonias con pétalos de rosas...Ellos pasan cada vez pasan más tiempo en espacios cerrados y con déficit de contacto con la naturaleza. Datos de nuestros pacientes en la región de Murcia, solo uno de cada 4 niños juega a diario al aire libre en contacto con la naturaleza. En la generación de sus padres eran 3 de cada 4. El 85% usa el ordenador a diario, solo el 10% visita el parque diariamente. Algunos de los riesgos y problemas de salud derivados de la falta de contacto con la naturaleza alcanzan cifras epidémicas en la infancia y adolescencia.

Vulnerabilidad de los adolescentes a los riesgos medioambientales

Las características de la mayor vulnerabilidad de los adoledscentes a los riesgos medioambientales son trasladadas a los adolescentes, con sus particularidades:

• Inmadurez anatómico-funcional: todos los sistemas orgánicos están en proceso de maduración, tanto anatómica como fisiológica, teniendo en cuenta la inmadurez de los sistemas de inmunovigilancia y detoxificación y la especial vulnerabilidad del sistema nervioso, inmune y endocrino debido a que estos sistemas continúan el proceso de desarrollo hasta el final de la adolescencia.

• Mayor consumo energético-metabólico: los niños y adolescentes necesitan mayor aporte de oxígeno y sustancias nutricionales para la hiperplasia e hipertrofia celular y tisular. Por ello, comen más alimentos, beben más líquidos y respiran más aire por kilogramo de peso corporal que los adultos. La población pediátrica y adolescente inhala, ingiere y absorbe transdérmicamente más sustancias tóxicas que un adulto. Si a ello unimos la menor capacidad para neutralizar, detoxificar y eliminar estos contaminantes, concluimos que los efectos adversos celulares van a ser más intensos y persistentes.

• Mayores expectativas de vida: la exposición continuada a bajas dosis de tóxicos medioambientales puede desarrollar a medio y largo plazo sus efectos.

• Formas particulares de exposición: los adolescentes tienen un peculiar comportamiento social. Su propia conducta innata, más espontánea y despreocupada, les hace tener más confianza en la pandilla y minimizar los riesgos, haciendo sobreexponerlos a algunas situaciones; como el sexo sin protección, las quemaduras solares, los agentes químicos en el trabajo…

• Nula capacidad de decisión: los adolescentes carecen de capacidad de voto. No pueden decidir en relación a temas que les afectan directamente e hipotecan sus hábitats futuros (cambio climático, sostenibilidad, espacios verdes en las ciudades…)

Con todo ello queremos incidir en la necesidad de ambientes libres de neurotóxicos, cancerígenos, teratógenos y disruptores hormonales. Ambientes libres de pesticidas, partículas y radiaciones ionizantes, así como ambientes libres de pobreza, sufrimiento y maltrato. Si queremos ambientes más saludables tendremos que tener en cuenta los contaminantes físicos, químicos, biológicos o sociales. Para mejorar la salud de nuestras comunidades, con especial mira en la infancia y la adolescencia y las generaciones futuras. Si queremos construir salud, si queremos hablar de promoción y prevención de la salud tendremos que analizar qué aire respiramos, qué agua bebemos, qué alimentos comemos y qué emociones generamos los unos en los otros. Un médico de zona debería conocer las industrias contaminantes más importantes de la zona en la que viven sus pacientes y los efectos de sus vertidos; debería preguntar por la localización del domicilio, trabajo o instituto, e incluso, por qué no, visitar los mismos. Las generaciones actuales son las más formadas, y paradójicamente, son los que tienen más precariedad y falta de oportunidades. Deseosos de demostrar su responsabilidad e intentando ser buenos empleados, los adolescentes pueden ser colocados en puestos de trabajo peligrosos o disminuir la protección laboral. Además, el embarazo en adolescentes, coloca a estas jóvenes en una posición de vulnerabilidad elevadísima, puesto que debido en la mayoría de las ocasiones a la falta de protección e información, las puede llevar a estar expuestas a mutágenos, teratógenos y otras sustancias tóxicas durante el trabajo.

Impacto del medio ambiente sobre la adolescencia

Los factores que determinan la salud de los jóvenes son: el entorno en el que viven, estudian o trabajan, las políticas públicas que sustentan la vida social, la respuesta de los servicios sanitarios a sus demandas, las características biológicas de cada joven y su comportamiento. Son numerosas las situaciones que atentan contra los derechos de nuestros jóvenes y deterioran la salud medioambiental del adolescente. Podemos clasificarlas en 2 grupos: a) propias y particulares formas de exposición del adolescente; y b) de las comunidades en las que viven.

Propias de los adolescentes:

- El adolescente en el trabajo
- Contaminación social y publicitaria (alcohol, tabaco, otras adicciones)
- Accidentes de tráfico
- Drogas legales e ilegales
- Enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado

En las Comunidades en las que viven:

Muchos de los riesgos medioambientales que amenazan la salud y bienestar de los adolescentes están relacionados con la comunidad o barrio en el que viven. Los barrios pobres de nuestras grandes ciudades, los núcleos de poblaciones marginales con

escasos recursos humanos y financieros sufren la presencia de una carga excesiva de industrias contaminantes, vertederos irregulares, la frecuente ausencia de depuración de aguas residuales, escasez de asistencia cultural, sanitaria, de capacidades de incorporación al mundo laboral... y es que "la basura" tiende a dirigirse hacia los barrios pobres. Los basureros, industrias contaminantes, cementaras, incineradoras..., curiosa y tendenciosamente, se concentran en comunidades de bajos recursos económicos, marginales o de minorías étnico-culturales.

La raza, y especialmente la pobreza constituyen las variables más significativas asociadas con la distribución de los vertederos peligrosos e irregulares, y son factores muy significativos relacionados con la presencia de industrias extremadamente contaminantes. Este fenómeno se conoce como "racismo ambiental" y repercute muy directamente en los adolescentes que viven en estas áreas porque limitan su desarrollo potencial como seres saludables. Las intoxicaciones, enfermedades infecciosas, drogadicción, enfermedades de transmisión sexual, trastornos psiquiátricos y del comportamiento, accidentes laborales, se incrementan entre esos jóvenes. En estos barrios muchos jóvenes desarrollan sus actividades laborales y sociales en contacto con substancias tóxicas, mutagénicas, disreguladoras hormonales y cancerígenas (partículas, dioxinas, furanos, alcohol, tabaco, etc.). Además carecen de la información / educación básica necesaria y de las infraestructuras de protección adecuadas, limitando el acceso a los recursos de salud, educación, transporte y otros recursos públicos en barrios y comunidades. Rodeados de paisajes urbanos insostenibles con escasez de zonas verdes, de instalaciones deportivas, de ocio y de contacto con la naturaleza son víctimas de las estrategias comerciales e intereses económicos de las empresas agresoras y sin escrúpulos.

En estas comunidades los adolescentes se muestran impotentes, apenas representados, y son especialmente vulnerables, su colectividad suele carecer de poder político, están desorganizados, y constituyen una cuna de mano de obra impaciente y dócil por la alta tasa de desempleo que presentan. Los países con políticas medioambientales débiles como España favorecen el fraude y la discriminación medioambiental, premisas necesarias para ubicar y desplazar los problemas de salud medioambiental hacia las comunidades pobres y marginales.

Contacto con la naturaleza y salud del adolescente: Evidencias científicas

De la misma forma que existen unos periodos críticos a lo largo del desarrollo fetal e infanto-juvenil donde exposición a tóxicos medioambientales determinan determinados efectos deletéreos en la salud, existen unos periodos del desarrollo durante los cuales el contacto con la naturaleza llena necesidades importantes para un adecuado desarrollo y completa maduración infantil y del adolescente. Durante la mayor parte de la existencia humana, la humanidad ha estado incrustada en el medio natural. La conexión humana con la naturaleza se manifestaba desde el mismo momento que

nacemos, y especialmente a partir de la adolescencia.

Sin duda, las mujeres y hombres que pudieron navegar los mares, que pudieron oler el agua, encontrar las plantas, perseguir a los animales, reconocer e interpretar los cielos seguros, debieron haber disfrutado de algunas ventajas en la calidad de vida.

La falta de contacto con la naturaleza es un factor clave en el incremento de la obesidad, enfermedades respiratorias y cardiovasculares, trastornos de conducta, comportamiento, atención, empeoramiento de las enfermedades crónicas, disminuye los niveles de vitamina D, pérdida de audición y agudeza visual, mayor exposición a carcinógenos e incremento del estrés.

Las evidencias científicas son cada vez más numerosas. La evidencia científica de que los contactos incluyen el contacto con los animales, las plantas y experiencias en la naturaleza.

La mayoría de los estudios se refiere a viajes estructurados o programados de campamentos de verano, más que al fenómeno más general del contacto con la naturaleza. A pesar de las limitaciones metodológicas, numerosas investigaciones sugieren beneficios de los contactos con la naturaleza. Se ha estudiado mejor el efecto en la salud mental que en las condiciones somáticas, y aunque el beneficio se ha demostrado en el corto plazo es esperable que repercuta en la salud global y bienestar de la vida adulta de los individuos. Se ha observado cómo el contacto con la naturaleza mejora el control de enfermedades crónicas (diabetes, asma, obesidad, supervivientes de cáncer, etc.), contribuye a prevenir la adicción a alcohol y otras drogas, mejora los resultados reproductivos y en el recién nacido, mejora el rendimiento escolar y los tests cognitivos, incrementa la función pulmonar y los niveles de vitamina D y, finalmente se ha objetivado un reducción significativa de las visitas al médico. Quizá todo esto refleje hábitos de aprendizaje, preferencias por nuestro pasado, ecos de nuestros orígenes como criaturas de la naturaleza. Satisfacer estas preferencias puede ser una manera eficaz de fortalecer la salud de los adolescentes, más barata y libre de los efectos secundarios del uso de fármacos.

El 50% de los hogares en las grandes ciudades tienen mascotas. Numerosos estudios muestran que los animales domésticos son considerados miembros de la familia; los adolescentes le hablan como si fueran humanos, cargan sus fotografías a las redes sociales y con frecuencia comparten sus dormitorios con ellos. El 70% de los jóvenes confían plenamente en sus mascotas. La presencia de mascotas en el hogar disminuye el número de visitas al médico, disminuye el estrés y mejora la salud cardiovascular.

Los niños, adolescentes y adultos se sienten mejor cuando están rodeados de plantas. En asentamientos urbanos, los espacios verdes y jardines se han asociado a una amplia variedad de beneficios sociales. El concepto de que las plantas juegan un papel importante en la salud mental del adolescente, ha sido aplicado en la terapia con

horticultura, una forma de tratamiento basada en los presuntos beneficios terapéuticos de la jardinería. La terapia con horticultura para adolescentes se utiliza en programas comunitarios, de drogodependientes, discapacitados y educación especial. El vivir en edificios rodeados de árboles se ha asociado entre los adolescentes a: a) niveles más altos de atención y mejor capacidad de respuesta a las situaciones de estrés; b) niveles sustancialmente menores de agresión y violencia; y c) niveles más altos de auto-disciplina.

Los pediatras deberían preguntar más en las consultas sobre estos aspectos y fomentar los vínculos del niño/adolescente con el medio natural como vía para fortalecer su salud y contrarrestar/disminuir los efectos negativos de muchas exposiciones a tóxicos medioambientales. Recuperar el contacto con la madre naturaleza en todas sus formas, constituye por sí mismo uno de los retos sanitarios más importantes para las actuales y futuras generaciones en nuestras naciones.

Bibliografía para el tema

1. Ortega García JA, Cárceles Álvarez A, Vicente Calderón C. Trastorno por Déficit de Naturaleza. Urgencias en Pediatría. 2015;1:2-3.

2. Ortega García JA, Ferris i Tortajada J, Sánchez-Solis M. Salud medioambiental del adolescente. En: Medicina de la Adolescencia. Atención Integral, Eds: Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero A, Castellano Barca G. Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia, Madrid, 2º ed, 2012,I Pp 91-96.

Talleres

Taller 1

Enfermedades raras. ¿Qué hacer desde Atención Primaria?

Domingo González-Lamuño

Profesor Titular de Pediatría. Universidad de Cantabria.
Médico Adjunto. Servicio de Pediatría, Hospital Universitario M. Valdecilla, Santander.

Resumen

La mayoría de las ER se manifiestan en la edad pediátrica y comparten elementos comunes: diagnóstico tardío o falta de diagnóstico; gravedad, cronicidad y carácter discapacitante; ausencia de tratamientos efectivos; falta de conocimiento o información de los profesionales sanitarios y de la sociedad en general. La complejidad asistencial hace necesario un modelo de atención integral. Las necesidades de estos pacientes, el acceso a las nuevas tecnologías de la información y formas de comunicación han favorecido el desarrollo de un creciente número de asociaciones que surgen para promover y financiar la investigación y apoyo a los afectados de estas ER.

1.- Introducción

El pediatra debe considerarse como un elemento clave en la transmisión de la información útil para los pacientes y sus familias, tanto en la adecuada interpretación de las pruebas diagnósticas que permiten acceder a nuevas opciones de tratamiento, como en las oportunidades derivadas de las políticas de atención a los pacientes con ER.

El reto y complejidad que puede suponer la atención pediátrica tanto de un niño con una ER como de su familia, pone de manifiesto la necesidad de una adecuada formación en aspectos como la nueva genética y los recursos sociosanitarios y/o educativos para niños con ER. Las potentes técnicas de estudios moleculares y del genoma utilizadas en el diagnóstico de pacientes con ER permiten detectar alteraciones y la identificación de nuevos síndromes, y ayudan a interpretar algunos aspectos moleculares de muchas enfermedades comunes. Una adecuada utilización de esta información, disponible en el ámbito clínico, permite investigar diferentes aspectos de una ER sin tener que realizar estudios complejos alejados de las necesidades asistenciales de los pacientes. (1)

El impacto de por vida que conllevan muchas ER, obliga a un seguimiento continuado del niño, centrado tanto en los aspectos evolutivos del mismo como en la adaptación de la familia al problema. Además de la dura realidad a la que se enfrentan, los padres frecuentemente deben tomar decisiones inmediatas sobre el tratamiento de su hijo, o enfrentarse a una condición letal o incapacitante que les "roba" sus expectativas. Sólo una adecuada atención a cada uno de los múltiples problemas a los que se enfrentan estos niños y sus familias ayuda a minimizar el potencial handicap asociado a las ER. A pesar de la indudable complejidad que conlleva la profundización en este campo, el pediatra debe introducirse en el conocimiento de estas enfermedades con la finalidad de fundamentar su implicación en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes. Su abstención ante esta responsabilidad repercute negativamente en la atención a estos enfermos, que deberá compartir con los especialistas correspondientes. (2)

2.- ¿Qué son las enfermedades raras (ER)?

Desde el punto de vista clínico las ER se caracterizan por comprometer la calidad de vida de los afectos, causando una grave discapacidad intelectual o física. Asimismo, es frecuente que estas enfermedades tengan un carácter progresivo y condicionen una mortalidad precoz.

Cuando calificamos una ER estamos aludiendo a una enfermedad o trastorno de escasa frecuencia (afecta a menos de 5 de cada 10.000 personas), pero también a la presencia de una patología que supone un desafío socio-sanitario por la complejidad de su manejo y las necesidades de los pacientes. Los criterios numéricos revisten importancia para las ER, ya que existen leyes que estimulan la investigación y el desarrollo de medicamentos para enfermedades que cumplen los criterios de «raras». Para la mitad de los afectados, el diagnóstico de una ER implica un riesgo vital o discapacitante significativo. (3)

Cuesta mucho conocer con certeza la prevalencia o la incidencia de cualquiera de las ER. Muchos casos no se notifican, no se diagnostican o se diagnostican equivocadamente. Aunque resulta imposible extraer datos exactos y actualizados sobre la prevalencia de cada ER y partiendo de la base que cada ER afecta a menos de 20.000 pacientes en España, el conjunto de población afectada por todas estas patologías supera los tres millones de españoles. Según datos de la Comisión Europea, estas enfermedades afectan hasta a un 6% de la población en algún momento de la vida. Es decir, alrededor de quince millones de personas en la Unión Europea están o se verán afectadas por una ER. (3)

Un elevado porcentaje de las denominadas ER tienen un origen genético, de ahí la gran importancia que tiene para este conjunto de enfermedades la disciplina genética

en todas sus vertientes diagnósticas, terapéuticas o de investigación. Con el apoyo de otros especialistas, desde la perspectiva de la genética clínica es posible realizar una adecuada aproximación no solo en la fase diagnóstica, sino también en la fase de seguimiento, ya que la esta aproximación favorece un adecuado manejo clínico al entender mecanismos moleculares fundamentales en la fisiopatología de estas enfermedades. (2)

Los trastornos monogénicos tienden a ser sindrómicos; los trastornos poligénicos o multifactoriales no tienden a ser sindrómicos. Los trastornos monogénicos están causados por una alteración génica presente en cada una de las células del organismo; por tanto, cualquier tejido puede sufrir una anomalía funcional o anatómica por culpa de la alteración génica. Los trastornos poligénicos se deben a una combinación de variantes génicas que se dan en la población humana normal (es decir, los genes variantes no son defectuosos) de ahí que la mayoría de las enfermedades poligénicas no resulten sindrómicas.

Las ER tienen un número reducido de causas y, por eso, son raras. Sin embargo, las enfermedades comunes poseen múltiples causas y, por esta razón, son comunes. Es imposible pensar que todas estas causas activarán las mismas vías, con la misma secuencia y en el mismo marco de tiempo en cada caso. Es mucho más probable que la variedad de vías desemboque, finalmente, en una colección de estados patológicos que comparten un fenotipo similar. En el caso de las ER, muchas de ellas producidas por una mutación específica de un gen específico, las vías siguen el mismo curso, a lo largo de un esquema temporal parecido, y producen desenlaces fenotípicos muy similares en una población etaria restringida (p. ej., niños pequeños).

El adecuado conocimiento y abordaje de los pacientes afectados por todas las ER no puede generalizarse ya que cada una tiene su propia idiosincrasia derivada de las opciones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas. Muchas de las necesidades que manifiestan los pacientes y sus familias se establecen tanto a partir del diagnóstico y asesoramiento genético, como de la investigación de las bases moleculares y celulares que explican los mecanismos de producción y fisiopatología de estas enfermedades. Esta aproximación es la que permite abrir un campo de posibilidades para definir dianas moleculares que sean la base de nuevas terapias. (4)

Existe un déficit importante en el conocimiento médico y científico no sólo de la historia natural de muchas de las ER sino también de sus mecanismos biológicos, genéticos y moleculares, aspecto relevante a considerar ya que cuando se produce un progreso, suele estar referido básicamente a la identificación de los genes que permiten el diagnóstico o una aproximación terapéutica basada en aspectos genéticos o dianas moleculares. (2)

3.- ¿Cuántas ER existen?

Según un consenso creciente, parecen existir cerca de 8.000 ER. Esta cifra podría hallarse bastante infravalorada según como se contabilicen las enfermedades cuya complejidad se refleja en las diferentes clasificaciones que proporciona Orphanet. (5) Si se agregan las numerosas enfermedades nutricionales, tóxicas y degenerativas raras del ser humano, el cálculo consensuado de las cifras de ER resultaría tristemente insuficiente. Con todo, el limite bajo de 8.000 revela que existen muchas ER, demasiadas para que un solo profesional las comprenda en su totalidad.

Las ER se denominan a veces enfermedades huérfanas, un término idóneo por varios motivos. En primer lugar, el termino «huérfano» se aplica a niños y es cierto que los recién nacidos, lactantes y niños corren el máximo riesgo de las ER más catastróficas. En segundo lugar, el concepto «enfermedad huérfana» supone la falta de una buena administración. Durante mucho tiempo, las ER fueron despreciadas por clínicos, investigadores médicos, la industria farmacéutica y la sociedad en su conjunto. Las ER se manifestaban como males extraños y a menudo, desfigurantes, que aparecían sin una causa evidente. En la última década, la confluencia de avances políticos, sociales y científicos ha facilitado una progresión asombrosa en el campo de las ER que han salpicado también a las enfermedades comunes.

Existen tratamientos eficaces para muchas de las ER por lo que resulta crucial efectuar el diagnóstico correcto en una etapa precoz de la enfermedad antes de que surja el daño orgánico irreversible. Sin embargo, es fácil diagnosticar erróneamente una ER; a menudo, se confunde con una enfermedad común o con otra ER y por otro lado, es imposible que un medico adquiera experiencia clínica con solo una pequeña fracción del total de las ER. Ante una ER, cualquier médico es un aficionado.

4.- ¿Cómo se manifiestan las ER?

Las ER presentan una amplia diversidad de alteraciones y síntomas que varían no sólo de una patología a otra, sino también de un paciente a otro y a lo largo de la vida. Dos personas pueden sufrir la misma enfermedad con diferente grado de afectación y de evolución. (3)

Sin embargo, los afectados refieren problemas comunes, de tal modo que hasta dos terceras partes de los afectados por ER tienen problemas graves e invalidantes caracterizados por:

- Una aparición precoz, dos de cada tres surgen antes de los dos años.

- Muchas de ellas se manifiestan con malformaciones congénitas o trastornos presentes al nacimiento. Estas malformaciones en general son de origen multifactorial pero pueden ser muy discapacitantes.

- Son frecuentes los dolores crónicos y complicaciones ante las enfermedades intercurrentes propias de la infancia, como son las crisis de dificultad respiratoria, diarreas, etc. Esta situación genera múltiples ingresos hospitalarios.

- Los niños con ER presentan problemas en el desarrollo manifestado como déficits motores, sensoriales o intelectuales en la mitad de los casos. Este retraso origina algún tipo de discapacidad y graves problemas en lo que respecta a la posibilidad de llevar una vida autónoma en uno de cada tres casos.

- En casi la mitad de los pacientes el pronóstico vital está en juego. A las ER se les puede atribuir el 35 por ciento de las muertes ocurridas antes de haber alcanzado el primer año de vida; el 10 por ciento de las producidas entre el primer y quinto año de edad; y el 12 por ciento de las cuantificadas entre los cinco y quince años. (1)

- En general, hay que pensar en ellas cuando los síntomas o "asociación de síntomas" no son típicos de ninguna otra enfermedad o existe una asociación inexplicada de síntomas.

5.- ¿Cuáles son los principales problemas de los afectados?

- La falta de información sobre la enfermedad, que conduce a un peregrinaje doloroso para las familias. En muchos casos, tardan años en encontrar un diagnóstico correcto. Con frecuencia, también se producen retrasos inaceptables y de alto riesgo en el tratamiento.

- La ausencia de centros de referencia, especialistas, medicamentos y protocolos, que acentúan el aislamiento y la incertidumbre tras el diagnóstico.

- El empobrecimiento de las familias, causado por los desmesurados gastos, no cubiertos por el Sistema Nacional de Salud, que deben soportar.

- La descoordinación entre profesionales de la salud y la falta de experiencia en ER tanto de los médicos de atención primaria como de especializada. Todo esto dificulta la estrategia terapéutica.

- Las dificultades en el acceso a medicamentos huérfanos y/o tratamientos.

- El impacto social y psicológico en las familias, además del escaso apoyo escolar y laboral para su integración.

- Los pacientes con ER reclaman una aproximación empática a sus muchas preocupaciones. Una reivindicación constante es la de la necesidad de comunicación entre enfermos y profesionales, no sólo aprender a hablar con ellos sino también aprender a escucharles. Esta ha sido también una reclamación constante de

asociaciones de enfermos como EURORDIS y FEDER, así como de cada una de las asociaciones de personas afectadas por ER que han venido trabajando desde hace años. La posibilidad de comunicarse a través de Internet ha resultado de gran ayuda para los afectados. (1, 6, 7)

6.- La atención pediátrica como modelo de atención a las ER

El objetivo asistencial orientado hacia las familias de un niño con una ER, es conseguir la aceptación del niño, la comprensión de los problemas de éste, establecer un marco adecuado para la toma de decisiones y ayudar a los padres en el proceso de readaptación familiar y en la planificación del futuro.

Muchas de las ER a pesar de tener un carácter congénito se diagnostican en edades avanzadas, con lo que implica en relación a la incertidumbre pronóstica, de seguimiento y de si el problema se va repetir en otros descendientes. Aproximadamente un 2-3% de los recién nacidos presentan un defecto congénito o síndrome malformativo evidente al nacer, o bien se diagnosticarán de una ER, habitualmente de base genética, a lo largo de la edad pediátrica. A pesar de la importancia de éste y otros aspectos relativos a las ER, existen pocos estudios sistemáticos y controlados que examinen rigurosamente el valor de nuestras prácticas habituales de asistencia a estos niños y a sus familias. (1)

La complejidad de la atención a los pacientes con ER, muchas de ellos con situaciones altamente discapacitantes y dependientes del sistema sanitario, sugiere que el modelo de atención pediátrico sea el ideal para muchos de estos pacientes ya que tiene en cuenta aspectos relevantes de la vida del individuo como es su entorno familiar y social más cercano y permite establecer un “proyecto de vida” de los pacientes. (8)

La asistencia precoz y adecuada de la familia es un componente natural del cuidado integral del niño, que tiene trascendencia sobre la forma y manera en que los padres vivirán y superarán el choque emocional tras la información inicial, en la actitud posterior de los padres con respecto a su hijo, y en la integración de éste en la familia. Cada familia presenta problemas y necesidades particulares, por lo que no pueden darse reglas de aplicación generalizada, sino guías y principios básicos de actuación que deben adaptarse a cada caso. El tipo de asistencia a la familia en los momentos críticos (horas iniciales, días, semanas o años después del nacimiento), depende de numerosos factores, entre ellos, la urgencia de la situación, la necesidad de tomar decisiones, la gravedad del caso, el estado emocional de los padres y la necesidad de información adicional o específica sobre problemas concretos. (1)

En su esfuerzo por entender, por encontrar respuestas, los pacientes tienen que enfrentarse a numerosas barreras (arquitectónicas, comunicativas, de actitud...)

Personas que, por obligación o simplemente por dignidad, deciden aprender a cuidar

o a cuidarse, no sólo adiestrándose en el uso de herramientas a veces sofisticadas desde el punto de vista tecnológico, sino también ejercitándose en la sistematización del manejo de su enfermedades, Ese aprendizaje comienza, en ocasiones, teniendo que memorizar el propio nombre de la ER; nombres más o menos raros como son las ictiosis, Prader-Willi, Williams-Beuren, porfiria, síndrome de Lesch-Nyhan, etc. (9)

Vivir con una ER es vivir casi siempre, en el sobreesfuerzo. Para los cuidadores o padres, casi siempre intentando no caer en la depresión para poder seguir adelante y para no arrastrar a los seres queridos; muchas veces, en alerta continua por las dudas sobre cómo evolucionará la enfermedad. Los pacientes cuando crecen aparentando en ocasiones, encontrarse mejor de lo que realmente se encuentran; asumiendo ser un paciente crónico, teniendo que pasar muchas horas en hospitales y, en el peor de los casos, cuando aún no hay diagnóstico, teniendo la sensación de que no te creen cuando dices que algo te pasa, a pesar de que lo cuentes una y otra vez a interlocutores diferentes; asiduamente, acudiendo a entrevistas de trabajo donde no se habla de capacidades. Y lo que es, posiblemente, más importante: aprendiendo a vivir una nueva vida que, a veces obliga a olvidar lo que antes se podía hacer y se convierte en imposible: Hace falta valentía para asumir la aparición de la enfermedad, pero muy especialmente para asumir la progresión de la enfermedad, algo muy habitual. (1)

Las ER nos sitúan en muchas ocasiones en los límites de nuestro sistema sanitario; por eso, además de raras resultan incómodas para quienes debieran intervenir con el fin de promover mejoras en sus diagnósticos o en posibles tratamientos. Todos los profesionales deben considerar que una de las primeras obligaciones ante un paciente con una ER es la de acomodarse comunicativamente a sus interlocutores. Por comodidad o por desconocimiento, en ocasiones el profesional transmite informaciones con un lenguaje equivocado, erróneo y además con diagnósticos equivocados, o informaciones precipitadas y pronósticos desorbitados (por ser demasiado optimistas o pesimistas). Otro punto a reflexionar es que muchas quejas de los pacientes no están en los errores en la información o en el manejo clínico, sino en las formas en las que se transmitió ese error. (9)

Desde el punto de vista científico y formativo es indiscutible la relevancia de las ER en la práctica asistencial pediátrica lo cual debería ser motivo de estímulo para el médico en su trabajo clínico, apartándole de la rutina y obligándole a una formación continuada. A nivel general, debemos tener en cuenta que las ER han ayudado al progreso de la pediatría y de toda la medicina, y al mismo tiempo suponen un elevado nivel de exigencia socio-sanitaria. Para los médicos en formación, muchas ER suponen la primera oportunidad de realizar una descripción clínica compleja en reuniones y foros científicos, con el innegable valor que este trabajo supone en la formación de los profesionales. (5)

Bibliografía

1.- González-Lamuño D, García Fuentes M. Enfermedades Raras en Pediatría. An Sist Sanit Navar. 2008; 31(16 Supl 2): 21-29.

2.- González-Lamuño D, Lozano de la Torre Mª J, García Fuentes M. Enfermedades complejas de baja prevalencia en Pediatría. Bol Pediatr 1998; 38: 213-216.

3.- Posada de la Paz M, Izquierdo Martínez M, Ferrari Arroyo MJ, Avellaneda Fernández A, Andrés Copa P, Martín Arribas C. Plan de Acción de la UE y del Estado Español sobre enfermedades de baja prevalencia. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad 2002; 53: 25-29.

4.- González-Lamuño D, García Fuentes M. Enfermedades de base genética. An Sist Sanit Navar. 2008; 31(16 Supl 2): 105-126.

5.- Izquierdo M, Avellaneda A. ER un enfoque práctico. Instituto de Investigación de ER Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona 2004.

6.- Aldamiz-Echevarría L, Prieto JA, Couce ML, González Lamuño D. Recursos on-line en el manejo de ER. An Sist Sanit Navar. 2007;30(2)145-152.

7.- Estrategia en ER del Sistema Nacional de Salud. Aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 3 de junio de 2009. 2009.

8.- Bailey DB, Jr., Blasco PM, Simeonsson RJ. Needs expressed by mothers and fathers of young children with disabilities. Am J Ment Retard 1992; 97(1): 1-10.

9.- European Organisation for Rare Diseases (EURORDIS). The voice of 12.000 patients. Experiences and Expectations of Rare Disease Patients on Diagnosis and Care in Europe. A report based on the EurordisCare2 and EurordisCare3 Surveys. France: Eurordis; 2009.

Taller 2

Dejar de Hacer pero Elegir con Prudencia

Juan Ruiz-Canela Cáceres

Centro de Salud Virgen de África. Distrito AP Sevilla.

1º Panorama General.

2º Visitar Fuentes Internacionales.

Estados Unidos.
http://modules.choosingwisely.org/modules/m_09/default_FrameSet.htm
(Academia Americana de Pediatría)

Campaña Choosing wisely.
http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/
http://www.choosingwisely.org/patient-resources/

Reino Unido.
https://www.nice.org.uk/savingsandproductivity/collection?page=1&pagesize=2000&type=do%20not%20do

España.
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sscc.htm

Otros
http://www.choosingwiselycanada.org/news/2015/08/28/choosing-wisely-international/

Objetivo Seleccionar una intervención de cada una de las fuentes, diferente a Bronquiolitis (técnica tormenta de ideas y priorización).

3º Analizar una Intervención por el ponente.

4º Alumnos en grupos para cada una de las intervenciones.

- Fundamentar una intervención
- Formular una recomendación
- Analizar las barreras
- Seleccionar estrategias de difusión e implementación

Método



Revisión Bibliográfica: Experiencias previas.

Identificación intervinientes innecesarias y posiblemente inseguras.

Priorización

Elaboración de recomendaciónes (fichas)

IMPLEMENTACIÓN

Ficha de intervenciones no recomendadas

Recomendación (*):
Alternativas:
Excepciones o matizaciones:
Fundamento y evidencias: Balance entre beneficios y riesgos:
Comentarios para facilitar la implementación y comunicación con los pacientes:

(*) Especificar intervención o práctica clínica a evitar o dejar de hacer, población a la que va dirigida, estadio de la enfermedad, etc.

Mesa Redonda.

Intervenciones, sin evidencia científica, no justificadas en pediatría

Mesa Redonda 1

Intervenciones No Justificadas en Atención Primaria

Juan Ruiz-Canela Cáceres

Centro de Salud Virgen de África. Distrito AP Sevilla.

Dejar de hacer pero elegir con prudencia

En la literatura sanitaria se viene publicando sobre los peligros del sobreuso de las intervenciones sanitarias y la medicalización de la sociedad, incluyendo los problemas derivados por exceso de actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas o de cuidados. Se viene apreciando una tendencia a medicalizar aspectos normales de la vida, convirtiendo probabilidades en enfermedades, a la vez que se reducen los umbrales diagnósticos, lo que condiciona multitud de pruebas y revisiones periódicas innecesarias. A este fenómeno ha contribuido la extensión de un modelo social que sitúa expectativas desmesuradas en los servicios y tecnologías sanitarias con escasa aceptación del envejecimiento y la ausencia de alternativas en determinados casos. Esta tendencia se traduce en algunos casos en prácticas que podrían producen más daños que beneficios a los pacientes, a la vez que sobrecargan y afectan a la sostenibilidad del sistema sanitario público. Recientemente, varias instituciones sanitarias y científicas han analizado y evaluado este tipo de prácticas y han publicado diversas listas de recomendaciones y prácticas a evitar ("dejar de hacer" o "do not"do"). Sin embargo, la implementación de las recomendaciones no es sencilla y existe aún poca experiencia en la práctica.

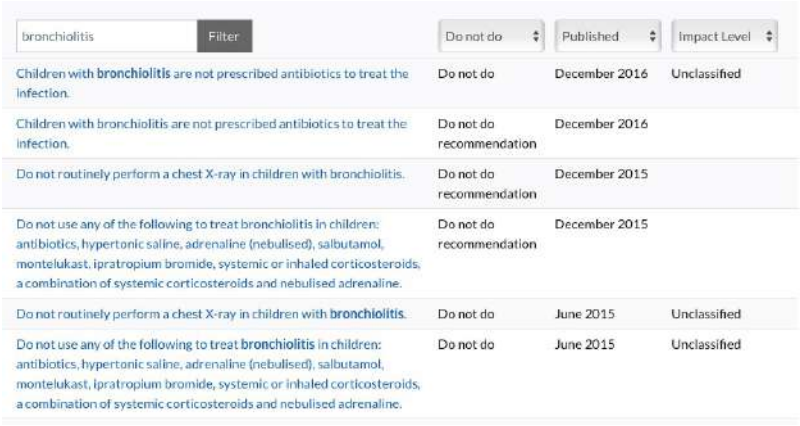
Experiencias en el mundo

En primer lugar Estados Unidos, se ha caracterizado por el desarrollo de iniciativas de-abajo-a-arriba: la campaña Choosing Wisely (eligiendo prudentemente) consiste en que cada sociedad médica elije las cinco prestaciones más importantes a evitar, la iniciativa "Less is more" (Menos es Más) de la Asociación Médica Americana (con amplia difusión en las revistas de la sociedad como JAMA y JAMA Internal Medicine) y alguna otra son ejemplos de estas iniciativas. En general, y aunque algunas aseguradoras utilizan los criterios Top-5 para eliminar prestaciones o medicamentos de su cobertura, se trata de iniciativas basadas en el voluntarismo que apelan al profesionalismo y al buen hacer de los sanitarios, aun incorporando documentos explicativos para pacientes y

otras fórmulas para actuar sobre la población. Es una línea muy atractiva:
http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/
http://modules.choosingwisely.org/modules/m_09/default_FrameSet.htm
(Academia Americana de Pediatría)



En Reino Unido, el país que probablemente más ha desarrollado formalmente las estrategias de evaluación de servicios y tecnologías sanitarias, dispone de un programa de GPC muy sólido, se han elaborado listas de procedimientos candidatos a desinversión parcial o total, estrategia que complementa con mecanismos de ayuda e implementación ("audit", materiales educativos, guías de práctica), difusión de experiencias locales de buenas prácticas y mecanismos de evaluación, incluyendo sistemas de indicadores. En su web existe un listado de muchas recomendaciones, que ha sido elaborado por el Instituto de Excelencia Clínica y Sanitaria. La sección se llama "do not do", es decir, "no hacer". Consiste en una base de datos que incluye las cosas que no se deben hacer basadas en Guías NICE desde el año 2007. Cada registro incluye información acerca de la recomendación, el documento donde se encuentra y la localización exacta. Abarca muchas especialidades, oncología, cardiovascular, infecciosas, ORL, etc. Y muchas más... que se pueden leer en la página:
https://www.nice.org.uk/savingsAndProductivity/collection?page=1&pageSize=2000&type=Do+not+do&published=&impact=&filter=bronchiolitis



bronchiolitis Filter	Do not do	Published	Impact Level
Children with **bronchiolitis** are not prescribed antibiotics to treat the infection.	Do not do	December 2016	Unclassified
Children with bronchiolitis are not prescribed antibiotics to treat the infection.	Do not do recommendation	December 2016	
Do not routinely perform a chest X-ray in children with bronchiolitis.	Do not do recommendation	December 2015	
Do not use any of the following to treat bronchiolitis in children: antibiotics, hypertonic saline, adrenaline (nebulised), salbutamol, montelukast, ipratropium bromide, systemic or inhaled corticosteroids, a combination of systemic corticosteroids and nebulised adrenaline.	Do not do recommendation	December 2015	
Do not routinely perform a chest X-ray in children with **bronchiolitis**.	Do not do	June 2015	Unclassified
Do not use any of the following to treat **bronchiolitis** in children: antibiotics, hypertonic saline, adrenaline (nebulised), salbutamol, montelukast, ipratropium bromide, systemic or inhaled corticosteroids, a combination of systemic corticosteroids and nebulised adrenaline.	Do not do	June 2015	Unclassified

En España, y a iniciativa de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), el Ministerio de Sanidad ha apoyado una campaña tipo "hoosing Wisely" con amplia participación de las sociedades científicas que han elegido sus top-5 para "dejar de hacer" (Ejemplo Asociación Española de Pediatría). La iniciativa se orienta, como en el caso estadounidense, hacia el voluntarismo de los profesionales en la toma de decisiones clínicas en consulta:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sscc.htm

El proyecto "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España" se inició en el mes de abril de 2013 con el objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendiendo por innecesarias aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias.

Como objetivos secundarios se han marcado los siguientes:

- Evitar la iatrogenia secundaria a la realización de intervenciones innecesarias.
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Contribuir a difundir entre los profesionales sanitarios el compromiso con la calidad y la eficiencia de los cuidados.
- Contribuir a difundir entre la población la utilización adecuada de recursos sanitarios.



Nuestra experiencia
Participación en el proyecto Compromiso de la calidad-GuíaSalud



Participación en el proyecto Distrito Sevilla

Un equipo multiprofesional realizo una propuesta donde había áreas en que existía margen amplio de mejora, identificando una lista de intervenciones. Se elaboró un primer repositorio de prácticas a reducir o evitar y sus fundamentos en la evidencia científica. Se discutieron los métodos para aplicar en la consulta y la gestión y se propuso elaborar un cuestionario para que los centros identifiquen redundancias y pruebas innecesarias, etc.

ETAPAS

1. Priorización de intervenciones.

A partir de la primera lista de prácticas identificadas, se realizó un proceso de priorización para obtener una lista consensuada. La priorización va dirigida a facilitar el trabajo del grupo y la posterior implementación. Se utilizaron los siguientes criterios, puntuando de 1-9 en cada uno de ellos y sumando las puntuaciones:

- Criterio 1: Frecuencia de la práctica a evitar e impacto en la organización.
- Criterio 2: Importancia para la seguridad del paciente.
- Criterio 3: Factibilidad de mejora y posibilidades de prevención.

Lista de intervenciones a revisar o evitar
Radiología en lumbalgia o cervicalgia de menos de seis semanas de duración sin s de alarma.
Tratamiento antibiótico en bronquitis aguda y resfriado común.
Tratamiento farmacológico de la osteopenia o en personas con bajo riesgo de fractura osteoporótica. Duración de más de cinco años.
Urocultivo en mujeres jovenes con clinica de cistitis + antibióticos bacteriurias asintomáticas
Técnicas de curas en úlceras venosas con vendaje no compresivo y apósitos
Autoanálisis de glucosa en diabéticos tipo 2 no tratados con insulina
Tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia para prevención primaria de eventos cardiovasculares en personas mayores de 75 años.
Screening de cáncer de próstata en pacientes asintomáticos mediante PSA o tacto rectal
Estudios de neuroimagen en cefaleas crónicas infantiles
Técnicas de imagen en sinusitis aguda infantil
Tratamiento broncodilatador con agonistas **b2**-adrenérgicos para la bronquiolitis aguda de forma sistemática.

2. Fichas de intervenciones “dejar de hacer”.

Se elaboró un modelo para revisar los efectos de cada intervención, especificando la evidencia disponible (ejemplo bronquiolitis). Cada recomendación se redacta de forma clara y con indicación de las actuaciones específicas. Incluye la población o pacientes a la que va dirigida, así como la intervención con excepciones o matizaciones, evidencias que la apoyan y balance entre beneficios y riesgos.

Se tuvo en cuenta la posibilidad de implicación de los pacientes a nivel individual o grupal. Se consideró muy útil elaborar materiales informativos disponibles en la consulta para entregar a los pacientes en situaciones concretas.

Proyecto Menos es Mas en Atención Primaria Sevilla

Ficha de intervenciones no recomendadas.

Tratamiento de la bronquiolitis aguda

Recomendación:

En el tratamiento de la bronquiolitis aguda no se recomiendan:

- los agonistas b2-adrenérgicos inhalados de forma sistemática, ni salbutamol oral,
- la administración de xantinas o terbutalina oral,
- la adrenalina subcutánea,
- los mucolíticos, antitusígenos o descongestionantes nasales,
- los glucocorticoides en ninguna de sus formas de administración,
- el uso de antibióticos, a menos que haya evidencia de una complicación de neumonía bacteriana u otra sobreinfección.

Alternativas:

Medidas generales de soporte:

• Los niños deben estar semi-incorporados para facilitar la respiración. Se les puede realizar lavados nasales con suero fisiológico.

• La alimentación deberá ser en forma de tomas más fraccionadas; en caso de existir intolerancia total, se pautará fluidoterapia intravenosa.

El suero salino al 3% nebulizado en los pacientes ingresados con bronquiolitis aguda, es un tratamiento útil para reducir la estancia hospitalaria, por lo que se recomienda su utilización (puede prepararse mezclando 50 cc de SSF y 6,5 cc de ClNa 20%)

Oxígeno: Es el único tratamiento eficaz. Está indicado cuando existen signos clínicos de hipoxia o la Sat O2 es < 92%.

Adrenalina 1/1000: Parece que puede producir una mejoría en los inhalada parámetros clínicos a corto plazo (probablemente por su efecto alfa adrenérgico), pero no tiene efecto sobre las tasas de hospitalización.

Excepciones o matizaciones: En caso de que se considere oportuna la utilización de un broncodilatador (mayores de 5-6 meses), se recomienda realizar una prueba terapéutica y sólo continuar con el tratamiento si existe respuesta clínica.

La Rx de tórax solamente tórax estará indicada cuando se sospeche neumonía u otro diagnóstico distinto de la bronquiolitis.

Fundamento y evidencias:

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador.Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2010. Guías de Práctica

Clínica en el SNS: AATRM. Nº 2007/05.

González de Dios, J., & Ochoa Sangrador, C. (2010). Grupo de Revisión del Proyecto aBREVIADo (BRonquiolitis-Estudio de Variabilidad Idoneidad y ADecuación). In Conferencia de Consenso sobre bronquiolitis aguda (IV): tratamiento de la bronquiolitis aguda: Revisión de la evidencia científica. An Pediatr (Barc) (Vol. 72, p. 285).

Prevention, Diagnosis and Treatment of Pediatric Bronchiolitis . Guideline Syntesis de: Cincinnati Children's Hospital Medical Center (CCHMC). Evidence-based care guideline for management of first time episode bronchiolitis in infants less than 1 year of age. Cincinnati (OH): Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2010 Nov 16. 16 p. [142 references]

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Bronchiolitis in children. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2006 Nov. 41 p. (SIGN publication; no. 91).
disponible en http://www.guideline.gov/syntheses/synthesis.aspx?id=36483

González de Dios, J., & Ochoa Sangrador, C. (2010). Grupo Investigador del Proyecto aBREVIADo (Bronquiolitis) Estudio de Variabilidad Idoneidad y Adecuación). Estudio de variabilidad en el abordaje de la bronquiolitis aguda en España en relación con la edad de los pacientes. An Pediatr (Barc), 72, 4-18.

Sánchez Etxaniz J, Benito Fernández J, Mintegi Raso S. Bronquiolitis aguda: ¿por qué no se aplica lo que se publica? Barreras en la transmisión del conocimiento. Evid Pediatr. 2007;3:88.

http://www.aepap.org/gvr/pdf/resumen_bronquiolitis_p_gvr_4_2009.pdf

Balance entre beneficios y riesgos:
Existe un predominio de riesgos (exposición a medicación innecesaria, con potenciales efectos adversos), frente a los beneficios inexistentes (posibilidad de mejoría en el seguimiento de algunos pacientes contradictoria y datos no consistentes).

Comentarios para facilitar la implementación y comunicación con los pacientes.
Habitualmente no se requiere el empleo de pruebas complementarias en el manejo de la BA. Tan sólo en un pequeño porcentaje de pacientes será necesario recurrir a ellas para descartar diagnósticos alternativos, clasificar la gravedad de la afección respiratoria o indicar algún procedimiento diagnóstico o terapéutico suplementario.
Sólo un pequeño porcentaje de pacientes requiere ingreso hospitalario, que suele estar motivado por la necesidad de cuidados como la administración de oxígeno suplementario, la aspiración de secreciones o la alimentación enteral o parenteral.

El seguimiento de las recomendaciones actualizadas sobre BA en el servicio de urgencias del H. Infantil Virgen del Rocío.

Al final, anexo con las fichas de las otras actividades priorizadas

3. Implementación.

Se plantea la difusión en los centros del proyecto. Se envía el listado de intervenciones para recibir comentarios, así como propuestas de otras redundancias y pruebas innecesarias, etc. También se propone realizar sesiones de formación para discutir las barreras y facilitadores para la implementación.

Para iniciar la implementación se diseñó una tabla para recoger la información cualitativa sobre diferentes tipos de barreras/facilitadores. Esta tabla ha sido cumplimentada por los autores de cada ficha en una primera ronda para iniciar el plan de implementación. Basada en:
http://portal.guiasalud.es/emanuales/implementacion/apartado04/estrategias.html

Las barreras y facilitadores son factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio en la práctica profesional.

- La identificación de barreras y facilitadores, a pesar de algunas incertidumbres, parece adecuada y eficiente para ajustar la intervención a las necesidades de los clínicos y al contexto en el que se va a implementar la GPC (en nuestro caso recomendación).

- Existen múltiples clasificaciones de barreras y facilitadores. La mayoría de ellas consideran aspectos relacionados con el profesional de la salud, y el contexto social y organizativo.

- La identificación de barreras y facilitadores es un proceso que debe comenzar desde el mismo momento que se elige la GPC (recomendación) a implementar y se analiza el problema, y debe continuar durante el diseño de la intervención.

- Numerosas técnicas pueden ser utilizadas en la detección de barreras y facilitadores: tormenta de ideas, estudio de caso, informantes clave, entrevista, encuesta, grupos focales, observación directa, grupos nominales, técnica Delphi, etc.

Ámbito	Elementos barrera	Elementos facilitadores	Grado de influencia en el plan de implementación
Profesionales: Conocimientos sobre las recomendaciones a implantar. Nivel de formación y habilidades necesarias sobre evidencias.			
Profesionales: Actitud general hacia las recomendaciones y sobre el uso de guías o recomendaciones basadas en la evidencia (p.ej.: en relación a la libertad clínica, falta de capacidad para aplicarla, etc.)			
Profesionales: Actitud específica sobre determinados componentes de la recomendación de no hacer (p.ej desacuerdo con la interpretación de la evidencia presentada, con su aplicabilidad a un tipo de pacientes, etc.)			
Pacientes: expectativas respecto al problema de salud, temores y demandas. Posibilidad de participar en las decisiones en distintos grupos de población.			
Entorno: Contexto social y opiniones dominantes. Presión externa por medios de comunicación y otros canales.			
Entorno: Organizativo y económico: tiempo disponible, espacios físicos, incentivos profesionales, etc. Posibilidad de trabajo en equipo y multidisciplinar.			

4. Diseño de estrategias de intervención. Puesta en marcha de las estrategias.

• Existen numerosas teorías y modelos del proceso de cambio, que se pueden agrupar en teorías con enfoque en aspectos individuales, teorías con enfoque en el contexto e interacción social, y teorías con enfoque en el contexto organizativo y económico.

• Los procesos de cambio cuentan con diferentes estadios o fases identificadas: orientación, interiorización, aceptación, cambio y mantenimiento.

• A la hora de seleccionar y diseñar las estrategias o intervenciones adecuadas para la implementación de una GPC (recomendación) es necesario considerar, por un lado, el enfoque de la estrategia; por otro, las características propias de la población diana de la GPC y la etapa del proceso de cambio en la que se encuentra.

Las estrategias identificadas están orientadas a intervenciones sobre los profesionales, intervenciones económicas, intervenciones organizativas e intervenciones reguladoras. La efectividad de cada estrategia depende de múltiples factores, por lo que es necesario analizar en cada contexto cuál o cuáles son las más apropiadas.

Tabla 4.3. Ejemplo del uso de las estrategias de implementación en las distintas fases de cambio (adaptado de *Grol y Wensing* 2005)[21]

Estadios con ejemplos posibles de barreras	Posibles estrategias e intervenciones
Orientación	
Falta de innovación (no lectura de bibliografía, poco contacto con otros compañeros, etc.). Falta de interés (no se cree relevante la necesidad de cambio).	Distribuir mensajes breves a través de diferentes canales. Aproximación a personajes clave y redes. Diseñar trípticos vistosos, contactar de manera más personal y dar explicaciones; confrontación con datos de la propia actividad asistencial.
Interiorización	
Desconocimiento o problemas para entender la información cuando es ingente o demasiado compleja. No hay capacidad de introspección o existe una sobrevaloración de la actividad asistencial propia.	Materiales educativos apropiados, mensajes concisos, información basada en problemas de la práctica diaria. Métodos de auditoría, consulta y retroalimentación.
Aceptación	
Actitudes negativas (solo se ven desventajas, dudas sobre la aplicabilidad). Falta de preparación para el cambio (dudas sobre el éxito y las propias posibilidades).	Adaptación de la innovación a las necesidades del grupo, discusión y consenso a nivel local, mostrar argumentos científicos, implicar líderes de opinión. Demostrar aplicabilidad, hacer inventario de dificultades, riesgos y soluciones alternativas, e incluirlo en el plan de implementación.
Cambio	
Aún no ha empezado (no hay tiempo, materiales o habilidades, no encaja con las dinámicas organizacionales). Éxito insuficiente (reacciones negativas).	Aportar recursos extra, apoyo, formación, nueva gestión de procesos, consulta de expertos. Materiales informativos para pacientes, diseñar un plan con objetivos realistas.
Mantenimiento	
No integración de la innovación en las dinámicas diarias (recaídas, olvidos). No integración en la organización (falta de apoyo de dirección).	Monitorización del proceso, retroalimentación y recordatorios; integración en protocolos y procesos. Aportar recursos, apoyo de dirección, estrategias organizacionales, incentivos, pagos por servicios específicos.

5. Los siguientes pasos a realizar han sido:

• Elaboración de indicadores para monitorizar el desarrollo del proyecto y la evolución de las intervenciones no recomendadas.

• Materiales de apoyo dirigido tanto a los profesionales como a la población.

• Repetición del ciclo con nuevas propuestas de intervenciones no necesarias.

Anexos

Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla

Proyecto Menos es Mas en Atención Primaria Sevilla

Ficha de intervenciones no recomendadas.

Estudios de neuroimagen en cefaleas crónicas infantiles

Recomendación:
En niños y adolescentes con cefaleas crónicas, después de una adecuada valoración clínica, que evalúe los síntomas y exploración neurológica normal, no están justificados los estudios de neuroimagen. Se debería evitar que la preocupación excesiva de los padres desdencadene la realización de una prueba no necesaria desde el punto de vista médico

Alternativas: Utilizar GUÍA DE TRATAMIENTO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES CON CEFALEA, realizada en conjunto con las Unidades de Neuropediatría de Sevilla (disponible en Intranet distrito)

Excepciones o matizaciones: Indicaciones de neuroimagen en niños (de 3 a 18 años) con dolores de cabeza recurrentes que no están asociados con un traumatismo agudo , fiebre , u otra causa provocadora obvia pueden incluir (pero no están limitados a) :

- Examen neurológico anormal y/o convulsiones
- Aparición reciente de fuerte dolor de cabeza
- Cambio en el tipo o carácter del dolor de cabeza (para niños con dolores de cabeza recurrentes o crónicos)
- La sospecha de meningitis , encefalitis o sinusitis con extensión intracraneal
- Dolor de cabeza severo en un niño con enfermedad subyacente que predispone a la patología intracraneal (por ejemplo , la deficiencia inmune, la enfermedad de células falciformes, la neurofibromatosis, la historia de la neoplasia , coagulopatía, hipertensión)

Fundamento y evidencias:
En una revisión sistemática de seis estudios en los que 605 de 1.275 niños con dolores de cabeza recurrentes se sometieron a la neuroimagen , anomalías en las imágenes fueron encontradas en 97 niños (16 por ciento) . Sin embargo, en 79 de estos niños , las anomalías no requerían intervención adicional. Entre los 18 niños restantes, 14 tenían lesiones que requieren cirugía (10 tumores, malformaciones vasculares tres, uno quiste aracnoideo con efecto de masa) , y cuatro tenían lesiones que requirieron tratamiento médico. Todos los niños que tenían lesiones tratables quirúrgicamente tenían hallazgos anormales en la exploración neurológica , incluyendo edema de papila , movimientos anormales de los ojos , o disfunción motora o manera de andar .

Campos Castelló J, San Antonio Arce V . Cefalea en la infancia. Neurología Pediátrica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Protocolos actualizados al año 2008 Asociación Española de Pediatría disponible en www.aeped.es/protocolos/ (acceso agosto 2012)

Derives A, Young PC, Wall E, Getchius TS, Li CH, Whitney J, Rosenberg A. CT Scan Utilization Patterns In Pediatric Patients With Recurrent Headache. Pediatrics. 2013 Jun 24.

Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla

Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, Dorbad D, Hirtz D, Prensky A, Jarjour I; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology; Practice Committee of the Child Neurology Society. Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. Neurology. 2002 Aug 27;59(4):490-8

Balance entre beneficios y riesgos:
El rendimiento de la neuroimagen en la detección de anormalidades intracraneales clínicamente significativos en los niños sin alteraciones neurológicas es extremadamente bajo, frente a los efectos adversos de la radiación y los problemas generados por los falsos positivos.

Comentarios para facilitar la implementación y comunicación con los pacientes.
Se dispone en la Intranet del Distrito un protocolo de Cefaleas realizada con toda las Unidades de Neuropediatría de Sevilla que facilita la implementacion

Proyecto Menos es Mas en Atención Primaria Sevilla

Ficha de intervenciones no recomendadas.

Técnicas de imagen en la sinusitis aguda pediátrica

Recomendación:
Las técnicas de imagen (Rx de senos, Tac y RM) no están indicadas en el estudio de la sinusitis aguda pediátrica no complicada y deberían reservarse para la sinusitis persistente, recurrente o crónica y ante la sospecha de una complicación.

Alternativas:

- La **endoscopia sinusal** ha mostrado correlación adecuada con los hallazgos de la TC, pero no es una técnica utilizable de forma rutinaria.
- La **transiluminación o diafanoscopia** es muy poco fiable en Pediatría, pues los senos son de pequeño tamaño, y los hallazgos, difíciles de valorar y en cualquier caso aplicables solo a senos maxilares.
- **La ecografía** portátil de senos paranasales es mucho más prometedora, pero aún poco conocida y practicada. Es una exploración rápida, simple y de carácter no invasivo. El procedimiento es indoloro, se puede repetir ilimitadamente, es de interpretación sencilla y no irradia al niño. Esta técnica, en manos expertas, ha demostrado una sensibilidad (>86%) y especificidad (>96%) muy superiores a las de la radiología, para determinar la presencia de exudado de los senos maxilares. No obstante, también tiene sus limitaciones: no sirve para el diagnóstico de la sinusitis etmoidal ni esfenoidal, y el coste del utillaje dificulta su incorporación sistemática a la consulta del pediatra.

Excepciones o matizaciones: Definición precisa de la sinusitis aguda bacteriana frente a otros porcesos.

- **Sinusitis aguda bacteriana:** infección bacteriana de los senos paranasales, de duración inferior a 30 días y con resolución completa de los síntomas.
- **Sinusitis subaguda:** infección bacteriana de los senos paranasales de duración entre 30 y 90 días. Presenta una microbiología similar a la aguda.
- **Sinusitis aguda recurrente:** episodios de infección bacteriana que duran menos de 30 días y están separados entre sí al menos 10 días, durante los cuales el paciente está asintomático. El paciente debe presentar 3 episodios de sinusitis aguda en 6 meses, o 4 en 12 meses.
- **Sinusitis crónica:** episodios de inflamación que duran más de 90 días. Los pacientes mantienen síntomas respiratorios (tos, rinorrea, obstrucción nasal) residuales persistentes.
- **Sinusitis crónica con episodios de sinusitis aguda bacteriana:** los pacientes desarrollan nuevos síntomas que se resuelven con antibiótico, mientras que los previos siguen persistiendo.

El diagnóstico de sinusitis bacteriana debe realizarse según criterios clínicos, y reservar la realización de pruebas complementarias ante la sospecha de complicaciones, mala respuesta al tratamiento, procesos recurrentes o situaciones clínicas especiales como inmunodepresión

Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla

o enfermedad grave de base.

Fundamento y evidencias:
Martinez Campos L, Albañil Ballesteros R, de la Flor Bru J, Piñeiro Pérez R, Cervera J, Baquero Artigao F, Alfayate Miguelez S, Moraga Llop F, Cilleruelo Ortega MJ, Calvo Rey C. [Consensus document on the aetiology, diagnosis and treatment of sinusitis. An Pediatr (Barc). 2013 Jun 10.

Wald ER, Applegate KE, Bordley C, Darrow DH, Glode MP, Marcy SM, Nelson CE, Rosenfeld RM, Shaikh N, Smith MJ, Williams PV, Weinberg ST. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Bacterial Sinusitis in Children Aged 1 to 18 Years. Pediatrics. 2013 Jun 24. [Epub ahead of print]

Balance entre beneficios y riesgos: Podemos concluir que los estudios de imagen no están indicados en el estudio de la sinusitis aguda pediátrica no complicada, y deberían reservarse para el estudio de la sinusitis persistente, recurrente, crónica o ante sospecha de complicación.

Comentarios para facilitar la implementación y comunicación con los pacientes.

- La **radiología convencional** de senos ha sido tradicionalmente una herramienta para el diagnóstico, pero en Pediatría es una prueba complementaria sensible aunque poco específica. Los signos más frecuentemente encontrados, la opacificación de senos y la hipertrofia de la mucosa superior a 4 mm, tienen escaso valor predictivo positivo, puesto que son habituales en niños sanos o con resfriado común, rinosinusitis vírica o rinitis alérgica. Un 35-50% de niños sanos entre uno y nueve años y hasta el 97% de los pacientes con un cuadro catarral concomitante o reciente presentan falsos positivos.El nivel hidroaéreo, de mayor especificidad, es un hallazgo poco frecuente. La radiología debería considerarse únicamente en situaciones de fracaso terapéutico o clínica grave con sospecha de complicaciones intracraneales.
- La **TC** es más fiable, pero también puede estar alterada en niños con cuadro catarral leve y sin criterios clínicos de sinusitis, requiere en muchas ocasiones de sedación y la irradiación necesaria supera a la de la radiología simple. Sin embargo, si se precisa alguna técnica de imagen, es la que ofrece mejor rendimiento diagnóstico. La TC debe hacerse urgentemente en caso de proptosis, alteración del movimiento ocular o de la visión, cefalea intensa, vómitos repetidos, convulsiones o alteración del sensorio.
- La **resonancia magnética** (RM) tiene un elevado coste y también requiere frecuentemente de sedación. Define peor que la TC la estructura ósea del complejo osteomeatal, y también presenta alteraciones en cuadros catarrales aunque es más sensible en la detección precoz de complicaciones intracraneales, en la diferenciación entre inflamación y tumor y en la sinusitis crónica micótica (muy rara en niños

Páginas webs con recursos utilizados:

Estados Unidos.
http://modules.choosingwisely.org/modules/m_09/default_FrameSet.htm
(Academia Americana de Pediatría)

Campaña Choosingwisely.
http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/
http://www.choosingwisely.org/patient-resources/

Reino Unido.
https://www.nice.org.uk/savingsandproductivity/collection?page=1&pagesize=2000&type=do%20not%20do

España.
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sscc.htm

Otros.
http://www.choosingwiselycanada.org/news/2015/08/28/choosing-wisely-international/

Bibliografía

1. Bryan MA, Desai AD, Wilson L, Wright DR, Mangione-Smith R. Association of Bronchiolitis Clinical Pathway Adherence With Length of Stay and Costs. Pediatrics. marzo de 2017;139(3).

2. Fisher ES. Medical care--is more always better? N Engl J Med. 23 de octubre de 2003;349(17):1665-7.

3. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA, et al. «Choosing Wisely»: a growing international campaign. BMJ Qual Saf. febrero de 2015;24(2):167-74.

4. Mangione-Smith R, Roth CP, Britto MT, Chen AY, McGalliard J, Boat TF, et al. Development and Testing of the Pediatric Respiratory Illness Measurement System (PRIMES) Quality Indicators. Hosp Pediatr. marzo de 2017;7(3):125-33.

5. Moynihan R, Glasziou P, Woloshin S, Schwartz L, Santa J, Godlee F. Winding back the harms of too much medicine. BMJ. 26 de febrero de 2013;346:f1271.

6. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/02-02 [actualización marzo 2010; visitado 16/03/2017]

7. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2006/0I. [actualización marzo 2010; visitado 16/03/2017]

Mesa Redonda 2

Intervenciones No Justificadas en Gastroenterología Infantil

Juan J Díaz Martín

Sección de Gastroenterología y Nutrición. AGC de Pediatría. HUCA. Oviedo.

Introducción

En numerosas ocasiones los pediatras realizamos actuaciones diagnósticas o terapéuticas movidos por la costumbre ("siempre se ha hecho así"), o por la creencia de que la familia nos lo está demandando ("algo hay que hacer") sin detenernos a pensar en si dichas actuaciones están realmente justificadas. En los últimos años, la situación de restricción presupuestaria en muchos países, ha favorecido la reflexión sobre el exceso de actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas o de cuidados que no aportan beneficios al paciente o que incluso pueden causarle daños.

En diferentes países han nacido iniciativas dirigidas a identificar este tipo de prácticas, como el proyecto "Choosing Wisely" (Elegir con prudencia), nacido en 2009 en los EEUU al abrigo de la reforma impulsada por el presidente Obama, o la recomendaciones "Do not do" del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del Reino Unido en el año 2011.

En España, el Ministerio de Sanidad puso en marcha en 2013 el proyecto de "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas" para consensuar recomendaciones "no hacer" basadas en la evidencia científica a las que se han adherido numerosas sociedades científicas, incluida la Asociación Española de Pediatría.

En general, se trata de que los profesionales sanitarios identifiquen prácticas cuestionables que quizá debieran eliminarse, basándose en cuatro preceptos fundamentales: actuar sólo si es necesario, no repetir abordajes instaurados, primar el primum non nocere y actuar basados en evidencias.

En los próximos párrafos revisaremos alguna de las actitudes que a nuestro juicio no deberían persistir en nuestra práctica clínica dentro del campo de la gastroenterología infantil.

Reflujo Gastroesofágico

El reflujo gastroesofágico (RGE) es un proceso fisiológico que se produce fundamentalmente a consecuencia de relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior. Aparece a cualquier edad de la vida, aunque es en el período de lactante cuando se manifiesta con mayor frecuencia. Prácticamente el 70% de los lactantes regurgitan varias veces al día y el 25% de aquellos que regurgitan consultan por dicha causa.

En el regurgitador feliz, es decir, aquel lactante que se desarrolla adecuadamente en peso y talla y que simplemente regurgita con frecuencia, los padres suelen considerar suficientes las explicaciones del pediatra y el tiempo acaba solucionando la situación.

Las fórmulas antireflujo son eficaces a la horas de controlar las regurgitaciones y pueden ser una opción en el lactante que vomita con frecuencia y cuya ganancia de peso puede verse comprometida por dicha causa. Disminuyen las regurgitaciones, pero aumentan el tiempo de contacto del material refluido con la mucosa esofágica, por tanto no deben ser empleadas nunca en pacientes con esofagitis.

El escenario cambia cuando el que consulta es un lactante con irritabilidad, que además, puede regurgitar, o no. Las explicaciones sirven puntualmente, pero el llanto del lactante persiste y las consultas se repiten, obligando al pediatra a actuar. Con gran frecuencia, la opción terapéutica escogida es la de prescribir un tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. Existen numerosos estudios, incluido un metanálisis que nos demuestran que el tratamiento con IBPs no es eficaz para el control de la irritabilidad en los lactantes.

Gastritis por Helicobacter pylori

La infección por Helicobacter pylori (HP) es muy prevalente, afectando casi a la mitad de la población mundial. En un alto porcentaje de casos es asintomática, aunque en numerosos pacientes puede producir cuadros de gastritis crónica sintomáticos y en muy raras ocasiones llegar a producir úlceras pépticas.

No es infrecuente que se valore la implicación de HP en numerosos procesos. La ESPGHAN recomienda investigar la presencia de HP en determinadas circunstancias: anemia ferropénica refractaria en la que se hayan descartado otras causas, dolor epigástrico lo suficientemente importante como para precisar una endoscopia digestiva alta y en familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico.

No se debe investigar la presencia de HP en pacientes con dolor abdominal funcional. Aunque existe controversia sobre la necesidad de realizar siempre una endoscopia en

niños, en caso que queramos hacer una investigación por métodos no invasivos, nunca se debería recurrir a la determinación de anticuerpos antihelicobacter en sangre. La positividad de los anticuerpos sólo indica que la persona ha estado expuesta al HP, pero de esa positividad no se puede inferir nunca una relación causal.

Alergia a proteínas de leche de vaca

La alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) es la alergia alimentaria más frecuente en el primer año de vida, afectando casi a 3 de cada 100 niños en nuestro país. A pesar de su frecuencia, y de la existencia de numerosas guías clínicas para su correcto manejo, el abordaje de la misma por parte de los pediatras de AP y de los especialistas (alergólogos, gastroenterólogos) no siempre se basa en evidencias firmes.

De forma muy grosera, podemos distinguir 2 grupos de APLV, las formas de presentación inmediata (menos de 2 horas tras la ingesta de la leche), que son mediadas por IgE y las formas tardías, no mediadas por IgE. Para el diagnóstico de las primeras, la observación de síntomas tras la ingesta del alimento unido a la positividad de las pruebas (IgE específica, prick test), es suficiente.

Sin embargo, el diagnóstico de las formas no mediadas por IgE consta de dos partes: una primera en la que deberíamos observar una mejoría de los síntomas tras la retirada de la leche y otra segunda, en la que los síntomas reaparecen tras la reintroducción de la misma, lo que se denomina prueba de provocación.

No debemos diagnosticar a un lactante de APLV no mediada por IgE sin realizar una prueba de provocación. Esta regla sólo tiene una excepción: los casos sospechosos de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIEs), en los que por su gravedad, y al haber habitualmente exposiciones repetidas antes del diagnóstico, se suele demorar hasta llevar al menos un año en dieta de exclusión.

No debemos utilizar pruebas basadas en IgG para el diagnóstico de APLV, así como tampoco pruebas basadas en análisis de pelo, muy anunciadas en internet.

Habitualmente, los lactantes con APLV acaban desarrollando tolerancia en un período de tiempo variable, generalmente antes de los 2-3 años de edad, siendo ese período más largo en las formas mediadas por IgE. Para comprobar tolerancia, se deben repetir las pruebas de exposición a la leche.

No debemos hacer pruebas de exposición de forma ambulatoria en pacientes con APLV IgE mediada, por el riesgo de anafilaxia que conllevan.

No debemos repetir las pruebas de exposición antes de 6 meses tras la última reacción observada.

El tratamiento de la APLV es la dieta exenta de leche y derivados hasta que el niño alcance la tolerancia. Si el niño estaba tomando pecho y desarrolla APLV con lactancia materna (LM) exclusiva, una opción es retirar los lácteos de la dieta materna. Si los síntomas aparecen con las primeras tomas de leche de fórmula en un niño hasta entonces asintomático con LM, no es imprescindible pasar a fórmula hidrolizada ni tampoco obligar a la madre a hacer dieta exenta de lácteos. Este lactante podría seguir con LM exclusiva.

Si la madre no quiere dar el pecho, el tratamiento de elección es una fórmula para lactantes con alto grado de hidrólisis. Las mal llamadas fórmulas hipoalergénicas (HA) nunca pueden ser una opción en el tratamiento de estos pacientes. No debemos nunca sustituir la leche de vaca por leches de otros mamíferos, por el alto riesgo de reacción cruzada que presentan, Tampoco debemos usar leche de soja en menores de un año.

Enfermedad celiaca

Durante décadas, para el adecuado diagnóstico de la enfermedad celiaca se precisaba la realización de una (o varias) biopsias duodenales. Desde la última revisión de los criterios diagnósticos, la ESPGHAN admite el diagnóstico de la enfermedad celiaca sin biopsia en las siguientes circunstancias: paciente con síntomas compatibles, genética compatible (DQ2/DQ8), Anticuerpos antitransglutaminasa tisular (AATGT) elevados más de 10 veces su valor normal y Anticuerpos antiendomisio positivos. Fuera de esas circunstancias, la biopsia sigue siendo imprescindible.

A pesar del indudable avance, quizás ha supuesto un aumento de la confusión entre los profesionales que no trabajan a diario con estos pacientes. No es infrecuente que se derive a pacientes por tener DQ2 positivo, o que se retire el gluten en pacientes con elevaciones discretas de AATGT o aun peor, que en pacientes con todos los datos para el diagnóstico, se demore la cita con el gastroenterólogo sin retirar el gluten de la dieta.

No se deben realizar de entrada para el diagnóstico de enfermedad celiaca ni una determinación de ac antigliadina (IgA o IgG) ni un estudio de HLA DQ2/DQ8. Asimismo, tampoco se debe realizar nunca un estudio de AATGT antes de introducir el gluten en la dieta del paciente. Por último, nunca se debe retirar el gluten de la dieta de un paciente sospechoso de ser celiaco antes de que sea valorado por el gastroenterólogo infantil salvo que se cumplan todos y cada uno de los criterios de la ESPGHAN para el diagnóstico de la enfermedad celiaca sin necesidad de biopsia intestinal.

Estreñimiento

El estreñimiento funcional es uno de los principales motivos de derivación a las consultas de digestivo infantil. Es un problema muy frecuente, generalmente valorado como poco grave y al que se le suele prestar escasa atención, agravado por la circunstancia que a pesar de disponer de tratamientos eficaces, estos no están financiados por el sistema nacional de salud.

Estos pacientes suelen llegar a la consulta tras haber sido sometidos a toda una serie de "tratamientos" versión "remedios caseros" o "consejos de abuela", ante cuya evidente falta de pertinencia huelga cualquier tipo de comentario.

No es infrecuente que estos niños hayan sido sometidos a múltiples pruebas, de las que el tacto rectal es sin duda una de las más practicadas. Es fundamental, ante un cuadro de estreñimiento funcional, estar seguros de precisamente eso, de su carácter funcional, para lo que debemos basarnos en descartar de forma sistemática la presencia de signos de alarma en la anamnesis y exploración física del paciente. Si estos están ausentes y se cumples los criterios diagnósticos de Roma IV, no debemos realizar ninguno de los siguientes procesos: tacto rectal, radiografía de abdomen ni enemas opacos.

Asimismo, tampoco se recomienda realizar de forma rutinaria determinaciones analíticas para descartar celiaquía, hipotiroidismo ni hipercalcemia.

El tratamiento del estreñimiento funcional requiere garantizar una adecuada desimpactación, bien por vía oral o por vía rectal antes de iniciar el tratamiento de mantenimiento. Disponemos de tratamientos muy eficaces que deben ser manejados a dosis adecuadas y durante el tiempo necesario. No se debe suspender el tratamiento de mantenimiento al menos hasta que el paciente lleve un mes con deposiciones normales.

Es conveniente saber que un porcentaje importante de niños precisará tratamiento siempre, llegando un 25% a persistir con su estreñimiento en la edad adulta.

En resumen, es conveniente revisar periódicamente nuestras pautas de trabajo para identificar aquellas actuaciones que mantenemos por mera costumbre y erradicarlas de nuestra práctica clínica. Recordemos que somos médicos, y que nuestro papel es principalmente no hacer daño a nuestros pacientes y que en muchas ocasiones en medicina, como dice mi querido compañero de fatigas Carlos Bousoño, "menos es más".

Mesa Redonda 3

Intervenciones No Justificadas en Infecciosas

Carlos Pérez Méndez

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

Objetivo general:
En el contexto de los movimientos profesionales tipo "Choosing wisely" que piden una reflexión sobre el no hacer cosas innecesarias, como utilizar medicamentos o test que no aportan valor, se analizarán distintas situaciones en varios ámbitos de la Pediatría: Atención Primaria, Gastroenterología, Infectología y Cirugía Pediátricas.

Objetivo específico:
Analizar y desenmascarar aquellas actuaciones médicas con escasa justificación que se realizan habitualmente dentro del campo de la Infectología pediátrica en nuestro país, con especial énfasis en el uso racional de antibióticos y de pruebas diagnósticas.

La presentación correspondiente estará disponible en:
http://www.aepap.org/federadas/asturias

Mesa Redonda 4

Intervenciones No Justificadas en Cirugía Pediátrica

Víctor Alvarez Muñoz

Servicio de Cirugía Pediátrica. AGC de Pediatría. HUCA. Oviedo.

Resumen

La práctica quirúrgica pediátrica comparte con la Pediatría la ausencia de un órgano diana objeto de estudio, al ceñirse a un espacio temporal en el desarrollo del individuo que abarca desde la concepción hasta la vida adulta. Ello hace que nuestro campo de conocimiento sea amplísimo y los límites etarios de nuestra atención queden al albur del profesional o de la administración de turno.

La Cirugía Basada en la Evidencia se ha definido como la suma de tres conceptos: el mejor conocimiento quirúrgico disponible, la experiencia y habilidades del cirujano y las expectativas del paciente. De ellas, tan solo la primera puede supeditarse a las normas de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), lo que viene alimentando un enorme debate sobre los límites y utilidad de los preceptos de la MBE aplicados al quehacer quirúrgico.

En lo que respecta a la relación entre la Pediatría de Atención Primaria y la Cirugía Pediátrica, no debemos olvidar que la gran mayoría de los pacientes quirúrgicos pediátricos que son atendidos en hospitales de tercer nivel, proceden directamente del primer nivel asistencial y que, a pesar de ello, la interacción entre los profesionales implicados es mínima por no decir inexistente.

Esta falta de contacto provoca, de hecho, una inadecuada atención de nuestros niños, con disfunciones mayores en el tiempo y forma de derivación y con errores a la hora de etiquetar y dirigir la asistencia de estos pacientes. Además, este aislamiento entre niveles asistenciales hace que el manejo postoperatorio de los jóvenes intervenidos sea, cuando menos, azaroso.

Repasaremos pues las patologías en las que constatamos una inadecuada derivación, tanto en el momento (análisis de calendarios quirúrgicos), en la forma (derivación más o menos urgente a determinados servicios quirúrgicos) y en la esencia (diagnósticos susceptibles de derivación y pruebas complementarias necesarias), proponiendo herramientas para evitar intervenciones no justificadas en la atención de los pacientes quirúrgicos pediátricos.

Bibliografía

• Ostlie D, St Peter S “The current state of evidence-based pediatric surgery.” J Pediatr Surg. 2010;45(10):1940-6

• Salazar J, Goldstein S, Yang J, Gause C, Swarup A, Hsiung G, et al. “Regionalization of Pediatric Surgery: Trends Already Underway.” Ann Surg 2016;263(6):1062-1066.

• Aspiazu D, Soares A, Roldán S, Cabello R, Gracia A, de Agustín J “¿Cuándo derivar un paciente al cirujano pediátrico?” Cir Pediatr 2012; 25: 177-181

• McAteer J, LaRiviere C, Drugas G, Abdullah F, Oldham K, Goldin A, et al. “Influence of Surgeon Experience, Hospital Volume, and Specialty Designation on Outcomes in Pediatric Surgery. A Systematic Review.” JAMA Pediatr 2013;167(5):468-475.

• Klein M, Bannister C, Houck C, Tweddell J, Dias M, Granet D, Segura A, et al “Referral to Pediatric Surgical Specialist.” Pediatrics 2014;133(2):350-6.

• Durkina T, Zurakowskib D, Rangelc S, Lilleheic C, Fishmand L. “Passing the baton: The pediatric surgical perspective on transition” J Pediat Surg 2015;50(7):1196–1200

• Vázquez F, Ocaña J. “Clinical and epidemiological analysis of 1,451 pediatric surgery consultations in a third level hospital referred from the primary health care sector” An Esp Pediatr. 1998;49(2):129-34

Comunicaciones y Pósters

Comunicación especial

Presentación del documento sobre trastornos del espectro autista para pediatría de atención primaria

María Isabel Gutiérrez López

(Psicóloga Clínica del Centro de Salud Mental de Cangas de Narcea. Área II del SESPA), Susana García Tardón (Directora del Área de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Carmen y Severo Ochoa. Área II del SESPA) y Aurelio J. Álvarez Fernández (Psiquiatra del Centro de Salud Mental Infanto - Juvenil de Avilés. Área III del SESPA)

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer el Documento sobre autismo dirigido a los profesionales de Pediatría de Atención Primaria (AP). Elaborado por el Grupo de Trabajo sobre Trastornos del Espectro Autista (TEA) de la Comisión en Red de Salud Mental Infanto – Juvenil de la Unidad del Programa Marco de Coordinación de Salud Mental (UCOSAM) del SESPA.

Los Servicios de Salud Mental (SM) del SESPA tienen como objetivo prioritario la atención a las personas con trastornos mentales graves (TMG). Los TEA constituyen el principal TMG de la infancia por su gravedad e impacto en la calidad de vida de los niños/as y sus familias. Su detección, diagnóstico y tratamiento precoz son una línea prioritaria de actuación.

Los Servicios de Pediatría AP tienen un papel central en su detección precoz y en el seguimiento y acompañamiento de estos niños/as y sus familias. Por lo que los profesionales de SM que atendemos esta población consideramos prioritario ofrecer formación y apoyo a AP para realizar estas tareas.

Este documento consta de una introducción donde se explica de forma sencilla cuales son las características comunes de este grupo de trastornos. Una breve reseña sobre los factores que intervienen en su génesis y las principales teorías que explican algunas de sus manifestaciones. Una explicación sobre las diferencias entre los términos: TEA, autismo, Síndrome de Asperger y Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Información de cómo realizar una detección precoz desde AP. Orientaciones para los pediatras de AP para trasmitir a los progenitores que su hijo/a puede tener un TEA y las posibles reacciones de éstos ante esta noticia. Y un intento de aproximación a entender cómo funcionan de estos niños/as.

Este documento junto a otro elaborado para los profesionales de educación se encuentran colgados en la web de Astursalud, con el siguiente enlace:

http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=13bdb060a5b8e410VgnVCM10000098030a0aRCRD&vgnextchannel=e78a25e8b85e0310VgnVCM10000098030a0aRCRD

Comunicación 1

Guía de prevención del consumo temprano de alcohol en la edad pediátrica

Autores

	Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
1	García Tardón	Susana	*Hospital Carmen y Severo Ochoa. Área II, Cangas del Narcea.*
2	Alonso Alonso	Olga	*Dirección General de Salud Pública, Oviedo*
3	García Alas	Nadia María	*Plan de Drogas de Asturias, DGSP, Oviedo*
4	González Fernández	José Antonio	*Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias, DGSP, Oviedo*
5	Hevia Fernández	José Ramón	*Servicio de Promoción de la Salud y Participación, DGSP, Oviedo*
6	Ordoñez Alonso	Mª Angeles	*Centro de Salud La Corredoria, Oviedo*
7	Pérez Candás	Jose Ignacio	*Centro de Salud de Sabugo, Avilés*
8	Amador Tejón	Víctor	*Centro de Salud La Magdalena-La Carriona, Avilés*
9	Argüelles Otero	Luis	*Centro de Salud de Roces-Montevil. Gijón*

Resumen

Objetivo:

Proporcionar información actualizada, basada en los hechos probados acerca de por qué y cómo intervenir para prevenir el consumo de alcohol en la edad pediátrica.

Metodología y materiales.

- Grupo de trabajo: Profesionales de pediatría, epidemiología, enfermería, psicología clínica y sociología.
- Ámbito de la intervención: Revisiones obligatorias a los 10 y a los 13 años de consulta de pediatría de atención primaria.
- Marco teórico: Intervención breve y entrevista motivacional.
- Modelo de intervención: «Cribado sobre consumo de alcohol e intervención breve para jóvenes» (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism –NIAAA–Estados Unidos de América, 2015).
- Intervención: Algoritmo basado en 2 preguntas y 4 pasos.

• Materiales: Guía de prevención del consumo temprano de alcohol en la Edad pediátrica para profesional sanitario, (versión completa y reducida). Folletos: Consejos a niños/as de 10 años, de 13 años y a familias. El material está a disposición de los profesionales en la pantalla de anamnesis del Programa de Salud Infantil sobre hábitos tóxicos y de la pantalla del Programa de Identificación del Riesgo Psico-Social (PIRSS).

Resultados:

En fase de implantación. La literatura sobre intervenciones precoces de orientación preventiva y favorecedoras del cambio de los hábitos de conducta, basadas en el consejo breve y la entrevista motivacional y apoyadas con material informativo y didáctico, cuentan con el mayor nivel de evidencia (I) y Grado de Recomendación (A).

Conclusiones:

- El consumo temprano de alcohol es una conducta con un amplio abanico de riesgos y daños a nivel físico, psicológico y social.
- Las intervenciones breves realizadas en atención primaria, basadas en la evidencia y desarrolladas a partir de los factores de riesgo/protección son una herramienta escasamente utilizada en nuestro entorno para potenciar los factores de protección individual y social.
- Sin embargo este tipo de intervenciones cuentan con los más altos ratios coste/efectividad de los recomendados por la literatura.

Comunicación 2

Ojo con la tortuga (caso clínico)

Autores

	Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
1	Gayol Fernández	Manuel	*CS Alles*
2	De Juan Álvarez	Alberto	*CS Arriondas*

Resumen

A nuestra consulta de pediatría acude una madre con un lactante de 2 meses con alimentación por lactancia artificial exclusiva, sin ningún antecedente de interés. Episodio de diarrea aguda hemorrágica de pocos días de duración, en la semana previa, atendido en el Servicio de Urgencias de Pediatría del HUCA donde se le recoge muestra para cultivo y se procede al alta. El coprocultivo confirma Salmonella typhimurium, notificado posteriormente por Salud Publica como subtipo Sandiego. Suele ser transmitida por la manipulación pequeños reptiles o anfibios domésticos, lo cual se relaciona con un 17% de los casos de salmonelosis en EEUU en niños.

Salud Pública nos sugiere que investiguemos la contaminación de otros familiares y el vector en relación con la misma.

La familia es poseedora de una tortuga doméstica, la madre es la encargada de limpiarla y darle de comer, sin uso de guantes, ni lavado riguroso de manos. Tanto la madre como un hermano mayor de 8 años son portadores asintomáticos.

Seguimiento posterior:

Damos recomendaciones para la manipulación, control clínico y realización de coprocultivos hasta negativización de los mismos en el núcleo familiar (3 meses). No precisaron antibioterapia.

Contactamos con un equipo de veterinaria para tratar al anfibio, que hubo que retirar del domicilio.

A su vez se realiza una campaña de concienciación en el centro de salud con carteles que recordaban las actuaciones se deben llevar a cabo para prevenir -este tipo de infecciones, entre ellas:

- Limpieza de manos con jabón y agua tibia inmediatamente después de la manipulación.
- Evitar compra de pequeñas tortugas en vendedores ambulantes, sitios web, tiendas sin registro apropiado del criadero de procedencia.
- Mantener los reptiles fuera de los hogares con niños pequeños (menores de 5 años) o personas con sistemas inmunológicos debilitados.
- Los reptiles no deben mantenerse en guarderías, escuelas infantiles etc.

Comunicación 3

Mucocele apendicular como causa de dolor abdominal

Autores

	Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
1	Konarska	Krystyna	
2	Budiño Torres	Sara	
3	Díaz Díaz	Rubén	
4	Díaz García	Alejandra Paola	
5	Ordóñez Alonso	Mª Angeles	*CS La Corredoria*

Resumen

Introducción:
El dolor abdominal es un motivo frecuente de consulta en pediatría de atención primaria.

Antecedentes personales:
En periodo neonatal ingresado durante 15 días por sepsis hematógena por estreptococo. Paciente correctamente vacunado, revisiones de salud normales.

Caso clínico:
Se presenta el caso clínico de un varón de 5 años de edad, que acude a consulta de pediatría por dolor abdominal intermitente y cólico de meses de evolución. No se asocia a náuseas, vómitos o fiebre. no lo despierta. Sin relación con alimento.
No pérdida de peso ni alteraciones del apetito o del estado general.
Pruebas complementarias muestran leve leucocitosis y leve elevación de calprotectina fecal.
Ecografía abdominal muestra apéndice cecal distendido con la sospecha de mucocele apendicular, adenopatías de aspecto inflamatorio y discreta cantidad de líquido libre en fosa iliaca derecha.

Comentarios:
El mucocele apendicular consiste en una dilatación del apéndice producida por acumulación intraluminal de moco. Aunque suele ser asintomático, puede asociarse a dolor abdominal de intensidad variada, náuseas, vómitos o aparecer como cuadro de abdomen agudo.
Hasta la fecha se han descrito cuatro procesos patológicos que pueden ocasionarlo: la obturación de la comunicación cecoapendicular, la hiperplasia mucosa, el cistoadenoma mucinoso y el cistoadenocarcinoma mucinoso.

Comunicación 4

Manejo de la Dermatitis Atópica Moderada-severa desde Atención Primaria

Autores

	Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
1	Budiño Torres	Sara	
2	Díaz Díaz	Rubén	
3	Díaz García	Alejandra Paola	
4	Konarska	Krystyna	
5	Ordóñez Alonso	Mª Angeles	CS La Corredoria

Resumen

Introducción:
La dermatitis atópica (DA) es la enfermedad cutánea inflamatoria crónica más frecuente en la edad pediátrica y afecta aproximadamente a un 10% de los niños en alguna etapa de su vida.

Antecedentes personales:
La paciente, de 4 años de edad presenta polisensibilización a neumoalergenos y alimentaria múltiple (alergia a Huevo, Leche, Perro, Pescado, Polen…) Primer episodio DA a los 3 meses de edad. Varios brotes de DA en los dos primeros años de vida, a tratamiento con diferentes cremas hidratantes, corticoides tópicos y orales y antihistamínicos. Relativo control de la enfermedad.

Caso clínico:
A partir de agosto de 2016 hay un empeoramiento de la DA: Sobreinfección de las lesiones tratado con antibióticos. Episodio de Erupción Variceliforme de Kaposi (VHS+), tratado con Aciclovir tópico. Mejoría tras curas de enfermería y tratamiento con Tacrolimus, pero nuevos brotes en septiembre, y empeoramiento de las lesiones en octubre. Tratamiento con Atarax, Augmentine, Tacrolimus e hidratación, consiguiendo mejoría.

Acude a consulta en noviembre de 2016 con un nuevo brote muy severo, generalizado en todo cuerpo y cara (SCORAD 96.35). Pauta de corticoides orales, antihistamínicos y se hace interconsulta a dermatología que diagnostica DERMATITIS ATÓPICA SEVERA y se le pauta: Estilsona, Atarax, Augmentine y Terapia con Pijama Húmedo

Comentarios:
Con este caso pretendemos revisar la dermatitis atópica moderada-severa , su tratamiento así como el de la comorbilidad asociada , y los consejos que damos a las familias en Atención Primaria, para intentar evitar la progresión en la severidad del brote moderado.

Comunicación 5

Telarquia precoz en atención primaria

Autores

	Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
1	Míguez Martín	Laura	*Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)*
2	Higelmo Gómez	Helena	*Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)*
3	González Acero	Ana	*Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)*
4	Valverde Pérez	Noelia	*Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)*
5	Pérez Méndez	Carlos	*Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)*
6	Martínez Blanco	Jacinto	*Centro de Salud El Coto (Gijón)*

Resumen

Antecedentes:
Sin antecedentes de interés, salvo tía materna con patología tiroidea adquirida.

Caso clínico:
Niña de 6 años que consultaba por telarquia precoz unilateral sin otra sintomatología acompañante. Negaban cambios en el olor corporal, aparición de acné, vello axilar o púbico, menarquia ni exposición a estrógenos por ninguna vía, salvo un posible incremento rápido de talla reciente. Pruebas complementarias: radiografía de muñeca (edad ósea de 7 años y 10 meses); perfil tiroideo normal y niveles basales de hormonas. Se derivó a la paciente a endocrinología infantil del hospital de referencia para valoración, donde las pruebas complementarias solicitadas ponían de manifiesto la existencia de una pubertad precoz central secundaria a microadenoma de hipófisis comprobado por resonancia magnética nuclear. Se instauró tratamiento con triptorelina mensual, confirmándose al mes de su inicio el freno del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal.

Se hace una revisión de la telarquia precoz, su etiología, exploración, diagnóstico diferencial y evolución así como de su diagnóstico en atención primaria, los criterios de derivación a atención especializada, la diferenciación entre pubertad precoz central y periférica y su tratamiento.

Comentarios:
Es importante tener en cuenta la patología tumoral como causa de pubertad precoz, atendiendo a la rápida progresión de la clínica, junto con la aceleración de la edad ósea como signos de alarma.

Desde atención primaria es fundamental realizar un enfoque diagnóstico adecuado, diferenciar aquellas variantes normales del desarrollo de las que no lo son, orientar a los padres y al paciente y, en aquellos casos que se considere necesario, derivar al paciente a atención especializada.

Comunicación 6

Utilidad de un preparado lácteo con fibra en el estreñimiento funcional infantil

	Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
1	Pérez Solís	David	*Hospital Universitario San Agustín*
2	Pérez Candás	José Ignacio	*CS Sabugo*
3	Pérez López	Ana	*CS Sabugo*
4	Peláez García	Pilar	*CS Villalegre-La Luz*
5	Fernández Fernández	Rosa Isela	*CS Luarca*
6	Díaz Martín	Juan José	*Hospital Universitario Central de Asturias*

Resumen

Objetivo.
Evaluar la eficacia de un preparado lácteo suplementado con fibra en niños con estreñimiento funcional.

Material y métodos.
Ensayo clínico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo. Se incluyeron niños entre 4 y 12 años de edad que cumplían criterios diagnósticos de Roma III para estreñimiento funcional y consultaban en su centro de Atención Primaria o en consulta de Gastroenterología Pediátrica. El grupo de intervención recibió durante 4 semanas una ración diaria de 200 ml de leche suplementada con inulina y maltodextrina resistente a la digestión (Naturfibra®), mientras que el grupo control recibió una ración similar de leche semidesnatada sin suplementar. Se consideró como variable de resultado principal la realización de al menos 3 deposiciones por semana.

Resultados.
Se incluyeron 19 niños (9 recibieron fibra y 10 placebo). Tras 4 semanas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención y control respecto a la realización de al menos 3 deposiciones a la semana (88,9% frente a 100%, p=0,474), el número de deposiciones semanales (5,8±2,0 frente a 5,8±1,3, p=0,978), la consistencia de las deposiciones, la presencia de conductas de retención, dolor con la defecación o incontinencia fecal, ni en la salud autopercibida.

En ambos grupos se observó una tendencia al aumento en el número de deposiciones; en el grupo de tratamiento de 3,6±1,9 a 5,8±2,0 deposiciones/semana (p = 0,059) y en el grupo placebo de 3,3±1,3 a 5,8±1,3 deposiciones/semana (p = 0,001). También disminuyó en ambos grupos la presencia de dolor en la defecación en el grupo de tratamiento del 77,8% al 11,1% (p = 0,031) y en el grupo placebo del 80,0% al 20,0% (p = 0,031).

Conclusiones:

No se ha podido confirmar la eficacia de un preparado lácteo suplementado con fibra para el tratamiento del estreñimiento funcional infantil. Son necesarios estudios bien diseñados y de mayor tamaño muestral para determinar el papel de los suplementos de fibra en niños con estreñimiento.

Comunicación 7

Estudio cualitativo de familias con pacientes infantiles diagnosticados de sobrepeso-obesidad

Autores

	Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
1	De Juan Alvarez	Alberto	*CS Arriondas*
2	Zambrano Vides	Carlos Fernando	*Hospital del Oriente de Asturias*
3	Riva Martínez	Griselda	*Area VI salud. Atención Primaria*
4	Baquero Delvasto	Manuel Andrés	*Area VI salud. Atención Primaria*
5	Rodríguez Posada	Rosa María	*CS Villaviciosa*

Resumen:

Objetivo:
Adentrarnos en el concepto sobrepeso-obesidad infantil (SOI) en familias con este tipo de pacientes. Objetivos secundarios, apreciación de las intervenciones sanitarias y eficacia al respecto.

Metodología:
Se diseña entrevista en profundidad semiestructurada con cuestiones abiertas, procurando la menor intervención del interlocutor, evitando el uso de elementos coercitivos, adaptándose en lo posible al ritmo y característica particulares de cada participante. Muestreo dirigido, 12 familias elegidas entre los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria de pediatría en Infiesto, Arriondas y Llanes. Consentimiento verbal. Grabación íntegra de cada interlocución, y trascripción posterior. Análisis fenomenológico con categorización de patrones conceptuales en lo referente al objetivo principal y a los secundarios. Inferencia teórica posterior.
Se diseñan también grupos de discusión multipersonales.

Resultados:
Consenso en conceptuar el SOI como una situación de cierta anormalidad en comparación con el grueso de la población (percentiles no apropiados). Tendencia a minusvalorar las consecuencias a medio y largo plazo. Apreciación de insuficiente o dificultoso abordaje. Menciones ocasionales a etiología multifactorial, desánimo y delegación de responsabilidades en el núcleo familiar.

Conclusiones:
Interpretación aceptable del concepto SOI. Depreciación de las consecuencias últimas de la enfermedad y fracaso en el abordaje multifactorial de la enfermedad. Se objetiva un abandono temprano de los nuevos hábitos adquiridos tras la intervención.

Póster 1

Cavernomatosis portal en un lactante

Autores

	Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
1	Rubio Álvarez	Ana María	*Centro Salud Gama*
2	Mantecón Ruiz	Mónica	*Centro Salud Zapatón*
3	González Escudero	María del Rosario	*Centro Salud Bajos Pas Renedo de Piélagos*

Resumen

Objetivo:
La malformación cavernomatosa de la vena porta, enfermedad poco frecuente en la edad pediátrica es, sin embargo, la causa más frecuente de hipertensión portal. Aunque la presentación clínica es muy característica, el diagnóstico definitivo es tardío: 10 años.

Material y Métodos:
Lactante varón de 7 meses, embarazo gemelar por FIV, periodo neonatal sin incidencias, comunicación interauricular ostium secundum y macrocefalia benigna. Desde hace 1 mes distensión abdominal progresiva, destacando esplenomegalia secundaria. Realizada ecografía abdominal muestra marcada esplenomegalia con hallazgos sugestivos de hipertensión portal por oclusión de la vena porta con transformación cavernomatosa en el hilio hepático. Durante el estudio, en el contexto de una bronquiolitis severa, realiza de brusca 3 episodios de hematemesis con ingreso en UCI para estabilización hemodinámica y se traslada a Hospital La Paz. La endoscopia digestiva constata varices esofágicas, estudio de coagulación normal. Dado de alta con hierro oral, ranitidina y vitamina K. Posteriormente no nuevos sangrados, pero aparece plaquetopenia progresiva, aumento esplenomegalia y aparición circulación colateral en abdomen. Se completan pruebas de imagen y se programa para realizar shunt quirúrgico de REX a la edad de 2 años y 11 meses.

Resultados:
La evolución posterior fue favorable con disminución de la esplenomegalia y normalización de plaquetas. Tratamiento con heparina durante 2 años. Actualmente asintomático.

Conclusiones:

La cavernomatosis portal hace referencia a la presencia de un ovillo varicoso, formado por colaterales venosas generadas en torno a la vena porta obstruida, que intenta suplir de forma parcial el flujo portal. La forma de presentación es la hematemesis o la esplenomegalia. De origen habitualmente desconocido, precisa descartar problemas de trombofilia, cateterismo umbilical y onfalitis. La ecografía Doppler confirma el diagnóstico. El shunt de Rex es la técnica derivativa más fisiológica, que permite construir un puente venoso que permite obviar el cavernoma y preservar el flujo hepático.

Póster 2

Llanto en un lactante: Torsión ovárica

Autores

	Apellidos	Nombre	Centro de trabajo
1	Rubio Álvarez	Ana María	*Centro Salud Gama*
2	González Escudero	María del Rosario	*Centro de Salud Bajo Pas Renedo de Piélagos*
3	Mantecón Ruiz	Mónica	*Centro Salud Zapatón*

Resumen

Objetivos:
Las causas de llanto e irritabilidad en un lactante son múltiples y de variada gravedad. Revisamos una causa poco frecuente, pero cuyo diagnóstico precoz resulta imprescindible.

Material y métodos:
Descripción del caso de un lactante con clínica de irritabilidad y dolor abdominal.

Resultado:
Lactante de 2 meses sin antecedentes de interés. Lactancia artificial exclusiva. Refieren que hace 5 días tras 48 horas sin realizar deposición y tras gran esfuerzo para defecar, presenta episodio de palidez y sudoración con recuperación posterior. Y de nuevo hace 2 días irritabilidad y en las últimas 24 horas rechazo alimentación, febrícula y un vómito proyectivo en ultima toma. En exploración física destaca dolor selectivo en hemiabdomen derecho. Se realiza ecografía abdominal destacando estructura mixta de unos 20-30mm situada en fosa iliaca derecha, con cambios inflamatorios, sin clara señal Doppler. Se aplica enema se suero fisiológico que descarta malformación intestinal e invaginación secundaria. Sugiriendo torsión de ovario como diagnóstico más probable. Con esta sospecha se realiza intervención quirúrgica mediante laparoscopia observando torsión completa de ovario derecho. Se procede a la detorsión del ovario, con evolución favorable. Se extrae hemograma con PCR y estudio de marcadores (alfa fetoproteína y beta HCG) previamente.

Conclusiones:

La torsión ovárica es una causa poco frecuente de dolor abdominal en la niña premenárquica. Típicamente se desarrolla ante la presencia de un quiste o masa ovárica, pero puede ocurrir aisladamente. Es una emergencia ginecológica y el diagnóstico precoz es importante para preservar la función ovárica. El ejercicio extenuante o aumento de la presión abdominal, puede favorecer el movimiento ovárico excesivo y la torsión. Debe realizarse estudio de marcadores tumorales ya que es un factor de riesgo. La ecografía es el estudio inicial y el tratamiento recomendado es la detorsión y conservación del ovario.

Asamblea General de la AAPap

Convocatoria Asamblea General Ordinaria 2017

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 2017 que se celebrará en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Asturias en Oviedo, el viernes 28 de abril a las 18.00 h.

Orden del día:

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

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

3. Presentación y aprobación, si procede, del informe de actividad de la AAPap durante el último año 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. Mª de los Angeles Ordóñez Alonso.

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

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

7. Ruegos y preguntas.

Saludos cordiales.



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

Oviedo, a 27 de marzo de 2017.

Organiza:

Financia:

OVIEDO.es
AYUNTAMIENTO

Colaboran:

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

AEPap
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

Solicitada acreditación:

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

Asociación Española de Pediatría
AEP