



BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACION ASTURIANA DE PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

OTOÑO 2.013

Nº 34.



CONTENIDO :

EDITORIAL

FORMACION

RELACIONES CON LA AEPap.

EDITORIAL



En este boletín os enviamos los resultados de nuestro último Congreso. Ha sido grande el esfuerzo realizado desde la Junta Directiva para su organización, y aunque los comentarios de los asistentes nos animan, no estamos satisfechos con la asistencia, porque pese a todas las dificultades existentes, de las que somos conscientes, creemos que se pueden mejorar a ese nivel los resultados. Tampoco la repercusión informativa tiene toda la importancia que nosotros deseáramos, pero en los tiempos que corren los medios audiovisuales y la prensa escrita llenan sus espacios con otros eventos.

A mitad de la legislatura de la Junta General del Principado y del Gobierno de Asturias debemos decir que lo que empezó con muchas sombras, tardes, bajada de retribuciones, etc. presenta algunos claros, que nos llenan de satisfacción, como la cooperación que en algunas Áreas Sanitarias se comienza a visualizar entre la AP y la Atención Hospitalaria en forma de sesiones conjuntas, protocolos comunes, formación, puesta en marcha de un proyecto para impulsar la seguridad de los pacientes y la calidad, etc. todos ellos temas abordados con el Consejero en la reunión mantenida con nuestro Presidente al comienzo de la legislatura y en los que había coincidencia sobre la importancia que tienen para la Atención Primaria.

A través del Presidente hemos establecido contactos con el Servicio de Salud, respondiendo a una invitación de la Dra. Elvira Muslera de cara a reactivar el Grupo Coordinador Pediátrico que se estableció hace años entre la AAPap y el SESPA para actualizar algunas enfermedades prevalentes en la Pediatría de Atención Primaria. También han sido convocados por la Consejería de Sanidad, el Presidente y la Dra. Begoña Domínguez, que fue la coordinadora del grupo que elaboró el Programa de Salud Infantil, que deseamos sea implantado en la Comunidad Autónoma por el Servicio de Salud.

Seguimos reclamando en las instancias administrativas correspondientes, que las tardes sean dedicadas a actividades formativas e investigadoras, con escaso éxito hasta la fecha, si bien es cierto que algunas de las mismas como la próxima Jornada de Otoño en Gijón o las próximas reuniones entre la UGC de Pediatría del HUCA y la Pediatría de Atención Primaria del Área Sanitaria IV van a ser realizadas en ese horario y con la posibilidad de acudir para todos los pediatras que trabajen en ese momento.

Defenderemos, como siempre, que además puedan compensar horario los que acudan a actividades formativas vespertinas, que estén en consonancia con los objetivos estratégicos del Servicio de Salud, y no coincidan con su jornada laboral vespertina.

Nuestro III Congreso que se celebrará los días 8,9 de Mayo en Oviedo en el sede del Colegio Oficial de Médicos de Asturias y estará dedicado a las Urgencias Pediátricas.

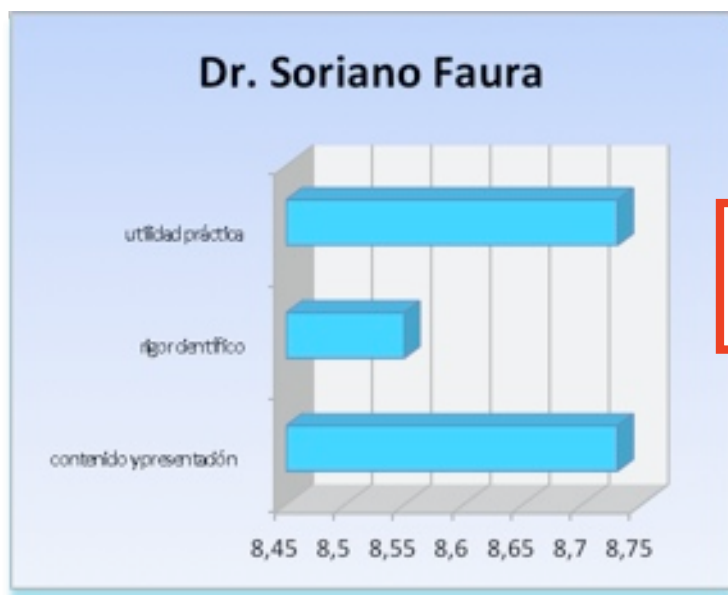
FORMACION



✓ **II** CONGRESO AAPAP-2.013.

ESTADISTICAS:

1. Conferencia inaugural

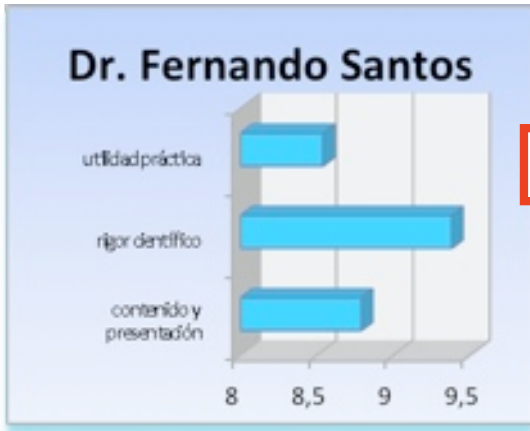


Comentarios:
“excelentemente comunicada”



2-Mesa redonda

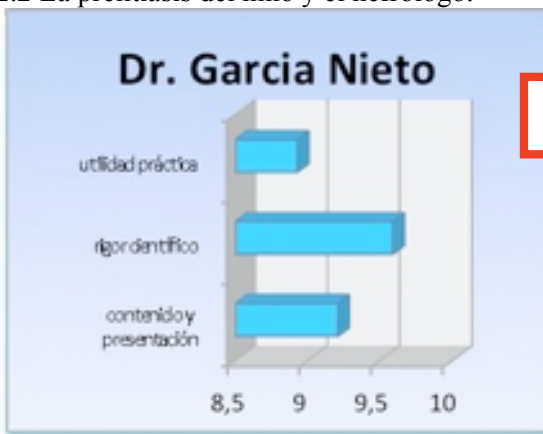
Daño renal en niños con infección urinaria y/o anomalías congénitas del sistema urinario y/o reflujo vésicoureteral



Comentarios: **“me encantó”**



2.2 La prelitiasis del niño y el nefrólogo.

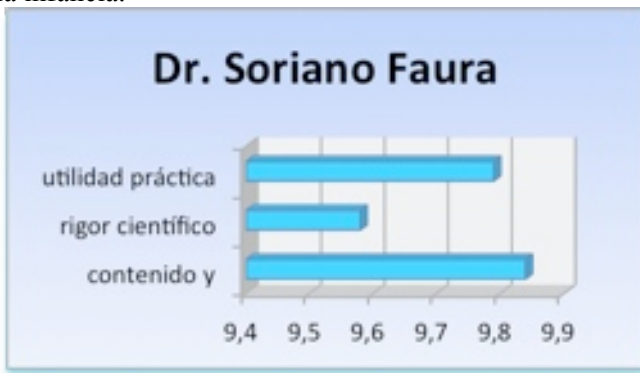


Comentarios: **“excelentes”**

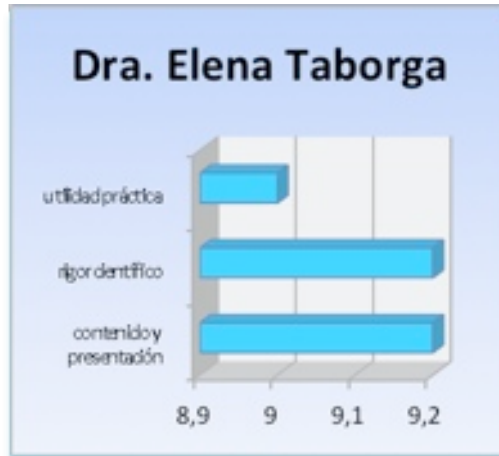
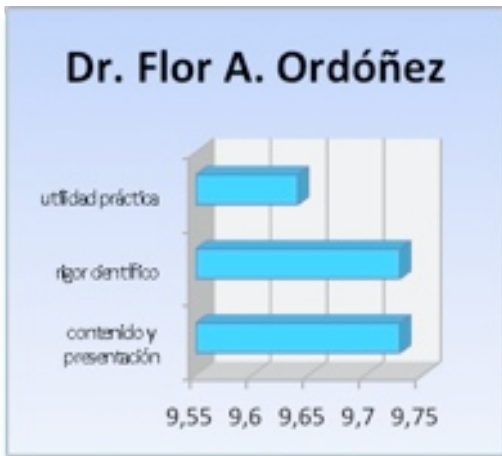


3-Talleres:

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.

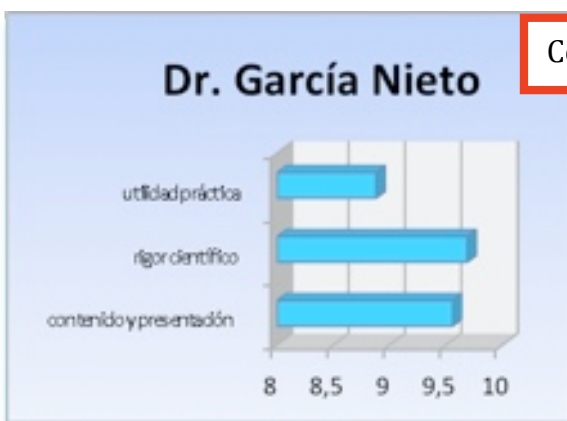


3.2 Problemas nefrourológicos en el niño.



4-Seminarios:

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

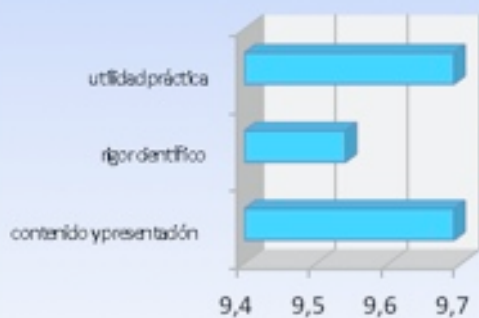


Comentarios: **"una maravilla"**



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

Dr. Alvarez Muñoz



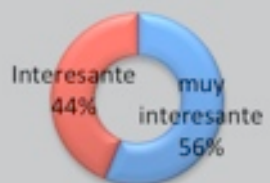
Comentarios: “Muy divertido y práctico”, “excelente”



ENCUESTA DE EVALUACION FINAL

Nº de encuestas recogidas: 16

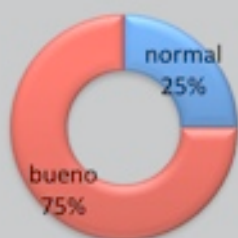
Globalmente la reunión ha sido:



Para la práctica diaria los temas tratados han sido:



Valoración del local donde se celebró la reunión:



La organización de la reunión ha sido:



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

CRÉDITOS:



Madrid, 10 de abril de 2013

A/R Dr. José Ignacio Pérez Cerdán. Presidente de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPAP)
Dr. Luis Miguel Fernández Cuesta. Responsable de la actividad. Vocal de Formación de la AAPAP

El Grupo de Validación de Actividades Docentes (GT-VAD) de la AEP ha valorado positivamente la acción formativa "II Congreso (XII Reunión Anual) de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria" presentada el día 12 de marzo de 2013 con número de registro 20130312-02-PPa14, y la considera

RELEVANTE PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL de los pediatras a los que va dirigida y que CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES BÁSICOS DE CALIDAD.

Destacamos como aspectos muy positivos del congreso, la relevancia de los contenidos, el análisis de la pertinencia, la definición concreta de los objetivos docentes, y la cuidada selección y calidad de los ponentes.

Le transmitimos nuestra felicitación y le agradecemos su interés por la validación por la AEP.

Un cordial saludo,

Ángel Carrasco

Fdo. Ángel Carrasco
Secretario General AEP



AEP

**COMISION ACREDITADORA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS,
VALIDACION POR LA AEP,
DECLARADA de INTERES SANITARIO por la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.**

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 diagnóstica 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 hipercalcemia idiopática (HI) se define por un aumento mantenido en la eliminación urinaria de calcio, en ausencia de hipercalcemia y de otras causas conocidas de hipercalcemia. 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)/ creatinina (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 litiasica 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 m²), 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 sistemática 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 subureteral 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.

Así garantizaremos la beneficencia 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, así 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.

EVENTOS PRÓXIMOS

- **Jornada de Otoño** :se desarrollará en el Colegio de Médicos de Gijón, de acuerdo al siguiente programa:

PROGRAMA

16:30 h Presentación

Purificación López Vilar

Pediatra Centro de Salud Puerta de la Villa (Gijón)

16:40 h Problemas nefrourológicos en el niño : aproximación en la consulta de A.P.

Venancio Martínez Suárez

Pediatra Centro de Salud de El Llano (Gijón)

17:25 h Hematuria

Florángel Ordóñez Álavarez

Pediatra Hospital Central de Asturias (Oviedo)

18:10 h Incontinencia-Enuresis

Elena Taborga Díaz

Pediatra Centro de Salud de Posada de Llanera

18:55 h Evaluación

SOLICITADA ACREDITACIÓN

INSCRIPCIÓN GRATUITA

-**III Congreso, XIII Reunión Anual**, se desarrollará los días **8,9 de Mayo de 2.013** en las instalaciones del Colegio Oficial de Médicos de Asturias en Oviedo. Se dedicará a las Urgencias Pediátricas.

COMIDA DE CONFRATERNIDAD Y HOMENAJE A COMPAÑEROS





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



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



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

ASAMBLEA GENERAL:



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.

NOTICIAS AEPap.

Dentro de las múltiples actividades que se desarrollan en la misma, debemos destacar que estamos trabajando para elaborar documentos que posicionen a la AEPap en temas candentes de carácter profesional, como:

-Figura del Pediatra de Área.

-Guardias en Hospitales de los Pediatras de Atención Primaria y libranza de las mismas.

RELACIONES INSTITUCIONALES

A través del Presidente hemos establecido contactos con el Servicio de Salud, respondiendo a una invitación de Dra. Elvira Muslera de cara a reactivar el Grupo Coordinador Pediátrico que se estableció hace años entre la AAPap y el SESPA para actualizar algunas enfermedades prevalentes en la Pediatría de Atención Primaria. También han sido convocados por la Consejería de Sanidad, el Presidente y la Dra. Begoña Domínguez, que fue la coordinadora del grupo que elaboró el Programa de Salud Infantil, que deseamos sea implantado en la Comunidad Autónoma por el Servicio de Salud.

JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACION ASTURIANA DE PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA

Asturias, Octubre de 2013.