NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN:

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

- **Siglas:** AAPap
- **Fundación:** 2000
- **Fecha adhesión AEPap:** 2000
- **Nº actual de socios:** 114
- **Pediatras de AP en Asturias:** 126
- **Presidentes que ha tenido la Asociación:** 4

- **Junta Directiva:**
  - Presidente: José Ignacio Pérez Candás. Centro de Salud de Sabugo. Avilés
  - Vicepresidencia: Vacante.
  - Secretario: Francisco Javier Fernández López. Centro de Salud de Nava.
  - Tesorera: Sonia Ballesteros Alonso. Centro de Salud La Lila. Oviedo.
  - Vocal Área I: María Cristina de la Infiesta Alvárez. C.S de Vegadeo.
  - Vocal Área II: Rosa Isela Fernández Fernández. Centro de Salud de Cangas de Narcea.
  - Vocal Área III: Mar Coto Fuente. Centro de Salud de la Magdalena-La Carriona Avilés.
  - Vocal Área IV: Francisco Javier Fernández López. Centro de Salud de Nava.
  - Vocal Área V: Purificación López Vilar. Centro de Salud de la Calzada. Gijón.
  - Vocal Área VI: Rosa María Rodríguez Posada. Centro de Salud de Arriondas.
  - Vocal Área VII: Aidé Aladro Antuña. Centro de Salud de Mieres Norte. Mieres.
  - Vocal Área VIII: María Ángeles Ordóñez Alonso. Centro de Salud de Laviana. Pola de Laviana. Tesorera en funciones.
  - Vocal de Formación, Docencia e Investigación: Luis Miguel Fernández Cuesta. C.S. de Grado. Grado.

- ***Vocal en AEPap:*** José Ignacio Pérez Candás. Centro de Salud de Sabugo. Avilés
- **Domicilio social:** Colegio Oficial de Médicos de Asturias. Plaza de América nº 10-1º. 33005. Oviedo.

- **Página Web:** En la dirección: *www.aepap.org/asturiana/index.htm*
  Web: Francisco Javier Fernández López.

MEMORIA DE: ***Mayo de 2012 a Octubre de 2013.***

- **Asambleas :**

Durante la Asamblea General Extraordinaria de la Reunión 2.013, II Congreso, fueron aprobados:

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

El orden del día es aprobado, por asentimiento.

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

El Secretario reparte el acta, que contiene algunas modificaciones respecto a la distribuida previamente por correo electrónico.

Esta acta es aprobada por asentimiento.

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

El Presidente resume los aspectos más importantes del informe de actividad y líneas estratégicas, que previamente había sido enviado por correo electrónico.

El informe se aprueba sin votos en contra.

4. Presentación y aprobación, si procede, del informe económico, cuentas y presupuesto de la AAPap, a cargo de la Tesorera en funciones, Dña. Mª de los Ángeles Ordóñez Alonso.

La Tesorera en funciones presenta el informe económico y las cuentas correspondientes a 2012, con especial atención al balance del I Congreso (XI Reunión Anual), así como el presupuesto para 2013.

El Secretario expone las dificultades, sobre todo de tipo económico, surgidas para la realización del II Congreso (XII Reunión Anual) derivadas también de la decisión de conseguir la máxima independencia económica, por lo que se va disminuyendo la petición de colaboración a la industria y se concurre, en igualdad de condiciones, a las convocatorias de subvenciones públicas, como las del Ayto. de Oviedo, lo que a su vez supone un mayor esfuerzo burocrático.

Se aprueban sin votos en contra.

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

El Secretario recuerda que, desde el año pasado, se envía a los socios que se jubilan una carta en la que se les propone que acepten ser nombrados socios de honor. Este año, como novedad, durante la comida del Congreso/Reunión Anual, se ha hecho entrega de la insignia de plata de la AAPap a los nombrados en 2012. La distinción fue recogida por Dña. Teresa García y por nuestra compañera Dña. Silvia Ruisánchez –hija del fallecido D. Víctor Manuel Ruisánchez-. También se otorgó la insignia, a título póstumo, a Dña. Soledad Fernández “Sole”, fallecida en 2012, haciéndose entrega de la misma a su marido.

Son admitidas, por unanimidad, como nuevas socias Dña. Elena Taborga Díaz y Dña. Mª Fernanda García Díaz.

Es admitida, por unanimidad, como socia de honor, la pediatra jubilada Dña. Encarnación Díez Estrada, tras haber aceptado la propuesta que se le había hecho.

6. Toma en consideración de la postura que debe adoptar la AAPap ante las autoridades sanitarias respecto a diversas problemas profesionales: Pediatras de Área, acúmulo de cupos, no sustituciones, ...

El Presidente expone las diversas situaciones de las que ha tenido conocimiento la junta directiva de la asociación y explica que ya se ha trasladado a la Consejería de Sanidad nuestra preocupación respecto a algunas de ellas.

Se produce un debate, centrado sobre todo en los pediatras de Área, en el que intervienen varios socios. Según los datos aportados durante el mismo, existen en la actualidad cuatro en el Área de Gijón, otros cuatro en el Área de Oviedo, así como uno en las Áreas de Llanes, Járrio, Avilés y Langreo.

Hay unanimidad entre los presentes respecto a oponerse al nombramiento de pediatras de Área en zonas urbanas, sobre todo si no se adjudican las TSI correspondientes, así como para cubrir temporalmente plazas de Equipo de AP. Se acuerda que la Arapapá se pondrá en contacto con la asesoría jurídica del Colegio de Médicos para averiguar si como asociación podemos iniciar algún procedimiento legal al respecto. También, trasladar nuestra postura a los sindicatos y mesas de contratación, estudiar la posibilidad de que algún grupo político plantee una pregunta sobre este asunto en la Junta e informar a la opinión pública a través de la prensa. El Secretario solicita que se le comuniquen por e-mail y con la mayor precisión posible todos los casos que se conozcan.

7. Ruegos y preguntas.

Varios socios lamentan la menor participación en el Congreso/Reunión Anual. Se recogen varias propuestas para difundir el programa preliminar entre los profesionales de otras comunidades autónomas e implicar a los compañeros de los hospitales, especialmente a los residentes. También se propone utilizar más intensamente las web y las nuevas tecnologías. A este respecto el Presidente anuncia que se están realizando gestiones para contar con nuestra propia página web, de forma que se puedan ampliar y divulgar mejor las actividades, también las formativa a nivel “on-line”. También mejorará la visibilidad de nuestra sociedad.

- En el último año y medio se han editado 4 Boletines Informativos que se han enviado a los socios a través de correo electrónico.
- Memoria del II Congreso. (XII Reunion Anual)
- Libro de Ponencias del II Congreso. (XII Reunión Anual.)
- 2 Comunicados de prensa del II Congreso (XII Reunión Anual.)
- Documento enviado al Director General de Innovación:

  Me dirijo a usted como Presidente de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria.

  Como sabrá esta asociación, de más de una década de antigüedad, agrupa a más del 80% de los Pediatras de Atención Primaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias, que se quisieron constituir en sociedad para como indica el primer articulo de nuestros estatutos : “Promover el desarrollo de la Pediatría en Atención Primaria. Buscar el máximo estado de Salud del niño y del adolescente. Promocionar su Salud. Prevenir la enfermedad y facilitar su recuperación en caso de contraerla”. (http://www.aepap.org/federadas/asturias/estatutos). Para realizar este cometido los propios estatutos prevén en su artículo dos: “Fomentar y ejercer la Docencia en la Formación Pediátrica en Atención Primaria, tanto en la

Formación Continuada del Pediatra de Atención Primaria, Médicos Residentes de Pediatría, Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, pre graduados y postgraduados, así cómo de otros profesionales sanitarios". Y en el tercero y cuarto : "Fomentar y ejercer la investigación." "Coordinar los diferentes Programas Sanitarios relacionados con la Salud Infantil y Adolescente y aquellos dirigidos al enfermo tanto en nuestra Comunidad Autónoma por el Servicio de Salud del Principado de Asturias, cómo aquellos instaurados por otro/s Organismo/s Sanitarios en quienes en el futuro la Administración delegue dichas funciones, con especial énfasis en el campo de la Atención Primaria. Asimismo, elaborar criterios de calidad asistencial para gestionarlos ante ellas."

Como habrá observado muchos de nuestros cometidos están relacionados con las competencias que usted desempeña al frente de esa Dirección General.

Por ello nos dirigimos a usted con una serie de propuestas con la esperanza de que caigan en terreno fértil y broten acuerdos que nos lleven al mantenimiento y mejora de los altísimos niveles de salud que han alcanzado nuestros niños.

Propuestas:

1.Formación:

1.1.Le envío la documentación de una propuesta de acuerdo Admón.-Sociedades Científicas que me han remitido desde la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Castilla y León, que me parece de gran interés. Creo que la colaboración entre la Administración y las Sociedades Científicas como representantes de la sociedad civil es imprescindible si queremos abordar en serio la formación de los profesionales y la puesta en marcha de planes ambiciosos de investigación en Atención Primaria, por cierto tan escasos en la misma.

1.1 .Así mismo le envío la propuesta de FAPap,(http://www.fapap.es) revista que impulsa la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, conglomerado federado que agrupa a las diversas sociedades de Pediatras de Atención Primaria españolas. (http://www.aepap.org). Esta revista que es órgano de formación on-line de los Pediatras de Atención Primaria ha sido subvencionada desde esa Dirección General en el pasado, con la llegada de Foro al Gobierno de Asturias se suspendió la colaboración. En archivos adjuntos tiene la información sobre la misma. Deseo pedirle que **la suscripción de los pediatras de atención primaria del Servicio de Salud vuelva a ser subvencionada**, por ser un elemento básico para su actualización.

2.1. Nuestra Sociedad realiza diversas actividades formativas en colaboración con los secciones pediátricas de los hospitales de las Áreas. En el área ovetense y con el HUCA existe un grupo coordinador en el Área de Gestión Clínica Pediátrica cuyas labores debieran ser potenciadas, nosotros no cejaremos en el empeño de

que sea así. Sabemos que esto depende del Servicio de Salud y para ello nos mantendremos en contacto con los Servicios Centrales del mismo, pero creemos que usted debe conocer esas actividades.

2. Investigación.

Desde la Sociedad Científica hemos realizado en los últimos años diversos estudios colaborativos en los que han participado profesionales, pediatras y enfermería pediátrica, de los cuales el más representativo es el estudio sobre morbilidad en guarderías (MORBIGUARD), subvencionado con beca de la Oficina de Investigación Biosanitaria del Principado de Asturias. Los resultados hasta los 12 meses de vida han sido publicados en la Revista de Atención Primaria (PAP) (http://www.pap.es) (http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_lXus5l_LjPrFG1u0ScQLB66A4hJGEOmI

El estudio SLAM, sobre sibilancias en lactantes, también colaborativo y desarrollado por profesionales pediátricos del Servicio de Salud, en colaboración con un profesional de Castilla y León, Dr. Cano Garcinuño, será publicado próximamente en la revista europea más prestigiosa del aparato respiratorio.

En fin, quiero **pedirle apoyo para impulsar la investigación** tan deficitaria sobre todo en Atención Primaria.

3. Calidad.

Todo lo anterior es calidad, esta debe sustentarse sobre el “primun non nocere”, y para ello la formación continúa reglada y sistematizada junto a la investigación es esencial, pero también el desarrollo de programas, guías clínicas y protocolos de actuación que disminuyan la variabilidad de actuaciones de los diversos profesionales y aumenten su coordinación:

3.1 Tenemos diversos programas elaborados por el Grupo Coordinador Pediátrico que se constituyó en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, Subdirección de Atención Primaria, que coordinó el Dr. Carlos Díaz Vázquez y cuyos resultados aún están sin aplicar, por diversas razones, pero fundamentalmente parece ser que por problemas de escasez de recursos humanos en los servicios informáticos. Esto ha hecho que el Programa de Salud Infantil, el Programa sobre Niños en Riesgo de Exclusión Social, ligado al anterior, totalmente acabados, “duerman el sueño de los justos”, en un cajón. No se puede imaginar la frustración que tanto trabajo infructuoso produce en muchos de nosotros. Otros programas muy avanzados como el de Obesidad infantil, auténtica epidemia universal, o el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, están en la misma situación.

En fin le pido su apoyo político para la reactivación de estas actividades. Está en mi propósito volver a ponerme en contacto con la Subdirección de Atención Primaria del Servicio de Salud una vez esta ha sido renovada y tras el necesario tiempo de aterrizaje en la misma de sus responsables.

5. Petición.

Finalmente, quiero trasladarle la disconformidad de nuestra Junta Directiva con el cobro de tasas por las acreditaciones solicitadas ante la Comisión de Acreditación de Formación Sanitaria Continuada del Principado.

Deseamos manifestar que dichas acreditaciones son pedidas por los organismos de la Admón. para traslados, carrera etc. que las sociedades científicas como la nuestra, sin animo de lucro, sometidas a un riguroso código ético que puede consultar en: https://www.aepap.org/la-aepap/documentos/codigo-etico-de-la-aepap , ya tienen suficientes dificultades para cumplir con su cometido formador e investigador, como para que desde la Admón. se pongan aún mas dificultades a este empeño. Mas si cabe cuando no hay alternativas acreditadoras y de alguna manera con nuestras actividades formativas contribuimos a paliar el déficit que existe de la misma en el Servicio de Salud. Por todo ello le pido reconsideren esa decisión y **se anule el pago de las tasas para las sociedades científicas sin animo de lucro**.

Me despido de usted poniéndome a su disposición para aquello que contribuya a mantener y mejorar los estándares de calidad de nuestra sanidad pública.

José Ignacio Pérez Candás

Presidente AAPap.

Avilés a 28 de marzo de 2013

Enviamos comunicación de algunos extremos de la carta anterior al Sr. Consejero. También le ofreció un modelo de colaboración que se está implantando en la Comunidad de Castilla y León. El texto es el siguiente:

Estimado Consejero:
Tengo el gusto de ponerme de nuevo en contacto con usted para hacerle una propuesta y una petición.
La propuesta:
Le envío la documentación de una propuesta de acuerdo Admón.-Sociedades Científicas que me han remitido desde la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Castilla y León que me parece de gran interés. Creo que la colaboración entre la Administración y

las Sociedades Científicas como representantes de la sociedad civil es imprescindible si queremos abordar en serio la formación de los profesionales y la puesta en marcha de planes ambiciosos de investigación en Atención Primaria, por cierto tan escasos en la misma.

La petición:
Le traslado la disconformidad de nuestra Junta Directiva con el cobro de tasas por las acreditaciones solicitadas ante la Comisión de Acreditación de Formación Sanitaria Continuada del Principado.

Deseamos manifestar que dichas acreditaciones son pedidas por los organismos de la Admón. para traslados, carrera etc. que las sociedades científicas como la nuestra, sin animo de lucro, sometidas a un riguroso código ético que puede consultar en: https://www.aepap.org/la-aepap/documentos/codigo-etico-de-la-aepap , ya tienen suficientes dificultades para cumplir con su cometido formador e investigador, como para que desde la Admón. se pongan aún mas trabas a este empeño. Mas si cabe cuando no hay alternativas acreditadoras y de alguna manera con nuestras actividades formativas contribuimos a paliar el déficit que existe de la misma en el Servicio de Salud. Por todo ello le pido reconsidere esa decisión y **anule el pago de tasas para las sociedades científicas sin animo de lucro.**

De la propuesta y de la petición tiene conocimiento, mediante carta enviada, el Director General de Innovación.

Sin mas me despido, quedo a su disposición para todo lo que contribuya a mejorar la Sanidad Publica Asturiana.

José Ignacio Pérez Candás
Presidente AAPap
Avilés, 4 de abril de 2013

- Certificados acreditativos del desempeño de los asistentes a la Reunión Científica Anual de la Asociación y de la Jornada de Otoño. Se remiten antes de finalizar el año correspondiente. Acreditados por la comisión Acreditadora del Principado de Asturias.

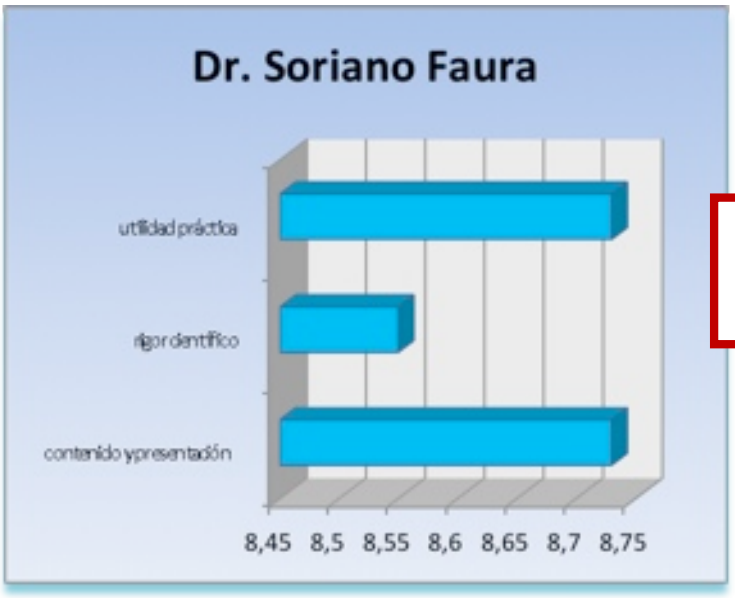
- **Actividades formativas regulares:**

- Curso de Otoño: Verso sobre casos clínicos de Nefrología Pediátrica. Ha sido acreditado por la Comisión Acreditadora del Principado.
- Reunión Anual de la Asociación: El II Congreso (XII Reunión) se ha celebrado los días 16 y 17 de Junio de 2.013. Sigue siendo la principal actividad formativa de la Asociación. Ha sido acreditada por la Comisión Acreditadora del Principado. Recibió el reconocimiento de Interés Sanitario por la Consejería de Salud, y la validación por la Comisión correspondiente de la Asociación Española de Pediatría.
  Participantes: fundamentalmente dirigida a Pediatras de Atención Primaria, y a Enfermería de Pediatría de Atención Primaria, también se incorporaron Médicos de Familia que sustituyen a Pediatras. En esta ocasión participaron Pediatras hospitalarios relacionados

con la nefrología infantil al estar la reunión dirigida fundamentalmente a esta rama de la Pediatria. Hubo una participación de los MIR de Pediatría de nuestra Comunidad autónoma.

Valoraciones:

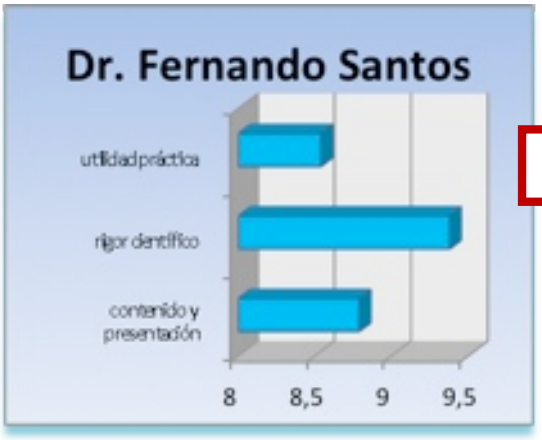
- ✓ Conferencia Inaugural. Programa de Salud Infantil.



Comentarios: "excelentemente

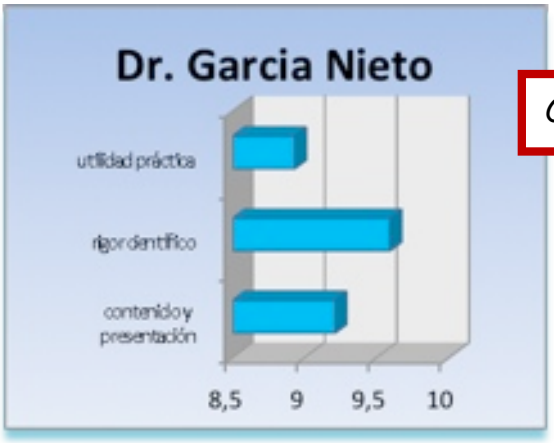
2-Mesa redonda

2.1 Daño renal en niños con infección urinaria y/o anomalías congénitas del sistema urinario y/o reflujo vésicoureteral



Comentarios: "me encantó"

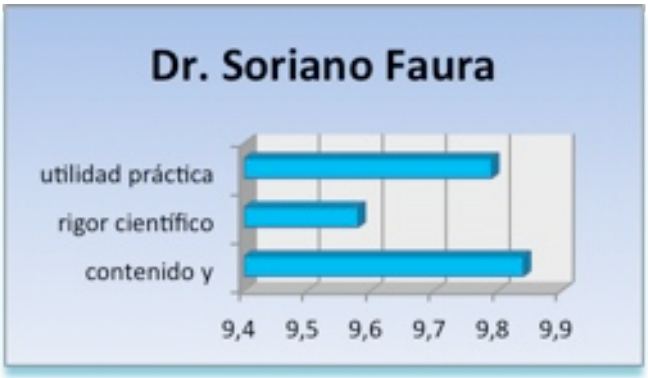
2.2 La prelitiasis del niño y el nefrólogo.



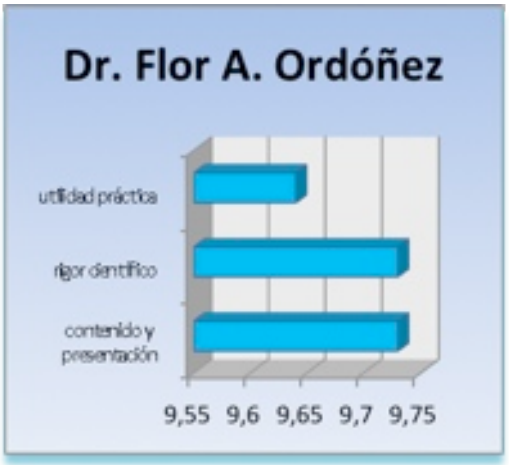
Comentarios: **"excelentes"**

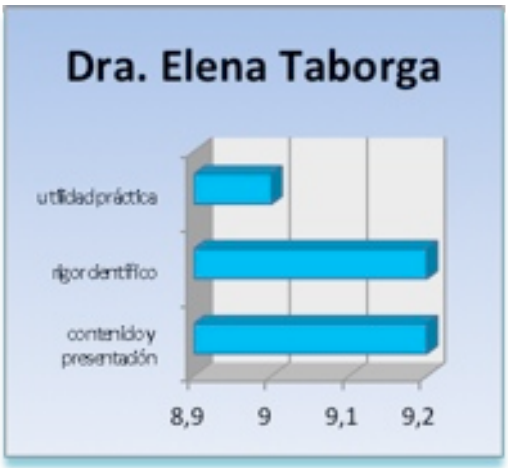
3-Talleres:

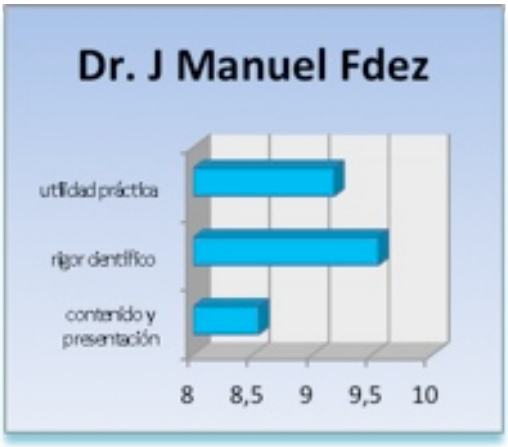
3.1 Lo viejo y lo nuevo de la prevención en la infancia en atención primaria. Lo práctico de la actividad preventiva en la infancia.



3.2 Problemas nefrourológicos en el niño.

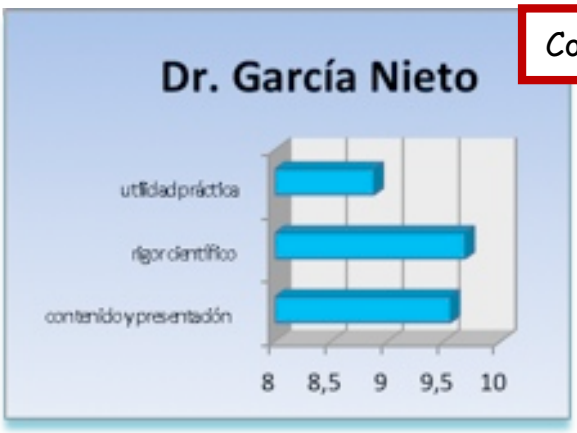






4-Seminarios:

4.1 De los espárragos a la microalbuminúria .Pruebas funcionales renales en la práctica clínica diaria de atención primaria:

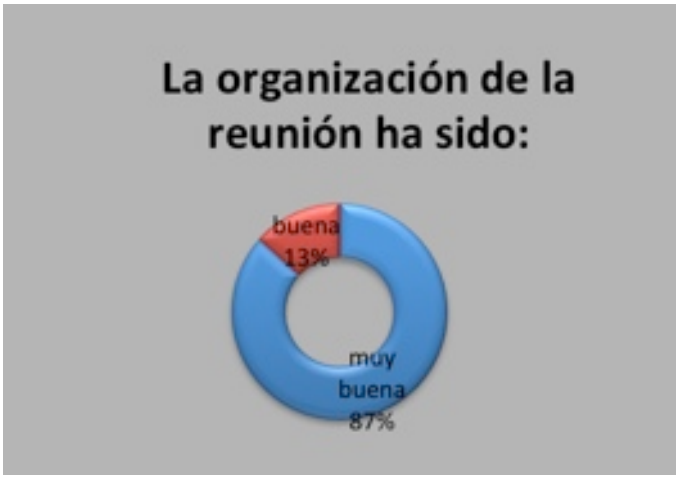


Comentarios: **"una maravilla"**

4.2 Enfoque quirúrgico de la patología genitourinaria en la edad pediátrica.

Comentarios: **"Muy divertido y práctico", "excelente"**

ENCUESTA DE EVALUACION FINAL
Nº de encuestas recogidas: 16



COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

-Adjuntar el programa del Congreso dentro del libro del mismo.
-El envío del programa a través de correo electrónico no llega a los que no lo manejan
-Apoyo a no haber traído autoridades sanitarias a la mesa de inauguración
-Incluir mesa de profesionales y organizativos
-Horarios más racionales, procurando no acabar más allá de las 19.30 h
-Concentrar todo el congreso en un solo día
-Reducir la sesión de las comunicaciones
-Ampliar el número de temas a tratar
-Repetir los talleres de Cirugía y Nefrología en la jornada de otoño

10. Comida de confraternidad y homenaje a compañeros:

Rendimos homenaje a Soledad Fernández Rodríguez (Sole), recientemente fallecida y tuvimos el honor de escuchar, a su viudo, dirigirnos unas emotivas palabras.

Asi mismo rendimos homenaje a Victor Manuel Ruisánchez Díaz, también recientemente fallecido. Estuvo presente su hija, nuestra compañera Silvia Ruisánchez

También contamos con la presencia de nuestra expresidenta Teresa García Muñoz que disfruta de su reciente jubilación
A todos se les entregó una imagen en plata del emblema de nuestra asociación.

RESULTADOS CIENTIFICOS:

1. La litiasis **renal es una patología sumamente frecuente, de tal manera que, aproximadamente, del 5-12% de la población de los países industrializados padece algún episodio sintomático antes de los 70 años de edad, por ello la prelitiasis (término que define la existencia en niños de anomalías metabólicas causantes de cálculos antes de que exista evidencia de la formación de los mismos.) ,y litiasis en la infancia deben ser una prioridad diagnostica por las consecuencias que puede tener en la calidad de vida futura en el adulto, ya que la litiasis es una enfermedad que comienza en la infancia y que puede afectar gravemente la función renal a largo plazo. El diagnóstico se realiza ante la presencia de uno o varios cólicos nefríticos. No obstante, el diagnóstico de urolitiasis no se puede confirmar si no se tiene la evidencia de la formación o expulsión de un cálculo.**

   1.1 Cuando se observa un niño con alteraciones en la primera orina de la mañana que sugieren tendencia a la litiasis, debemos estudiar al niño, pero también aconsejar a sus padres que se estudien.

2. La hipercalciuria idiopática (HI) **se define por un aumento mantenido en la eliminación urinaria de calcio, en ausencia de hipercalcemia y de otras causas conocidas de hipercalciuria. Es la causa mas frecuente de litiasis**

renal tanto en la edad pediátrica como en la adulta (alrededor del 40% en series de niños y del 60% en las de adultos). La HI es una de las anomalías metabólicas mas frecuentes en el ser humano, de tal modo que se han descrito tasas de prevalencia en población sana, según los países, entre 2,9 y 6,5%. En los últimos años, el diagnóstico de esta entidad es más frecuente debido a que la HI, en ausencia de litiasis (prelitiasis), puede debutar en niños con síntomas diversos.

2.1 Alrededor del 30% de los niños con enuresis nocturna tienen hipercalciuria. La presencia de dolor abdominal recurrente "no típico de cólico renal" se ha asociado, asimismo, con HI. La frecuencia de infección de vías urinarias es mucho más elevada en estos niños que en controles. En el adulto, la presentación más frecuente de la HI es el cólico nefrítico, si bien algunos pacientes pueden debutar con hematuria macroscópica, indolora o no. Las fracturas de la vejez pueden estar favorecidas por una hipercalciuria previa asociada a osteoporosis.

2.2 El diagnóstico se realiza al comprobar una eliminación urinaria de calcio superior a 4 mg por kg de peso y día en dos muestras de orina consecutivas (válido tanto para adultos como para niños). Pueden aceptarse criterios más clásicos, es decir, más de 300 mg/día en varones y más de 250 mg/día en mujeres. También, puede admitirse el diagnóstico de HI con una muestra positiva en orina de 24 horas y un valor elevado del cociente calcio (mg)/ cretinina (mg), en una muestra de orina no recogida en ayunas, superior a 0,20 (por encima de los cuatro años de edad). Además, es preciso haber descartado la presencia de hipercalcemia y de otras causas conocidas de hipercalciuria .

3. Hipocitraturia. **El citrato inhibe la nucleación espontánea del oxalato cálcico y retarda la aglomeración de los cristales preformados del mismo. Es un potente inhibidor del crecimiento de los cristales de fosfato cálcico. Además, reduce la saturación urinaria de las sales cálcicas al formar complejos con el calcio y reducir la concentración del calcio iónico.**

3.1 Los valores de eliminación urinaria de citrato en situación de normalidad son muy dispersos. En adultos, se considera hipocitraturia unos valores inferiores a 300 mg/día para ambos sexos y/o un valor del cociente entre las concentraciones de citrato y creatinina inferior a 250 mg/g. En niños, se considera hipocitraturia valores inferiores a 8 mg/kg/día y/o un cociente citrato/creatinina menor de 400 mg/g.

3.2 Las principales causas de eliminación urinaria reducida de citrato son la acidosis tubular renal y la insuficiencia renal crónica. Otras causas son el tratamiento con acetazolamida o tiazidas, la depleción de potasio, la inanición y la malabsorción intestinal. Con cierta frecuencia, se observa hipocitraturia asociada a hipercalciuria idiopática, en ausencia de acidosis tubular renal. Asimismo, se ha descrito la presencia de hipocitraturia en pacientes con fibrosis quística. La ingesta excesiva de proteínas también favorece su aparición por la sobrecarga ácida que ocasiona. No obstante, en ocasiones, no se detecta ninguna causa conocida (hipocitraturia idiopática).

4. **Prevención de las recidivas. Tratamiento dietético.**

4.1 La mayoría de las anomalías metabólicas causantes de cálculos tienen un origen genético, por lo que la predisposición litiásica dura toda la vida. Por tanto, debe intentarse un control dietético y reservarse el tratamiento farmacológico para los casos complicados.

4.2 El tratamiento dietético, a nivel general, incluye una ingesta elevada de agua (2.000-3.000 ml/1,73 m^2), de frutas y de verduras y una serie de normas que varían en función de la anomalía metabólica presente.

4.3 El tratamiento dietético, cuando se realiza bien, es muy útil para evitar la formación de cálculos. En la HI, se indica la restricción moderada de sal y de proteínas de origen animal. El consumo excesivo de sal, además de elevar la calciuria, desciende la citraturia por lo que es recomendable mantener una dieta con unos 100-150 mEq/día de sodio. Los lácteos deben cubrir las necesidades de calcio según la edad, evitando el defecto o el exceso. Una dieta pobre en calcio puede repercutir negativamente en la densidad mineral ósea y eleva, por otra parte, la oxaluria. Es conveniente una ingesta adecuada de frutas (sobre todo, cítricos), verduras (por su contenido en agua y magnesio), cereales integrales y pescado "azul".

5. Daño renal en niños con infección urinaria y/o anomalías congénitas del sistema urinario y/o reflujo vesicoureteral.

5.1 En el diagnóstico y seguimiento de la infección urinaria las pruebas de imagen deben perseguir uno o varios de los siguientes objetivos: localización de la infección, existencia de anomalías urológicas subyacentes, desarrollo de cicatrices renales secundarias a las infecciones urinarias. Para ello pueden ser de utilidad la ecografía nefrourológica, la cistografía y la gammagrafía renal, entre otras. Sin embargo, la indicación clínica de estas u otras exploraciones deberá tener en cuenta no sólo su coste económico, radiación al paciente y molestias ocasionadas al enfermo y su familia, sino también si de los hallazgos esperados se va a seguir alguna actitud distinta en el tratamiento o seguimiento del paciente. En base a la consideración de estos factores para existir un cierto consenso, no unánime, sobre la realización sistema tica de ecografía en el primer episodio de infección urinaria y en la limitación de otros estudios a casos seleccionados. ¿Cuál es el motivo para diagnosticar un reflujo vesicoureteral mediante cistografía si no se va a instaurar una quimioprofilaxis ni se va a intervenir quirúrgicamente? ¿Cuál es el interés clínico de detectar pequeños defectos de captación cortical en la gammagrafía renal DMSA?

5.2 Puede plantearse que las razones para tratar una infección urinaria de forma urgente serían la disminución del riesgo de que se desarrolle una infección aguda sistémica grave, la reducción de la incidencia de aparición posterior de cicatrices corticales postinflamatorias y/o el alivio de los síntomas derivados de la infección urinaria cuando éstos son clínicamente importantes. El primer argumento justificaría la administración sistemática de antibióticos por vía parenteral a lactantes febriles menores de 3 meses, siendo recomendable el empleo de unacefalosporina de tercera generación, así como a pacientes con antecedentes recientes de infecciones urinarias de curso grave, habitualmente niños con uropatías malformativas subyacentes, con inmunodeficiencia o colonizados con gérmenes de especial agresividad.

5.3 Se consideran niños con riesgo de padecer RVU aquellos diagnosticados de infección urinaria que tienen antecedentes familiares positivos (base

genética compartida con padres y/o hermanos), en los que se ha visualizado prenatalmente una dilatación de las vías urinarias y los portadores de malformaciones con obstrucción. Una vez establecida su presencia, nuestra prioridad terapéutica se centrará en la prevención de las infecciones y, consecuentemente, formación de nuevas lesiones parenquimatosas.

5.4 La prueba diagnóstica de primera elección es la cistografía, que permite establecer el grado de reflujo, visualizar la uretra, detectar duplicaciones, ectopias uretrales, válvulas de uretra posterior, trabeculaciones vesicales, divertículos y cuerpos extraños. Su inconveniente principal se refiere a la exposición de radiaciones ionizantes durante la exploración fluoroscópica. Tras la ecografía inicial y la resolución de la infección aguda se recomienda posponer este estudio 4 semanas, teniendo en cuenta la posibilidad de favorecer la propagación ascendente de una bacteriuria y la interferencia de la infección con la valoración objetiva de las vías urinarias. Basándose en esta técnica su clasificación en cinco grados fue estandarizada por el Grupo Internacional para el estudio del RVU, considerando el nivel del sistema colector ocupado por la orina refluyente y la deformidad de las estructuras pielocaliciales. Este planteamiento permite establecer categorías de riesgo y facilita el diseño de estrategias terapéuticas alternativas. Mayoritariamente se acepta que un DMSA normal descarta la significación clínica del reflujo y puede hacer innecesaria la realización de una cistografía.

5.5 Los RVU de grado I-II no precisarían quimioprofilaxis. Cuando haya sido comprobada mediante gammagrafía la participación parenquimatosa renal, este estudio debiera ser repetido tras un año. En los casos de afectación renal persistente el tratamiento médico con realización de quimioprofilaxis continua hasta después de los 5 años sigue siendo una opción aceptada.

5.6 Un reflujo grado V a cualquier edad y grado IV bilateral por debajo del año representa una condición de alto riesgo, que tendrá que ser evaluada y seguida por un equipo experimentado. Debe de iniciarse una quimioprofilaxis continua mientras se evalúan las funciones renal y vesical, y desde un criterio individualizador para cada paciente se puede plantear el tratamiento quirúrgico. En niños con disfunción vesical este trastorno debe ser tratado previamente a cualquier intervención sobre el reflujo. En los varones la circuncisión profiláctica puede ser una medida a considerar. Al año del diagnóstico debiera ser repetida la gammagrafía y la cistografía, que condicionarán las medidas posteriores. Para los RVU inicialmente de grado III-IV también debiera ser iniciada la profilaxis antibacteriana y mantenida durante un año. Exigen igualmente un estudio de la función renal. La inyección suburetérica endoscópica de diferentes materiales como alternativa a la cirugía convencional se ha implantado ampliamente en los últimos años, aunque la aplicación de pasta de Teflón se ha visto sometida a controversia.

6 .El PSI debe ser racionalizado tanto en cuanto al número de revisiones como en cuanto al número de actividades realizadas en cada una de las mismas. Las actividades deben estar orientadas y dirigidas por evidencias clínicas. Asi garantizaremos la beneficiencia y limitaremos la maleficencia que también se puede producir en estas actividades de carácter preventivo.

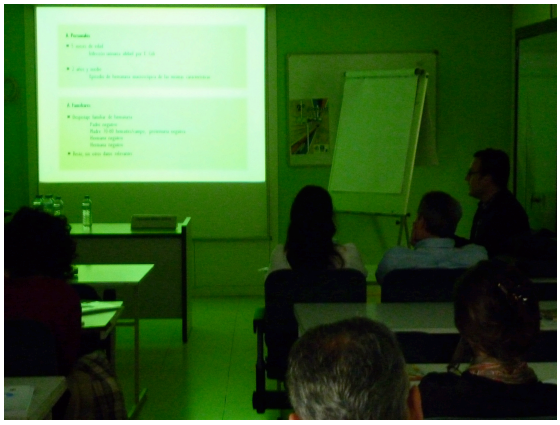
7 .La intervención sobre la alimentación del niño sano en la temprana infancia tiene pocas evidencias científicas. Debemos tener presente siempre los aspectos culturales asociados. Solo la introducción del gluten no antes del 4 mes ni después del 6 y coincidiendo con la lactancia natural, asi como la introducción de la leche de vaca

alrededor del año de vida poseen una adecuada evidencia científica para ser recomendadas en el momento actual sin ninguna duda.

8 .Las maniobras que se realizan para retraer el prepucio en la temprana infancia no están indicadas y pueden conllevar efectos secundarios indeseables.

RESULTADOS DEL FORO PROFESIONAL:

1. En la Asamblea General se tomó la decisión de realizar un estudio sobre la forma de contratación que llaman Pediatría de Área y que en muchas ocasiones es utilizada de forma inadecuada lo que conlleva riesgos para la calidad de la atención pediátrica que reciben algunos niños.
2. Tras el estudio y según sus resultados se emprenderán las acciones más oportunas a diversos niveles para que aquello no siga ocurriendo.



1. Lugar de Celebración: Sede en Oviedo del Colegio Ofiical de Médicos de Asturias.

2. Programa social: comida de confraternidad.

3. Programa científico:

Entrega de documentación
16.30
Inauguración
16.45 – 18.00
Conferencia inaugural
El programa de supervisión de salud en la infancia (PSI) parte central de la pediatría en atención primaria. **"**Maleficiencia**"** en los programas de prevención. Prevención cuaternaria.
Ponente:
Dr. Javier Soriano Faura.
Centro de atención primaria docente "Fuensanta.DSV-HG".
Centro con certificación de Calidad 2009 (INACEPS).
Premio Salud y Sociedad 2010. Generalitat Valenciana.

Moderador:
Dr. Luis Miguel Fernández Cuesta.
Pediatra. C.S. de Grado.
18.00
Descanso-café
18.15 - 20.30
Pósteres y comunicaciones orales
Moderadora:
Dra. Isabel Mora Gandarillas.
Pediatra. C.S. de Infiesto.
VIERNES:
17 de mayo de 2013
9.00 - 13.30
Talleres simultáneos
(Pausa-café a la mitad)
1. Lo viejo y lo nuevo de la prevención en la infancia en atención primaria.
Lo práctico de la actividad preventiva en la infancia.
Ponente:
Dr. Javier Soriano Faura.
Pediatra. Centro de atención primaria docente "Fuensanta.DSV-HG".
Centro con certificación de Calidad 2009 (INACEPS).
Premio Salud y Sociedad 2010. Generalitat Valenciana.
Moderadora:
Dra. Mª Cristina de la Infiesta.
Pediatra. C.S. de Vegadeo.
2. Nefrourología Pediátrica.
Discusión de casos clínicos.
Ponentes:
- Hematuria.
Dr. Flor Ángel Ordóñez Álvarez.
Pediatra. AGC de Pediatría. HUCA (Oviedo).
- Incontinencia-Enuresis.
Dra. Elena Taborga Díaz.
Pediatra. C.S. de Llanera.
- Infección de orina.
Dr. José Manuel Fernández Menéndez.
Pediatra. Hospital de Cabueñes (Gijón).
Moderador:
Dr. Venancio Martínez Suárez.
Pediatra. Vicepresidente de la SEPEAP. C.S
Seminarios
9.00 – 11. 00
A. De los espárragos a la micro albúmina.
Pruebas funcionales renales en la práctica clínica diaria en
Atención Primaria. (Se aconseja llevar una calculadora).

Ponente:
Dr. Víctor García Nieto.
Pediatra. Presidente de la Asociación Española de Nefrología Pediátrica.
Sº de Pediatría. Hospital Virgen de la Candelaria (Tenerife).
Moderadora:
Dra. Mª Ángeles Ordóñez Alonso.
Pediatra. C.S. de Laviana.
(Pausa-café)
11.30 – 13.30
B. Enfoque quirúrgico de la patología genitourinaria en la edad pediátrica.
Ponente:
Dr. Víctor Álvarez Muñoz.
Cirujano Pediátrico. AGC de Pediatría. HUCA (Oviedo)
Moderadora:
Dra. Mª Ángeles Ordóñez Alonso.
Pediatra. C.S. de Laviana.
Seminarios
9.00 – 11. 00
A. De los espárragos a la micro albúmina.
Pruebas funcionales renales en la práctica clínica diaria en Atención Primaria. (Se aconseja llevar una calculadora).
Ponente:
Dr. Víctor García Nieto.
Pediatra. Presidente de la Asociación Española de Nefrología Pediátrica.
Sº de Pediatría. Hospital Virgen de la Candelaria (Tenerife).
Moderadora:
Dra. Mª Ángeles Ordóñez Alonso.
Pediatra. C.S. de Laviana.
(Pausa-café)
11.30 – 13.30
B. Enfoque quirúrgico de la patología genitourinaria en la edad pediátrica.
Ponente:
Dr. Víctor Álvarez Muñoz.
Cirujano Pediátrico. AGC de Pediatría. HUCA (Oviedo)
Moderadora:
Dra. Mª Ángeles Ordóñez Alonso.
Pediatra. C.S. de Laviana.
14.00
Comida de trabajo
(Hotel Barceló)

Viernes
17 de mayo de 2013

16.30 – 18.30
Mesa Redonda
Daño renal en niños con infección urinaria y/o anomalías congénitas del sistema urinario y/o reflujo vésicoureteral.
Ponente:
Dr. Fernando Santos Rodríguez.
Pediatra. Catedrático de Pediatría, Universidad de Oviedo.
Director del AGC de Pediatría del HUCA (Oviedo)
La pre-litiasis del niño y el nefrólogo.
Ponente:
Dr. Víctor García Nieto.
Pediatra. Presidente de la Asociación Española de Nefrología Pediátrica.
Sº de Pediatría. Hospital Virgen de la Candelaria (Tenerife).
Moderador:
Dr. Francisco Javier Fernández López.
Pediatra. C.S. de Nava.
18.30
Asamblea General de la AAPap

- ✓ Pósteres y Comunicaciones: Se presentaron 9 trabajos con participación de pediatras, enfermeras, y personal de otros estamentos de la sanidad y servicios sociales. La mayoría de ellos eran colaborativos.

4. El libro de ponencias y los pósteres presentados están accesibles en: http://www.aepap.org/asturiana/

5. Repercusión en los medios: ha tenido una moderada repercusión en radio, prensa, TV de la Comunidad Autónoma, etc. El Presidente de la Sociedad realizó varias entrevistas para diversos medios.

- Sesiones clínicas: Son organizadas en la mayor parte de las Áreas Sanitarias de Asturias, apoyadas por las diferentes Gerencias; la programación es realizada por los propios pediatras, y están impulsadas y apoyadas por la Asociación, se informa de las mismas, de forma específica, a los pediatras del área correspondiente, también se envía información a todos los pediatras de los eventos que se producen en las diversas Áreas. Todas se celebran en horario laboral. El promedio de duración de las mismas es de 2 horas al mes.

- **Colaboraciones con la Administración regional:**

  - Comité Asesor de vacunas.
    El Director General de Salud Pública, en la entrevista que mantuvo con el Presidente le comunicó la nceesidad de renovar el comité al haberse cumplido los plazos reglamentarios. La Junta Directiva acordo mantener a nuestro actual representante, D. Luis Miguel Fernández Cuesta y así se lo comunicó al Diretor General.
  - Grupo de trabajo: Indicadores de calidad de prescripción farmacológica.
  - Estamos participando en el Grupo Coordinador Pediátrico en el SESPA que elabora: Programa de Salud Infantil, PRANA –Asma-, PADAI –déficit auditivo-, Maltrato Infantil, Adopción e inmigración, Atención Temprana, Niños en Riesgo de Exclusión Social, Lactancia Materna, Obesidad, TDAH y procesos relacionados, Patologías Crónicas de baja prevalencia, y Pruebas Diagnósticas y Procedimientos Terapéuticos en Pediatría de Atención Primaria. La actualización del Prana ha sido presentada. El programa de salud infantil, del niño en riesgo de exclusión está pendiente de la adaptación a OMI por los informáticos del SESPA, y el programa de pruebas diagnósticas y procedimientos terapuéticos ha sido entregado al Coordinador del grupo. En los últimos meses se ha detenido la actividad de este Grupo pese a nuestra insistencia ante diferentes cargos de la Admon. Autonómica. Esperemos poder reanudar el trabajo una vez resuelto el actual conflicto sanitario.
  - Estamos colaborando en el Grupo constituido por la Consejería de Sanidad sobre Estrategía Pediátrica de la Comunidad Autónoma.
  - Hemos participado con Amamantar, organización de apoyo a la lactancia materna, UNICEF, y la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, en la Semana Mundial de la Lactancia Materna en Asturias. Así mismo, participamos en la Conferencia de Prensa en Oviedo, por el mismo motivo, y con las mismas organizaciones, con presencia de medios audiovisuales y escritos.
  - Hemos participado en la Comisión Coordinadora de la UGC de Pediatría del HUCA que intenta mejorar temas de coordinacion con Atención Primaria.

- **Colaboraciones con otras Entidades y Asociaciones:**

  - Estamos colaborando con la Plataforma para la Defensa de la Sanidad Pública, en la que estamos integrados, para defender la misma en el Sistema de Salud Asturiano.
  - Participamos en un Grupo de la anterior palataforma que está estudiando medidas para la desmedicalización de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma.

- **Actividades profesionales:**
  - Estamos desarrollando una estrategía a nivel de la Comunidad Autonoma, en fase preliminar de estudio, mediante un grupo creado "ad hoc" , y a nivel de la AEPap para valorar la repercusión en el Principado y nacional de la figura del Pediatra de Area. Deseamos impulsar la creación de un grupo profesional dentro de la AEPap que aborde estos temas profesionales a nivel nacional.

- **Actividades de investigación:**

  - Continua adelante el proyecto MORBIGUARD sobre enfermedades en niños que asisten a Guarderías. Fue presentado a diversos congresos nacionales, y en nuestro segundo congreso.

- **Formación:**
  - Se ha acreditado la Jornada de Otoño por la Comisión de Acreditación de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Principado de Asturias.
  - Se continúa con la Formación continuada de los Pediatras de Atención Primaria en todas las Áreas, vinculándola, a ser posible, con la de los Pediatras de Especializada, procurando que existan sesiones conjuntas, específicas y acreditadas, que incluyan casos clínicos que involucren a los dos niveles asistenciales.
  - Se ha impulsado la adquisición de la revista FApap por parte de un número significativo de Pediatras asturianos, a través de un acuerdo entre la editora y nuestra Asociación, que esperamos y deseamos pueda incremetarse en el futuro.
  - Se ha impulsado una negociación que permita que la revista FAPap esté incluida dentro de la oferta formativa del Area Sanitaria III.
  - Se ha incluido enlaces a PAP dentro de la oferta formativa de la intranet del Area Sanitaria III.
  - Estamos desarrollando un proyecto para el desarrollo de nuestra propia página web, con el proposito de potenciar las actividades formativa en linea.

En Asturias, a 1 de Octubre de 2.011.

Fdo.

José Ignacio Pérez Candás. Presidente. Francisco Javier Fernández López. Secretario.