



ASOCIACIÓN ASTURIANA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

VIII CONGRESO XVIII REUNIÓN ANUAL

2019

30 y 31 de Mayo Oviedo



Solicitada
Acreditación

Comisión de Formación Continuada

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Comisión de Acreditación de Formación Continuada de Profesionales Sanitarios del Principado de Asturias

AEP

Actividad Validada por el CEADC
20190410-01-Pap8



SALUDA DEL PRESIDENTE

Estimados socios:

Deseo daros la más cordial bienvenida a nuestro congreso. Un año más, afrontamos la formación de los asociados como uno de los retos más importantes de nuestra sociedad científica. Así damos cumplimiento a nuestros estatutos, que centran en las necesidades sanitarias de la infancia su principal objetivo, porque resulta indispensable en el mundo actual dar prestaciones sanitarias de calidad y seguras y ello no es posible sin una adecuada actualización de los conocimientos.

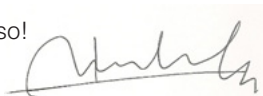
Quiero agradecer a los ponentes su altruista disponibilidad para realizar su cometido docente. A nuestro vocal de formación, a los miembros del Comité Científico, del Comité Organizador y a la Junta Directiva de la AAPap, su esfuerzo continuado a lo largo del año para dar cumplimiento a nuestro principal activo: el Congreso.

Este año abordaremos en los talleres y seminarios temas variados que van desde la elaboración del duelo a las emergencias pediátricas o la coordinación con neurocirugía. En la conferencia inaugural presentaremos la nueva estación clínica de OMI que nos facilitará el trabajo en el futuro en el Servicio de Salud del Principado de Asturias. Finalmente, para concluir el congreso abordaremos la temática de las enfermedades infecciosas dentro de una mesa redonda.

Tendremos, así mismo, la presentación de comunicaciones y pósters al congreso que tanto éxito tiene año tras año.

Finalmente, quiero indicaros que de nuevo se convocan elecciones a la Junta Directiva de la AAPap. Os animamos a participar tanto en la presentación de candidaturas como en la votación de las mismas que se producirá durante el Congreso. Nuestra sociedad científica es hoy un referente para la sociedad asturiana en lo concerniente a la salud infantil, tanto en lo orgánico como en los determinantes sociales de la salud, y lo es a nivel político e institucional y en los medios de difusión impresa y audiovisual. Por ello, el compromiso de los socios con el gobierno de la misma es imprescindible para dar continuidad a lo realizado desde su fundación.

¡Nos vemos en el congreso!



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

Vocales:

Ana Pérez Vaquero
Sonia Alonso Álvarez
M^a Teresa Benito Martín
M^a Cristina de la Infiesta Álvarez
Purificación López Vilar
Mercedes Sarmiento Martínez
Adela Gutiérrez Manzanedo
Diana Sánchez Solís
María Ángeles Ordoñez Alonso
Carolina Ruano Fajardo

Secretaría Técnica:

Ana Pérez Vaquero

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

Luis Miguel Fernández Cuesta

Secretaria:

Águeda García Merino

Vocales:

Leticia Alcántara Canabal
María Fernández Francés
Pilar Peláez García

PROGRAMA

Jueves, día 30

15:30

Recogida de documentación.

16:30

Inauguración.

17:00-18:00

Conferencia inaugural:

Nueva estación clínica de OMI.

Irene López Cobián

Coordinadora informática. Subdirección de Infraestructuras y Servicios Técnicos del SESPA.

Presentación: José Ignacio Pérez Candás

Presidente de la AAPap. Pediatra del Centro de Salud de Sabugo (Avilés)

18:00-18:30

Café.

18:30-20:30

Comunicaciones y posters.

Modera: Águeda García Merino

Pediatra del Centro de Salud Vallobín (Oviedo)

Viernes, día 31

TALLERES:

09:00 a 13:30

Abordaje de las emergencias pediátricas en Atención Primaria.

Ramón Fernández Álvarez

Pediatra del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)

Javier González García

Pediatra del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)

Modera: María Ángeles Ordoñez Alonso

Pediatra del Centro de Salud de La Corredoria (Oviedo)

PROGRAMA

09:00 a 11:00

Peculiaridades del trauma craneal en la edad pediátrica.

Patricia Barrio Fernández

Neurocirujana del Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo)

Modera: Francisco Javier Fernández López

Pediatra del Centro de Salud de Nava

11:30 a 13:30

Duelo en la infancia.

Patricia Díaz Seoane

Psicóloga clínica. Fundación Mario Losantos del Campo (Madrid)

Modera: José Ignacio Pérez Candás

Pediatra del Centro de Salud de Sabugo (Avilés)

(Pausa-café a las 11:00)

14:00 a 15:30

Almuerzo (Real Club de Tenis de Oviedo) y homenaje a los compañeros jubilados.

16:00-17:30

Mesa redonda: Infectología Pediátrica.

Valor del laboratorio de virología para la Pediatría de Atención Primaria.

Marta Elena Álvarez Argüelles

Bióloga. Sección de Virología del Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo)

Valor del laboratorio de parasitología para la Pediatría de Atención Primaria.

Ana Pérez García

Microbióloga. Sección de Parasitología del Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo)

Consumo de antibióticos en Pediatría de Atención Primaria.

Laura Calle Miguel

Pediatra del Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo)

Modera: Mercedes Sarmiento Martínez

Pediatra del Centro de Salud de La Corredoria (Oviedo)

17:30-17:40

Clausura y entrega del Premio a la mejor comunicación

17:45-19:00

Asamblea General

CONFERENCIA
INAUGURAL

ECAP Asturias: Renovación de la estación clínica de Atención Primaria

Irene López Cobián.

Coordinadora informática. Subdirección de Infraestructuras y Servicios Técnicos del SESPA.

En el Principado de Asturias la implantación de una estación clínica en AP se inició a finales de los años 90, utilizando la solución OMI-AP de la empresa STACKS. Se trata de una arquitectura cliente/servidor distribuida, con 90 bases de datos. Esta solución venía condicionada por las restricciones tecnológicas y de comunicaciones del momento. A día de hoy resulta imprescindible una renovación tecnológica y la adopción de un modelo de base de datos único.

El proyecto de dotar de una nueva Estación Clínica a la Atención Primaria del Principado de Asturias (ECAP Asturias), se enmarca dentro del Plan Estratégico de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias para la Atención Primaria (AP). Este plan pretende impulsar la AP como eje nuclear del sistema sanitario público, que garantice la continuidad asistencial, actuando como gestor y coordinador de casos. El proyecto ECAP Asturias alinea sus requisitos con este marco estratégico.

Así pues desde la Consejería de Sanidad y con la colaboración Servicio de Salud del Principado de Asturias y la financiación de la Unión Europea (a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional en el marco del Programa Operativo FEDER de Asturias 2014-2020) se ha iniciado un proceso para la sustitución de OMI-AP por una nueva Estación Clínica en Atención Primaria o ECAP Asturias.

El proceso de licitación se ha visto afectado por la nueva Ley de Contratos del Sector Público 9/2017, que entró en vigor el 9 de marzo de 2018 y que obliga a la Administración Pública a cambiar los procesos de contratación, a una mayor transparencia, la obligatoriedad de justificación del presupuesto estimado indicando específicamente los costes laborales, cambios en el Perfil del Contratante, etc.

Dada la magnitud y complejidad del concurso, desde la Consejería se constituyó un grupo de trabajo formado por profesionales del ámbito de Atención Primaria y con representación de las áreas sanitarias en el que se revisaron las necesidades funcionales a cubrir, se registraron y priorizaron las aportaciones de cada uno de sus componentes y se elaboró un informe de conclusiones.

Como resultado de estos trabajos se elaboró el Pliego de Prescripciones Técnicas

(PPT) para la adquisición de la estación clínica, que ha de suponer la renovación tecnológica y el cambio de modelo desde la arquitectura distribuida a una arquitectura centralizada, respetando y consolidando las funcionalidades que aporta el sistema actual e incorporando nuevos procesos tanto para los profesionales como para los pacientes que colaboren en la mejora de la calidad de la atención sanitaria.

Entre los servicios incluidos en el contrato, debido a su importancia para garantizar la continuidad de la actividad asistencial en los centros de AP, se destacan:

- Integración con aplicaciones corporativas: que incluye la implantación de las integraciones actualmente operativas y de nuevas integraciones que permitirán avanzar en la continuidad asistencial y mejorar la accesibilidad por parte de pacientes y profesionales.
- Migración: que incluye los procedimientos para traspasar los datos al nuevo sistema debiendo garantizar la no pérdida de datos.
- Formación: que se realizará mediante el método de formación básica de la herramienta por parte del adjudicatario y formación de referentes formadores.
- Gestión del cambio: que permita la puesta en marcha del nuevo sistema minimizando el impacto en la actividad de los centros.

A nivel funcional los requerimientos se estratificaron en tres niveles:

- Funcionalidades tipo A: deben estar disponibles en el momento de la presentación de la propuesta técnica.
- Funcionalidades tipo B: deben estar disponibles cuando se inicie el pilotaje de la solución.
- Funcionalidades tipo C: no son obligatorias pero aportan valor a la oferta.

En un proyecto estructurado en 4 fases:

- Fase 1: suministro, adaptaciones y pruebas (20 meses)
 - Suministro de software, instalación y puesta en marcha en los entornos de desarrollo y preproducción.
 - Análisis e identificación de requerimientos técnicos y funcionales.
 - Desarrollo de las adaptaciones y configuraciones necesarias según los requerimientos A, B (obligatorias) y la C (opcionales) que hayan sido ofertadas.
 - Desarrollo de las integraciones.
 - Elaboración de planes de Pruebas y documentación técnica y funcional.
 - Formación.
- Fase 2: Migración y Pilotaje (6 meses)
 - Pruebas y validaciones del proceso de migración en los entornos de desarrollo y preproducción.
 - Instalación de la solución en producción.
 - Migración, puesta en marcha y pilotaje de 4 Zonas Básicas.
 - Formación y soporte in-situ.

- Fase 3: Despliegue en el resto de los centros (18 meses)
 - Migración y puesta en producción de ECAP-Asturias en el resto de los centros.
 - Formación y soporte in-situ al arranque de los centros.
- Fase 4: Servicios post-implantación (8 meses)
 - Optimización del sistema.
 - Activación y configuración de las funcionalidades que no hayan sido puestas en marcha durante la fase de despliegue.

Las integraciones entre sistemas son a día de hoy un elemento fundamental y merecen mención aparte.

Se establecen dos categorías: las que actualmente ya se encuentran operativas y que habrán de ser migradas al nuevo sistema y las de nueva implantación:

- Lista de integraciones actualmente operativas:
 - Gestión de usuarios: autenticación de usuarios usando el LDAP y la Gestión de Identidades (GID) del SESP.A.
 - SIPRES: Sistema poblacional y de recursos sanitarios. Facilita el identificador único de pacientes CIP Autonómico.
 - eMPI: Índice maestro de pacientes, relaciona los CIP Autonómicos con los centros o sistemas en los que hay información.
 - Historia Resumida de Salud. Acceso a la información relevante de la HC del paciente desde cualquier centro o sistema.
 - Gestión de peticiones: incluye el envío de peticiones y recepción de resultados (informes e imágenes).
 - Recepción de informes realizados en el Hospital no solicitados desde Atención Primaria.
 - Receta electrónica y visado electrónico, mediante servicios web
 - Gestión de peticiones de analítica mediante intercambio de ficheros y mensajería HL7 dependiendo del laboratorio.
 - Cita web.
 - Sistema de Información de Cribado de Cáncer Colorrectal.
 - Gestión de la IT mediante intercambio de ficheros: comunicación diaria de partes.
 - HCDSNS: Generación de informes de forma dinámica, actualmente se publican el Informe Clínico de Atención Primaria y el Informe de Historia Resumida.
 - Telemedicina: Tele dermatología, Teleoftalmología y Consulta Virtual.
 - Descargas de datos para otros sistemas de información: SIAP, RAM, información para su envío al INSS, etc.
 - Integraciones con otras herramientas como la Guía Terapéutica de a SEMFYC o el Observatorio de Salud de Asturias (OBSA).
- Lista de integraciones de nueva implantación:
 - Gestión de Incapacidad Temporal mediante mensajería con comunicación bidireccional Atención Primaria – Inspección.
 - Recursos sanitarios: actualización de centros, puestos, profesionales y ocupación de puestos a partir de la información de SIPRES.
 - Base de datos Corporativa de Medicamentos: actualización periódica de

- medicamentos y productos sanitarios o acceso on line a la BDCM en el momento de la prescripción.
- Registro Anticipado de Instrucciones Previas (RAIP)
 - Sistemas de Información Poblacionales: actualización de datos o marcas que permitan a la los profesionales disponer de información sobre el estado del paciente.
 - Sistema corporativo de Facturación
 - Certificado y Firma Electrónicos: integración con la plataforma corporativa de certificado electrónico.
 - Sistema corporativo de envío de SMS a pacientes.
 - Tratamiento Anticoagulante Oral (TAO): incorporación de los INRs del paciente, las dosis y el informe de tratamiento.
 - Quejas y reclamaciones.
 - Continuación de Cuidados: integración con los sistemas de Atención Hospitalaria permitiendo incorporar información codificada de los planes de cuidados de enfermería definidos con las taxonomías NNN.
 - Integración con dispositivos médicos permitiendo envío de peticiones y recepción de resultados (ecógrafos, electrocardiogramas, espirómetros, captadores de imágenes digitales odontológicas, etc.)
 - Anatomía Patológica: envío de peticiones y recepción de resultados.

Para la evaluación de las ofertas, debido a que los criterios de adjudicación dependen en un 60% de juicios de valor, es necesaria la creación de un comité formado por expertos especializados en la materia objeto del contrato, cuyo número debe ser como mínimo de 3.

La Consejería constituyó un Comité de expertos multidisciplinar, formado por miembros de 5 sociedades científicas y personal técnico experto en TIC y Atención Primaria cuyas funciones serían la valoración de las ofertas de acuerdo a los criterios de adjudicación descritos en el expediente y la elaboración de un informe para la Mesa de Contratación en el que se debería describir y justificar la puntuación asignada a cada oferta.

Para organizar y facilitar el trabajo del dicho Comité, en las sesiones presenciales con los licitadores se estableció un guión preciso con horarios y bloques de funcionalidades a tratar durante las tres jornadas presenciales dedicadas a cada licitador.

Como resultado del proceso de evaluación el Comité emitió un Informe de Valoración Técnica y Funcional donde se detalla la metodología de evaluación y los puntos obtenidos en cada apartado.

Finalmente se presentó una sola empresa al concurso, se realizó el proceso completo de valoración y se adjudicó a la empresa STACKS, que presentó el producto OMI-COLORS, y será por tanto la base de la futura Estación Clínica de Atención Primaria de Asturias.

La nueva herramienta de estación clínica a implantar contemplará la estructura organizativa de la Atención Primaria de un Servicio de Salud incorporando también la posibilidad de incluir Centros sociosanitarios. Mantendrá una estructura de la

historia clínica de forma similar a OMI-AP, basada en los episodios del paciente a los que se asocian todos sus actos clínicos. Asimismo, incorporará herramientas de comunicación directa con el paciente que permiten consulta virtual o intercambio de información sanitario-paciente entre otras novedades importantes. Todo ello persigue una mejora de la calidad de la asistencia prestada y la posibilidad de incorporar nuevos circuitos con una tecnología renovada.

Superadas la elaboración del pliego, licitación, valoración y adjudicación, se inicia la ejecución del proyecto, empezando por la entrega del Plan de Proyecto por parte del adjudicatario en el que se describen los principales hitos y tareas de cada una de las fases:

- Suministro, adaptaciones y pruebas del software:
 - Lanzamiento del proyecto,
 - Análisis, diseño y desarrollo de software.
 - Puesta en marcha en los entornos de desarrollo y preproducción.

- Migración y Pilotaje de 4 zona básicas:
 - Certificación del entorno de producción para piloto.
 - Pruebas de migración.
 - Pilotaje en 4 zonas básicas de salud, para lo cual se llevará a cabo un simulacro de migración de cada zona, formación a los usuarios, migración a producción y soporte post-implantación.

- Despliegue en el resto de los centros:
 - Simulacro de migración.
 - Formación a los usuarios utilizando para ello la base de datos de su centro ya migrada a la nueva plataforma.
 - Soporte post-implantación.

- Servicios post-implantación, en la que se realizará, además del soporte necesario después del arranque, la activación y configuración de las funcionalidades que no se hayan puesto en marcha durante la fase despliegue debido a su complejidad o al impacto que pueden tener en los ciudadanos.

Actualmente nos encontramos en la primera fase, de suministro del software, adaptaciones y pruebas.

Se han instalado los entornos de desarrollo y preproducción y a día de hoy se está finalizando el Análisis de las integraciones actualmente operativas, mientras paralelamente el proveedor ha comenzado con su implementación.

También se ha comenzado con el análisis de los procesos de migración, siendo la normalización una de las tareas más importantes, con objeto tanto de mejorar la gestión y explotación de los datos como de avanzar en la interoperabilidad con otros sistemas de nuestra Comunidad Autónoma, nacionales y europeos.

Para la realización de estas tareas se han definido una serie de grupos de trabajo, algunos de los cuales ya han comenzado a desarrollar sus funciones:

- Sistemas: encargado de instalar y configurar la infraestructura hardware y software del sistema, así como de supervisar y validar su funcionamiento correcto a lo largo de la vida del proyecto realizando las pruebas de rendimiento y las configuraciones técnicas necesarias.
- Integraciones: encargado de definir junto con el proveedor los requerimientos técnicos y funcionales de las integraciones de la estación clínica con el resto de sistemas de información.
- Normalización: encargado de definir los estándares que debe cumplir la aplicación: codificación CIAP, CIE, Snomed, ISO, etc. así como la unificación de catálogos necesaria de cara a la centralización: especialidades, centros de derivación, pruebas de interconsulta, etc.
- Migración: encargado de revisar y validar el proceso de migración de los datos de la actual plataforma OMI-AP a la nueva estación clínica.
- Adaptaciones Funcionales: encargado de definir las adaptaciones que se deban implementar en la nueva aplicación para que se ajuste al modelo de trabajo de nuestros centros de Atención Primaria.

Este proyecto se ha concebido desde sus inicios como un trabajo de equipo, en el que están participando profesionales de distintos roles y con distintas visiones de la Organización, con el objetivo de disponer de una herramienta que se defina y adapte a las necesidades del ámbito de Atención Primaria además de facilitar su interoperabilidad con el resto de sistemas de información.

TALLERES

TALLER 1

Aproximación inicial a la urgencia pediátrica en Atención Primaria

Ramón Fernández Álvarez.

Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón).

Javier González García.

Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón).

INTRODUCCIÓN

La evaluación en urgencias de un niño es diferente a una exploración clínica convencional.

Requiere una secuencia muy priorizada en la que se integren la evaluación y las intervenciones críticas necesarias para preservar las funciones vitales.

La valoración en urgencias es un proceso diferente al del diagnóstico.

El objetivo fundamental es identificar los aspectos anatómicos y fisiológicos anormales, la estimación de la gravedad de la lesión o enfermedad y la determinación de la necesidad de tratamiento urgente.

OBJETIVOS

- Conocer los conceptos básicos de la valoración del niño grave y saber actuar en las situaciones de niño críticamente enfermo.
- Conocer las actuaciones iniciales específicas en urgencias de Pediatría.
- Saber aplicar las técnicas y procedimientos en urgencias de Pediatría.

SECUENCIA DE VALORACIÓN PEDIÁTRICA EN URGENCIAS

La valoración en urgencias es una evaluación clínica cuyo objetivo es identificar aspectos fisiológicos y anatómicos anormales, determinar su gravedad y las necesidades de tratamiento urgente.

La utilización de una secuencia ordenada nos ayudará para asegurarnos una reanimación organizada y a no pasar por alto alteraciones fisiológicas o lesiones importantes.

Secuencia de valoración pediátrica urgente:

1. Impresión general (Triángulo de valoración pediátrica)
2. Valoración primaria: ABCDE
3. Valoración secundaria (Valoración adicional): Historia clínica, exploración enfocada.
4. Valoración terciaria (diagnóstica)
5. Revaloración.

1.- Impresión general. Triángulo de Valoración Pediátrico.



La evaluación inicial del paciente pediátrico en urgencias consiste en una evaluación rápida del estado fisiopatológico del paciente.

El objetivo es obtener una impresión general o diagnóstico fisiopatológico, que nos permitirá identificar alteraciones funcionales y anatómicas y determinar la gravedad y la urgencia con la que debemos intervenir.

Esto se realiza con el Triángulo de Valoración Pediátrico (TEP).

El TEP es una herramienta rápida, sencilla y útil para valorar a niños de todas las edades con cualquier enfermedad o lesión.

Se basa en escuchar y ver, no requiriendo ningún tipo de instrumento. Se puede realizar en 30-60 segundos.

No es una herramienta diagnóstica, sino una herramienta que facilita la evaluación fisiológica inmediata en circunstancias de urgencia, que requieren la toma de decisiones rápidas relacionadas al soporte vital.

Componentes del TEP.

- Apariencia
- Trabajo Respiratorio
- Circulación Cutánea

Describimos cada uno de los lados del triángulo:

1.- Apariencia.

La apariencia refleja lo adecuado de la ventilación, oxigenación, perfusión cerebral y función del sistema nervioso cerebral.

Debemos fijarnos en el tono, la mirada, el llanto, la interactividad... según entra el niño en la consulta, observarlo a distancia, permitir que esté con su madre.

La apariencia anormal puede ser causada por falta de oxígeno, alteración en la ventilación o perfusión cerebral. Puede deberse a problemas sistémicos.

Una apariencia alterada de manera clara nos informa de que el niño está gravemente enfermo o lesionado.

Cuando la apariencia está alterada se denomina: Disfunción Cerebral primaria

2.- Trabajo Respiratorio.

El trabajo respiratorio nos informa del esfuerzo del niño por compensar anomalías en la oxigenación o ventilación.

Podemos observar ruidos respiratorios anormales, la posición que adopta, las retracciones.

Una apariencia normal con un trabajo respiratorio anormal se denomina Dificultad respiratoria.

Una apariencia anormal, con un trabajo respiratorio anormal, se denomina Fallo Respiratorio.

3.- Circulación Cutánea.

El objetivo de una rápida valoración circulatoria es determinar si el gasto cardiaco y la perfusión de los órganos vitales son adecuados.

Deberemos observar la presencia de palidez, cianosis, cutis marmorata.

Un aspecto normal, con trabajo respiratorio normal y alteración de la circulación cutánea se denomina Shock Compensado.

Un aspecto anormal con trabajo respiratorio normal y alteración de la circulación cutánea se denomina Shock Descompensado.

Apariencia	Trabajo respiratorio	Circulación de la piel	Impresión general
Anormal	Normal	Normal	Disfunción cerebral 1ª Problema sistémico
Normal	Anormal	Normal	Dificultad respiratoria
Anormal	Anormal	Normal	Fracaso respiratorio
Normal	Normal	Anormal	Shock compensado
Anormal	Normal	Anormal	Shock descompensado
Anormal	Anormal	Anormal	Fracaso cardiopulmonar

Combinar los tres componentes del TEP nos puede responder a tres preguntas:

- ¿Cuál es la anomalía fisiológica más probable?
- ¿Qué gravedad tiene la enfermedad o lesión del niño?
- ¿Con qué rapidez debemos actuar y qué tipo de tratamiento debemos dar?

2.- Evaluación Pediátrica Primaria. Evaluación ABCDE.

Es una evaluación práctica de la función respiratoria, cardíaca y neurológica, que incluye la valoración de las constantes vitales y la determinación de la saturación de oxígeno.

La evaluación primaria se hace de forma ordenada y sistemática desde la valoración de la A hasta la E.

1. Vía Aérea (A):

La valoración y tratamiento de la vía aérea es la prioridad inicial de cualquier niño críticamente enfermo.

En este primer apartado se evalúa la permeabilidad de la vía aérea superior, para lo que se debe comprobar si el paciente respira o no y, en caso de que respire, valorar la existencia de algún ruido respiratorio audible sin fonendoscopio (estridor o gorgoteo) que haga sospechar que pueda existir obstrucción de la vía aérea superior. En caso de que se trate de un politraumatizado, el control cervical es este apartado es importante.

Actuación / intervención en la A:

- Administrar oxígeno
- Técnicas de desobstrucción
- Aspiración de secreciones
- Colocación de cánula orofaríngea

2.- Ventilación (B):

El objetivo en esta etapa es la detección y tratamiento de lesiones con riesgo inminente de muerte, mediante semiología: inspección, palpación, percusión, auscultación. La valoración de la B incluye:

- Frecuencia Respiratoria
- Signos de trabajo Respiratorio
- Inspección rápida del tórax
- Percusión del tórax
- Auscultación Pulmonar.
- Medidas a realizar: Monitorizar la Saturación de Oxígeno.

3.- Circulación (C):

Este tercer paso consiste en la evaluación del estado hemodinámico del niño.

El objetivo es el reconocimiento y tratamiento precoz del shock.

Debemos valorar:

- Frecuencia Cardíaca
- Pulsos periféricos y centrales
- Perfusión cutánea
- Ritmo cardíaco
- Monitorización cardíaca y toma de la tensión arterial.
- Obtener una vía venosa y administrar líquidos (suero salino a 20 ml/kg).

4.- Neurológico (D):

Valoración del estado neurológico, mirando pupilas (simétricas, reactivas, tamaño) y la Escala Neurológica AVPN:

- A: alerta
- V: responde verbal
- P: responde al dolor
- N: no responde

5.- Exponer (E):

Desnudar al paciente, visualizar otras lesiones y taparlo.

Peculiaridades del traumatismo craneal y raquimedular en niños

Patricia Barrio Fernández.

Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo)

INTRODUCCIÓN

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es una frecuente urgencia pediátrica, siendo en países desarrollados la primera causa de muerte infantil entre 1 - 14 años.

El manejo del TCE está encaminado a identificar la presencia de lesiones intracraneales (hematoma epidural, subdural, contusión...) y prevenir y tratar las lesiones secundarias (hipertensión endocraneal, lesiones hipóxico - isquémicas...)

La monitorización clínica exhaustiva y continua es la base fundamental del control en el lugar del accidente y posteriormente.

- Evaluación inicial y resucitación. ABC + D
- Alteración nivel de consciencia. Escala de Glasgow (> y < de 5 años)
- Alteraciones pupilares
- Signos de hipertensión endocraneal
- Signos de focalidad neurológica
- Signos sugestivos de fractura de base de cráneo

La lesión medular aguda (LMA) es poco frecuente en la edad pediátrica pero sus consecuencias físicas y psicológicas son devastadoras.

Las peculiaridades anatómicas y dinámicas de la columna vertebral en la infancia condicionan la localización de las lesiones.

TIPOS MÁS FRECUENTES DE LESIONES CRANEALES EN NIÑOS

Hematoma epidural. Presentación clínica. Signos radiológicos. Tratamiento.

Fractura ping - pong. Presentación clínica. Signos radiológicos. Tratamiento.

TRAUMATISMO CRANEAL NO ACCIDENTAL. "SHAKEN BABY SYNDROM"
O SÍNDROME DEL NIÑO ZARANDEADO.

Descrito por Caffey en 1972, se considera forma de maltrato infantil aunque no siempre se realice con intención de dañar.

Características clínicas. Herramientas para el diagnóstico. Implicaciones legales.

CARACTERÍSTICAS DE LA EDAD PEDIÁTRICA DE IMPORTANCIA PARA LA LESIÓN MEDULAR

- Anatómicas.
- Generales.
- Psicosociales.

TIPOS DE LESIONES MEDULARES PRESENTES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

- Epidemiología.
- Mecanismos de lesión. Fisiopatología.
- Manifestaciones clínicas.
- Diagnóstico. Escala ASIA (American Spinal Injury Association). Pruebas de Imagen.
- SCIWORA (Spinal Cord Injury Without Radiographic Abnormality).
- Tratamiento en la fase aguda.

TALLER 1

Hablemos de Duelo en Pediatría

Patricia Díaz Seoane.

Fundación "Mario Losantos del Campo", Madrid.

Hablar de la muerte y del duelo en los niños es de manera habitual un tabú, se les aparta del dolor, pensamos que al ser niños perciben las cosas de manera diferente, no les enseñamos a afrontar la muerte como un hecho natural que forma parte de la vida y les desprotegemos.

Los niños no muestran el duelo como lo hacen los adultos y requiere que nos detengamos en sus procesos con otra mirada.

Trataremos de abordar qué aspectos son los que debemos tener en cuenta a la hora de distinguir si el niño requiere atención tras una muerte y también analizaremos distintas herramientas de abordaje de cara a proporcionar algunos recursos a los adultos responsables de esos niños.

Contemplaremos distintas etapas evolutivas y aquellos aspectos más relevantes y significativos, abordaremos lo esperable y por tanto lo normal y aquellos signos de alarma que deben mantenernos alerta ante la posibilidad de problemas en los más pequeños de la casa.

QUÉ ES EL DUELO

El duelo es un proceso que requiere tiempo, que sigue a la muerte de un ser querido, es dinámico y activo, es decir, no somos sujetos pasivos ante la muerte que vayamos a pasar por el duelo sin hacer nada, implica movilización de recursos. Este proceso es único, no hay un duelo igual a otro aunque compartan características similares.

Es un proceso NORMAL, así que no debemos alarmarnos durante un tiempo prudencial y requiere un trabajo personal que va en la línea de:

1. Aceptar la realidad de la pérdida.
2. Trabajar las emociones asociadas a la muerte
3. Aprender a vivir en un mundo en el que el fallecido está ausente.
4. Recolocarse emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.

Si atendemos al duelo infantil, veremos que es distinto de la experiencia adulta por muchos motivos, la vida de los niños es más rápida, tienen menos tiempo para dolerse y sus duelos suelen ser más cortos, difícilmente sus rutinas se ven afectadas, sus emociones se expresan de manera diferente a las del adulto, el concepto de muerte va evolucionando con la edad así que los más pequeños no tienen ese concepto

asimilado por completo, tienen muchos apoyos sociales y, en muchas ocasiones, la información acerca de la muerte es incompleta.

CONCEPTOS CLAVE PARA EXPLICAR LA MUERTE A LOS NIÑOS

Hay 4 conceptos principales para explicar la muerte a los niños que pueden garantizarnos su comprensión independientemente de la edad.

1. Irreversibilidad

Aunque es algo claro, el que se muere no vive más, el niño piensa que la muerte es un estado temporal, cuanto más pequeños más se da ese pensamiento. Somos nosotros los adultos los que confundimos al niño con mensajes del estilo "Ha subido", "Está", "Descansa en"... Piensan que el muerto temporalmente se ha ausentado pero que para ocasiones puntuales o festivas es posible que puedan encontrarse.

2. Universalidad

Los niños piensan en la muerte como un algo selectivo propio de enfermos o viejos. Se trata de hacerles entender que todos los seres vivos mueren, cuando entienden eso pueden comprender que ellos mismos van a morir o que sus seres queridos fuente de protección podrían morir y aparece temor ante esas posibilidades.

3. Interrupción de funciones vitales

Algo que parece muy sencillo y no lo es tanto, los muertos no ven, no oyen, no respiran, no sienten... Esto choca frontalmente con mensajes que dan los adultos acerca del recuerdo de los fallecidos. Así que trataremos de limitar las metáforas adultas que tanto confunden a los niños.

4. Hay una causa física

Se trata de que el niño entienda que las personas mueren por una causa física, se para el corazón, los pulmones dejan de respirar, el cerebro no funciona... No es a voluntad, ni por accidentes, ni de repente.

ASPECTOS NORMALES, SIGNOS DE ALARMA Y CÓMO AYUDAR SEGÚN EDADES

1. Del bebé a los 2 años

Lo normal tras una muerte significativa es que se encuentren irritables, con alteración del patrón sueño vigilia, dificultades en la alimentación y con regresiones.

Nos tiene que preocupar que los problemas de alimentación conlleven una pérdida de peso severa, que se muestren inconsolables y no cesen de llorar, que se disocien y muestren incapacidad para responder a las interacciones sociales, la falta de autonomía lograda y el insomnio prolongado.

Les ayuda que les dediquemos un tiempo y cuidado extra, que sus rutinas aparezcan mantenidas y con la mínima variación, que si sabemos que el que va a morir es el cuidador principal se pueda sustituir de manera previa y teniendo mucha paciencia.

2. Preescolares de los 3 a los 6 años

Lo normal a esta edad es que no entiendan los términos, que muestren conductas que comprueban la realidad de la pérdida, que aparezca mucha ansiedad de separación, cierta regresión en las conductas, pesadillas y aparezcan miedos.

Nos debemos preocupar cuando la ansiedad de separación es incapacitante y les impide estar solos, cuando las pesadillas son recurrentes, los miedos asociados les incapacitan para hacer cosas que anteriormente hacían, síntomas depresivos y negativa a comer.

Les ayuda que les garanticemos su cuidado y protección, que tratemos de responder a sus preguntas de manera honesta, el uso de un lenguaje adecuado, adaptado y que huya de metáforas que no puede comprender, que los distintos ambientes garanticen su seguridad, que les mostremos nuestras emociones y el uso de recursos adaptados a su edad.

3. Escolares de los 6 a los 10 años

Lo normal es que se den oscilaciones en la comprensión, que aparezca temor a la propia muerte y repunten todas las normas de seguridad, es normal que aparezca la tristeza en forma de enfado y agresividad, que se dé una bajada en el rendimiento escolar asociada a problemas de concentración y que haya un número elevado de preguntas e intereses morbosos.

Debemos preocuparnos ante somatizaciones, los síntomas depresivos, las bajadas drásticas de actividad, miedos incapacitantes, ansiedad de separación y todo aquello que repercute de manera significativa en lo que antes era su "vida normal".

Les ayuda ser tenidos en cuenta en las explicaciones y los ritos, respetar sus reacciones corrigiendo aquellas que pensemos que no son adecuadas, mantener sus rutinas intactas y realizando actividades que favorezcan el recuerdo.

4. Preadolescentes de los 10 a los 12 años

Es habitual que aparezca un primer cuestionamiento de las creencias que se tengan, que se den conductas que busquen mantener vivo al fallecido, que haya cierta negación ante el hecho de la muerte, cierta fantasía sobre la propia muerte, tristeza y desesperación y cierta reticencia a hablar de la muerte y una respuesta a roles impuestos o esperados tras el fallecimiento.

La alarma surge ante la incapacidad para retomar rutinas y actividades, el aislamiento social extremo, problemas médicos recurrentes y somatizaciones, problemas para dormir, exceso de responsabilidades y la tristeza extrema e incapacitante.

Les facilita la seguridad de sus cosas, conocer experiencias similares, búsqueda de otras figuras que faciliten la expresión emocional y el sentirse parte activa de todo.

5. Adolescentes hasta 18 años

Lo habitual es que nos encontremos cierto rechazo a hablar con los adultos más cercanos, la posibilidad de usar el pensamiento para plantear escenarios venideros reales, la posibilidad de que aparezca la ideación suicida, una gama de reacciones similares a las del adulto, un afán por proteger a los adultos que le rodean y evitar que sufran más, miedo a olvidar detalles del fallecido, ocultación del dolor y la asunción de roles propios del fallecido.

Nos debemos preocupar ante el aislamiento extremo, las caídas drásticas del rendimiento escolar, los cambios de humor e irritabilidad, la tristeza excesiva, la ideación suicida, la culpa que no cesa, la incapacidad para hacer cambios en las cosas del fallecido, los trastornos somáticos, los roles y responsabilidades excesivas que asumen y las conductas de riesgo.

Les ayuda cierta supervisión que respete el espacio que reclaman los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

Extraído de: Díaz Seoane P, Hablemos de Duelo. Manual Práctico para abordar la muerte con niños y adolescentes: Fundación Mario Losantos del Campo. 2016.

MESA REDONDA
"INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA"

Virus en Pediatría. Significado clínico y diagnóstico

*Marta Elena Alvarez Argüelles, Susana Rojo Alba, Santiago Melón García.
Sección de Virología. Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo)*

Desde que a finales del siglo XIX se descubriese el primer virus y después de la comprobación de su existencia con su visión en el microscopio electrónico 30 años más tarde, éstos han ido adquiriendo importancia a medida que se han relacionado con distintas patologías. Hoy en día se sabe que fueron los responsables de múltiples pandemias: rabia, viruela, gripe... En la virología moderna (finales del siglo pasado), empezaron a ser relevantes cuando comenzaron los trasplantes de órganos. Los virus siempre se relacionaron con los individuos con la inmunología comprometida (inmunodeprimidos, niños o ancianos), pero el VIH, a mitad de los 80 del siglo XX, puso de manifiesto que nadie era ajeno a ellos y que podía provocar desenlaces fatales.

Por regla general los virus causan cuadros leves, pero también están implicados en procesos graves y en cualquier tipo de síndromes: neurológicos, exantemáticos, respiratorios, gastrohepáticos,... Un virus puede provocar cuadros clínicos de todo tipo, aunque normalmente se suelen relacionar con determinada patología. En el laboratorio de Virología siempre se trabaja con perfiles diagnósticos atendiendo a los síntomas clínicos.

Los niños suelen responder bien a cualquier agresión inmunológica como puede ser una infección viral, pero son el colectivo más susceptible debido a su falta de defensas por la inmadurez de su sistema inmune. Esta infección viral suele afectar a todo un colectivo y no a un único individuo. Por ello, es en los niños donde se debería realizar un mayor esfuerzo diagnóstico.

En 2018 se procesaron cerca de 2000 exudados naso/faríngeos de niños con infección respiratoria y con muestras recogidas para diagnóstico bacteriológico/micológico. En ellos se encontraron virus en el 50% de los casos, bacterias en el 10% y coinfección en el 20%. Estos datos muestran la importancia de las infecciones virales en este grupo.

El diagnóstico viral puede ser muy sencillo. Normalmente, el virus penetra en el organismo a través de la vía oral, se disemina por vía hematógena y se excreta. Así pues, exudados respiratorios (nasales, faríngeos o nasofaríngeos) recogidos en el medio adecuado, sangre completa (con anticoagulante), heces y orinas son las muestras elegidas para conocer la etiología de una infección viral. Muestras poco agresivas y fáciles de recoger.

En cualquier caso, cualquier muestra (LCR, biopsias, exudados vaginales, exudados endocervicales, heridas, ...) puede ser válida para llegar al diagnóstico etiológico siempre que sea representativa de la patología que presenta el individuo.

Hasta hace un par de décadas, las técnicas de diagnóstico viral no eran complicadas, pero sí laboriosas, lentas y carecían de sensibilidad. La microscopía electrónica nunca fue una técnica de práctica rutinaria y está limitada a muestras donde no se encuentran virus ante la alta sospecha de su presencia. El cultivo celular convencional (7-10 días) o rápido (24-48 horas) precisa el resultado y permite encontrar virus inesperados. Además pone de manifiesto la capacidad replicativa del virus y por tanto de transmisión, pero es lento y poco sensible. Las técnicas de detección de antígeno sobre la muestra, que pueden realizarse en menos de 30 minutos, requieren poco procesado de la muestra pero también tienen una sensibilidad limitada.

Han sido las técnicas de amplificación genómica (rápidas, sensibles y específicas) las que han revolucionado el diagnóstico virológico y microbiológico. Estas técnicas permiten detectar virus que se escapan a los métodos convencionales, cuantificar la cantidad de virus sobre un denominador común celular (carga viral normalizada) o caracterizar los virus circulantes. Todos ellos marcadores que pueden aclarar e identificar con mayor precisión una infección.

El valor individual de la carga viral todavía está en discusión, aunque estudios realizados en el laboratorio sugieren que resultados superiores a 4/5 log en exudados respiratorios se relacionan con mayor agresividad. Lo que parece evidente es que es muy útil en el seguimiento de los pacientes y pueden clarificar el papel de unos patógenos u otros en las coinfecciones.

Por su parte, la caracterización viral permite conocer con mayor exactitud el virus causante de cada cuadro virológico (gripe A H1 ó H3, enterovirus D68 ó A71, ...) o buscar mutaciones que confieran resistencia a los antivirales (VIH, CMV, VHS, VZV, ...)

Confirmar la etiología viral de una infección permite afrontar con mayor seguridad el manejo del paciente y puede evitar tratamientos antibióticos innecesarios y hospitalizaciones. Sobre todo si este diagnóstico es rápido y se demuestra la ausencia de otros patógenos.

En el último congreso de la SEIMC se envió un trabajo de diagnóstico viral y actuación en Urgencias de Pediatría del HUCA donde pudimos observar, sobre 178 niños en los que se revisó la historia clínica, que se identificaron virus en el 78% de los casos y que sólo se instauraron antibióticos en el 7,5% de los mismos (en ocasiones por presentar una bacteria concomitante) y se ingresaron el 13% de los niños.

En muchas ocasiones las infecciones virales se manifiestan de forma epidémica por su alta capacidad de transmisión y por la variabilidad de cada especie. Conocer la etiología viral de cada proceso resulta de gran utilidad para explicar estos procesos.

Así pues, disponer de un diagnóstico viral rápido y sensible, además de las ventajas individuales y colectivas comentadas, permite aprender de la experiencia, adoptar las medidas más convenientes y reducir la carga sanitaria.

Valor del laboratorio de parasitología para la Pediatría de Atención Primaria

Ana Pérez García.

Sección de Parasitología. Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo)

La colaboración estrecha entre pediatras y microbiólogos facilita el alcanzar los objetivos diagnósticos, optimizando los recursos disponibles. El primero debe facilitar los datos clínicos y epidemiológicos de utilidad diagnóstica y el segundo debe dar a conocer las limitaciones y valores diagnósticos de las técnicas empleadas. Para cumplir este objetivo, se hace necesario llevar a cabo una revisión de las distintas técnicas diagnósticas disponibles en la actualidad para el diagnóstico microbiológico de las parasitosis intestinales, la adecuada toma de muestras y su correcta interpretación.

Las parasitosis intestinales frecuentemente cursan de manera asintomática o con síntomas abdominales inespecíficos. El estudio parasitológico en heces está especialmente indicado en los cuadros con diarrea prolongada o en eosinofilia. El aumento del número de eosinófilos en sangre, a veces acompañados de lesiones cutáneas, de partes blandas o de órganos internos puede deberse a la infección por parásitos intestinales, siendo raro en protozoos y frecuente en helmintos.

Tradicionalmente el diagnóstico microbiológico, tanto de los protozoos (amebas, flagelados, ciliados, coccidios) como de los helmintos (nematodos, cestodos y trematodos), se ha realizado por identificación microscópica de las formas parasitarias que se eliminan en las heces del paciente. Para incrementar el rendimiento diagnóstico es necesario utilizar técnicas de concentración y, en algunos casos, tinciones específicas. Estas determinaciones exigen la toma de muestras seriadas, son muy laboriosas, requieren de personal especializado y presentan limitaciones de sensibilidad y especificidad.

También existen técnicas especiales, válidas únicamente para determinados helmintos, como la cinta de Graham en el diagnóstico de *Enterobius vermicularis*.

Las técnicas moleculares han revolucionado el diagnóstico microbiológico y representan una interesante alternativa a los métodos convencionales debido a su rapidez y a su elevada sensibilidad y especificidad. La introducción de métodos de biología molecular en los laboratorios de parasitología, supone un gran apoyo a la hora de obtener diagnósticos sensibles y específicos en el menor espacio de tiempo posible. Estos métodos no sustituyen, sino que complementan a los métodos microbiológicos tradicionales. El uso combinado de todos ellos está llevando a resultados más fiables y eficaces.

En la actualidad la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) múltiple se aplica satisfactoriamente en el diagnóstico de protozoos (*Entamoeba histolytica*, *Cyclospora cayetanensis*, *Criptosporidium* spp., *Giardia lamblia*, *Dientamoeba fragilis*, *Blastocystis*

hominis), el aumento de sensibilidad respecto a las técnicas de concentración nos permite realizar un diagnóstico rápido y específico de estos parásitos con una única muestra de heces, evitando la toma seriada de muestras.

Los avances en el diagnóstico molecular de los helmintos intestinales no son tan significativos como en el de los protozoos, disponiendo en la actualidad únicamente de técnicas de PCR para *Strongyloides stercoralis*.

Blastocystis hominis es el protozoo más frecuentemente detectado en heces en nuestra área sanitaria. Puede transmitirse por contacto directo con otros humanos o animales, o por contacto indirecto, a través de alimentos y agua contaminados. Su patogenicidad continúa siendo controvertida. Este parásito ha sido detectado en heces de individuos asintomáticos y sintomáticos con prevalencias similares. La infección se ha asociado a signos y síntomas como diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, náuseas, anorexia, vómitos, fatiga, flatulencia, distensión abdominal y urticaria crónica. Sin embargo, otros autores han encontrado falta de correlación entre infección y presentación clínica. La mayoría de los estudios coinciden con el tratamiento antiparasitario únicamente en los pacientes sintomáticos monoparasitados con *Blastocystis* spp.

Dientamoeba fragilis es un protozoo flagelado de distribución mundial detectado con alta frecuencia en nuestro medio. El ciclo biológico completo de este parásito no se conoce con exactitud, probablemente se transmite por la ruta fecal-oral y se ha postulado también que la transmisión puede ser a través de los huevos de helmintos como *Enterobius vermicularis*. La no existencia de forma quística hace que no sea fácil su visualización por técnicas microscópicas y que su diagnóstico se base en la aplicación de técnicas de biología molecular. Se ha asociado principalmente a cuadros de dolor abdominal o diarrea, en ocasiones con eosinofilia. También es posible la existencia de portadores asintomáticos.

Consumo de antibióticos en Pediatría de Atención Primaria

Laura Calle Miguel.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo)

INTRODUCCIÓN

Los antimicrobianos se encuentran entre los medicamentos que más se utilizan de forma incorrecta. La principal consecuencia de un uso inadecuado y elevado de estos fármacos es la aparición y desarrollo de resistencias bacterianas 1,2. Los estudios de utilización de medicamentos (EUM) son aquellos que analizan la prescripción, dispensación y consumo de los mismos, de manera cuantitativa y/o cualitativa. Requieren la utilización de un sistema internacional único de clasificación de los medicamentos; el más utilizado es la clasificación anatómico-terapéutica-química (Anatomical-Therapeutic-Chemical, ATC). La dosis diaria definida (DDD) es la unidad técnica internacional de medida del consumo de medicamentos. Indica la dosis media diaria de mantenimiento de un medicamento utilizado para su principal indicación en adultos. La información se expresa habitualmente en número de DDD, ajustando por cada 1.000 habitantes de población y día, resultando el término DHD (número de DDD por 1.000 habitantes y día), lo que da una idea de la prevalencia del consumo y permite analizar el consumo evolutivo y hacer comparaciones entre regiones y países 3.

Existen varias organizaciones y proyectos a nivel mundial, europeo y nacional destinadas a monitorizar el consumo de antimicrobianos. En Europa, los proyectos ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumption) y EARS-Net (European Antimicrobial Resistance Network), vienen realizando un exhaustivo seguimiento del consumo de antimicrobianos a nivel extra e intrahospitalario y del desarrollo de resistencias bacterianas desde 1997 en más de 30 países europeos, entre los que se incluye España 4,5. Además, en 2014 fue aprobado el “Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos” (PRAN), por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como método de vigilancia de ambos problemas 1.

Existen grandes diferencias en el uso de antimicrobianos y, secundariamente, en el desarrollo de resistencias bacterianas en Europa, con un claro patrón Norte – Sur 4,5. En España, se estima que el 90% del consumo de antimicrobianos se produce a nivel extrahospitalario 6. Existen registros nacionales de consumo de antimicrobianos en ámbito extrahospitalario desde mediados de los años 80. El consumo aumentó hasta alcanzar 23,1 DHD en los años 1995-1996, Con el inicio de estrategias de intervención disminuyó hasta cifras mínimas de 18 DHD en 2001-2002; sin embargo, desde entonces ha ido en aumento progresivo y ha alcanzado en 2017 la cifra de 25,1 DHD, ocupando el sexto lugar en el consumo de antimicrobianos a nivel extrahospitalario en Europa 4,7-9. Existen escasos estudios que analicen el consumo de antimicrobianos de manera específica en la población pediátrica; se estima un elevado porcentaje de uso inadecuado, sobre todo por la sobreutilización de estos fármacos en procesos infecciosos de origen vírico 10.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo sobre el consumo de antimicrobianos de uso sistémico (grupo J01 de la clasificación ATC) en población pediátrica del Principado de Asturias en ámbito extrahospitalario entre los años 2005 y 2015. Se describe el consumo global y evolutivo y se compara el consumo entre las ocho áreas sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Se tuvieron en cuenta para el análisis los datos de población pediátrica protegida por Tarjeta Sanitaria Individual (TSI). La información sobre el consumo de antimicrobianos se obtuvo a través de la Sección de Farmacia de la Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios del SESPA, a partir de la base de datos de facturación mensual de recetas médicas oficiales del SESPA. Son, por tanto, datos de recetas de antimicrobianos prescritos por médicos a pacientes pediátricos y dispensadas en oficinas de farmacia del Principado de Asturias. Se utilizaron como indicadores de consumo: DHD, nº DDD/1.000 pacientes/año (para antimicrobianos con escaso consumo), porcentaje de DHD y el indicador de calidad J01_B/N (ratio de consumo de penicilinas, cefalosporinas y macrólidos de amplio espectro sobre los de espectro reducido).

RESULTADOS

El consumo medio de antimicrobianos de uso sistémico en ámbito extrahospitalario en el conjunto de la población pediátrica asturiana fue de 19,32 DHD (IC 95%: 18,37 – 20,27), con un aumento del 29,1% a lo largo del periodo de estudio 2005-2015. El consumo en la población pediátrica asturiana fue generalmente menor al observado en la población general española en el mismo periodo de tiempo 4, pero con una velocidad de aumento superior (figura 1).

Se observa una amplia variabilidad de consumo entre las áreas sanitarias. El Área III destacó por ser la de mayor consumo (consumo medio 26,72 DHD) y el Área IV la de menor consumo (consumo medio 15,29 DHD). La diferencia de consumo entre ambas áreas alcanzó 17,1 DHD en el año 2011. El consumo de antimicrobianos aumentó en todas las áreas sanitarias a lo largo del periodo de estudio, con un incremento máximo del 94,3% en el Área VIII.

Los grupos terapéuticos más consumidos fueron: J01C (β -lactámicos penicilinas; 15,92 DHD, 82,39%), J01F (macrólidos, lincosamidas y estreptograminas; 1,81 DHD, 9,38%) y J01D (otros β -lactámicos, 1,36 DHD; 7,03%).

Los principios activos más consumidos, por orden, fueron: amoxicilina-clavulánico (7,78 DHD), amoxicilina (7,6 DHD), azitromicina (0,96 DHD), cefuroxima (0,9 DHD) y claritromicina (0,69 DHD). En consumo de estos cinco fármacos supuso el 92,8% del consumo global de antimicrobianos en la población pediátrica asturiana y el consumo de los dos primeros supuso el 79,6%.

Grupo J01C (β -lactámicos penicilinas). El consumo de amoxicilina-clavulánico y amoxicilina aumentó a lo largo del periodo de estudio: 22,1% para amoxicilina-

clavulánico y 63,6% para amoxicilina. A partir del año 2012, el consumo de amoxicilina fue superior al de amoxicilina-clavulánico (figura 2). En el Área Sanitaria I el consumo de amoxicilina-clavulánico fue más del doble que el de amoxicilina.

Grupo J01C (β -lactámicos penicilinas). Los fármacos más consumidos en este grupo fueron cefuroxima y cefixima; ambos experimentaron un descenso en el consumo, sobre todo en el último año del estudio, explicado por el desabastecimiento y problema de suministro de soluciones orales en España (figura 3).

Grupo J01F (macrólidos, lincosamidas y estreptograminas). Se observa una relación inversa en el consumo de los fármacos más representativos de este grupo: el consumo de azitromicina en la población pediátrica asturiana aumentó un 136,4% mientras que el de claritromicina disminuyó 36,8%. Hasta el año 2008, predominó el consumo de claritromicina sobre el de azitromicina, invirtiéndose esta relación posteriormente y siendo en el año 2015 el consumo de azitromicina fue 3,25 veces superior al de claritromicina (figura 4). El consumo de azitromicina aumentó en todas las áreas sanitarias; en el Área II este incremento alcanzó 406% (figura 5).

Otros antimicrobianos: el consumo del grupo J01M (quinolonas) fue escaso, pero aumentó a lo largo del periodo de estudio, a expensas del consumo de ciprofloxacino (incremento del 190%). Se observó igualmente un aumento llamativo del consumo de tetraciclinas (110,7%), fosfomicina (108,9%) y nitrofurantoína (187,6%).

Indicador J01-B/N. La ratio de consumo de penicilinas, cefalosporinas y macrólidos de amplio espectro sobre los de espectro reducido osciló en torno a 20, con un valor máximo de 22,13 en 2006 y mínimo de 14,92 en 2014. Se observa una gran variabilidad de este indicador entre las diferentes áreas sanitarias, con una discreta mejoría a lo largo del periodo de estudio (figura 6).

CONCLUSIONES

El aumento del consumo de antimicrobianos es un problema a escala mundial, con importantes repercusiones socio-sanitarias, ecológicas y económicas. Es, por tanto, de suma importancia establecer estrategias de vigilancia para conocer el consumo en nuestro entorno sanitario y mejorar el uso de estos fármacos.

El consumo de antimicrobianos en ámbito extrahospitalario en la población pediátrica del Principado de Asturias aumentó un 29,1% a lo largo del periodo de estudio 2005-2015. Se observó una amplia variabilidad de consumo entre las diferentes áreas sanitarias, con tendencia al aumento en todas ellas. El consumo de amoxicilina-clavulánico fue superior al de amoxicilina. El consumo de azitromicina aumentó de manera llamativa en todas las áreas sanitarias. Si bien el consumo de quinolonas es aún escaso en la población pediátrica, este aumentó significativamente a lo largo del periodo de estudio. Se observó una discreta mejoría en el patrón en el uso de antimicrobianos en los últimos años del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitario; 2014. NIPO 681-14-003-2.
2. World Health Organization. Resistencia a los antimicrobianos [Internet]. Ginebra; 2018 [acceso el 2 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>.
3. Capella D, Laporte JR. Métodos aplicados en estudios descriptivos de utilización de medicamentos. En: Laporte JR y Tognoni G. Principios de Epidemiología del Medicamento. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1993. 67-94.
4. European Center for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption database (ESAC-Net) [base de datos en Internet]. Sweden: ECDC [actualizada el 23 de marzo de 2018; acceso el 17 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/surveillance-and-disease-data/database>.
5. European Center for Disease Prevention and Control. European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) [base de datos en Internet]. Sweden: ECDC [acceso el 24 de junio de 2018]. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/en/about-us/partnerships-and-networks/disease-and-laboratory-networks/ears-net>.
6. Albañil Ballesteros MR. Resistencias bacterianas y uso prudente de antibióticos. *Form Act Pediatr Prim*. 2014;7(2):63-66.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Nacional de Resistencia Antibióticos. [base de datos en Internet]. Madrid; PRAN [acceso el 24 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.resistenciaantibioticos.es/es>.
8. Lázaro Bengoa E, Madurga Sanz M, de Abajo Iglesias FJ. Evolución del consumo de tibióticos en España, 1985–2000. *Med Clínica*. 2002;118(15):561-568.
9. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Uso de antibióticos en España. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2010.
10. Baquero F, González J, Martínez D, Olmo V, Orero A, Prieto J. Importancia de la cobertura antimicrobiana y de las resistencias bacterianas en la elección de antibióticos en Pediatría. *Rev Esp Quimioter*. 2009;22(1):38-47.

FIGURAS

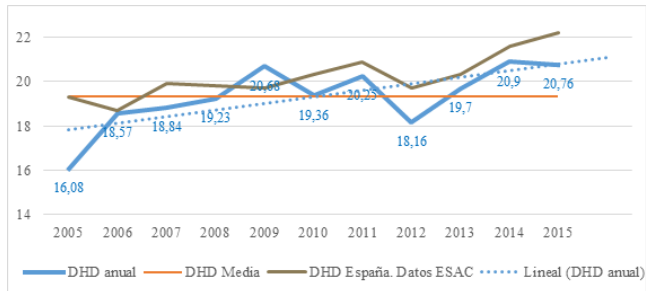


Figura 1: Consumo (DHD) evolutivo de antimicrobianos de uso sistémico (grupo J01) en la población pediátrica del Principado de Asturias y comparación con el consumo en la población general española.

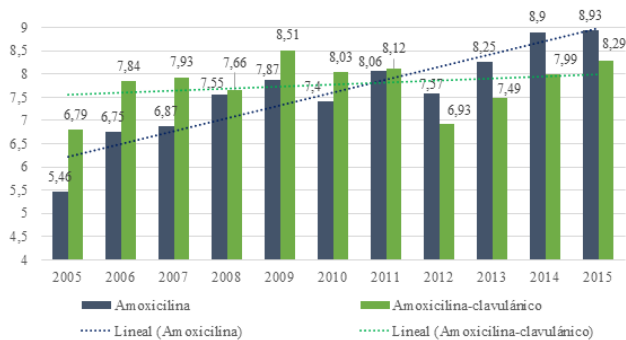


Figura 2: Comparación del consumo (DHD) evolutivo de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico en la población pediátrica asturiana.

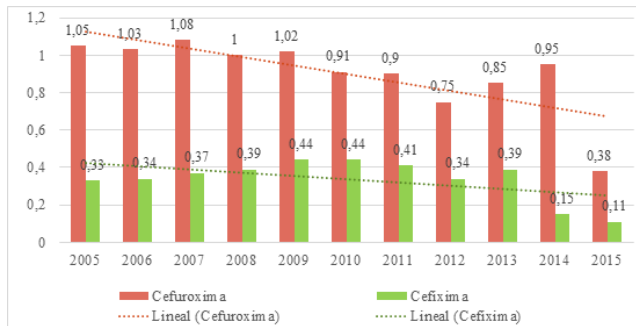


Figura 3: Consumo (DHD) evolutivo de cefuroxima y cefixima en la población pediátrica asturiana.

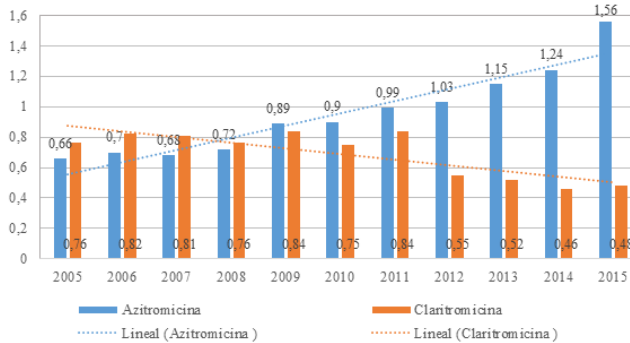


Figura 4: Consumo (DHD) evolutivo de azitromicina y claritromicina en la población pediátrica asturiana.

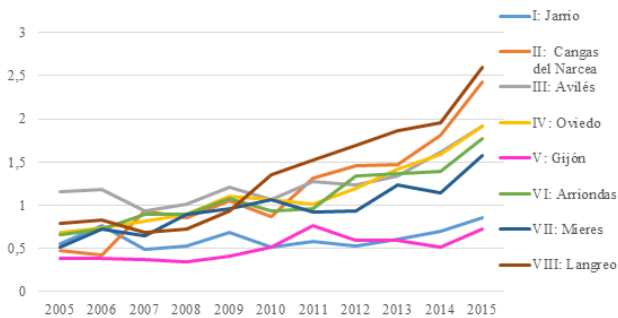


Figura 5: Consumo (DHD) evolutivo de azitromicina en la población pediátrica de las ocho áreas sanitarias asturianas.

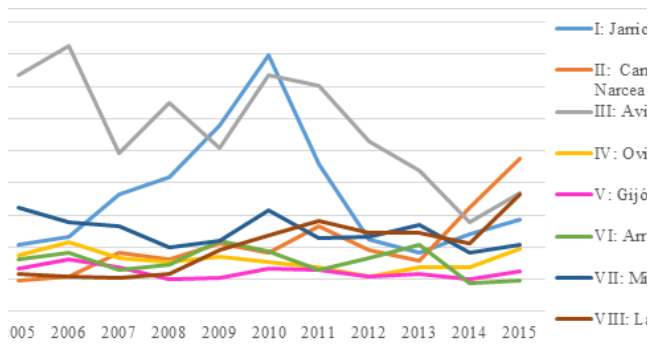


Figura 6: Evolución de la ratio J01_B/N en la población pediátrica de las ocho áreas sanitarias asturianas.

COMUNICACIONES
LIBRES

COMUNICACIÓN 1

ANOMALÍAS VASCULARES. EL DIAGNÓSTICO NO SIEMPRE ES TAN FÁCIL

<i>Suárez Villa</i>	<i>Laura</i>	<i>Facultad de Medicina de Oviedo</i>
<i>García Bormey</i>	<i>Dainis</i>	
<i>Sarmiento Martínez</i>	<i>Mercedes</i>	<i>CS La Corredoria</i>
<i>De Alaiz Rojo</i>	<i>Montserrat</i>	<i>CS La Corredoria</i>
<i>Fernández Francés</i>	<i>María</i>	<i>CS La Corredoria</i>

RESUMEN

Introducción:

El diagnóstico de las anomalías vasculares es principalmente clínico. Comunicamos tres casos de presentación atípica.

Casos clínicos:

Caso clínico 1: lactante de 45 días con antecedente de conjuntivitis que consulta por enrojecimiento en la comisura externa del ojo persistente. A la exploración se aprecia tumoración en borde interno del párpado superior derecho de color rojo brillante. Con la sospecha de hemangioma se inicia tratamiento con propranolol con buena respuesta.

Caso clínico 2: lactante con antecedentes de lactancia materna con muchas dificultades. A los 4 meses se objetiva tumoración en zona central del labio superior de color violáceo que se había atribuido a la ampolla de succión previa. Se deriva a Cirugía Infantil donde se diagnostica de hemangioma infantil vs malformación venosa y se decide actitud expectante.

Caso clínico 3: lactante de 4 meses con antecedente de conjuntivitis que consulta por catarro y febrícula. Se aprecia tumoración en región infraorbitaria derecha de consistencia gomosa e indolora. Se deriva a Urgencias donde es diagnosticada de viriasis y probable mucocelo. En consultas de Oftalmología se solicita ecografía y se confirma el diagnóstico de hemangioma. A los 5 meses se inicia tratamiento con propranolol con buena evolución.

Discusión:

La localización profunda o mucosa de las anomalías vasculares dificulta la sospecha clínica y puede retrasar el diagnóstico y tratamiento.

Los diagnósticos iniciales en estos tres casos fueron conjuntivitis, ampolla de succión y dacriocistitis vs mucocelo. La evolución diferente a la esperada y la ecografía en el último caso confirmaron las anomalías vasculares.

El pediatra de Atención Primaria tiene un papel fundamental en la sospecha precoz de las anomalías vasculares y tal como demuestran estos casos, debe tener un alto índice de sospecha y seguir muy de cerca aquellas patologías mucosas y de la piel que presentan una evolución diferente a la habitual.

COMUNICACIÓN 2

LA FRASE QUE CAMBIÓ UN DIAGNÓSTICO

<i>Lancieri</i>	<i>Maddalena</i>	<i>Erasmus Medicina</i>
<i>Rodríguez Ordoñez</i>	<i>Covadonga</i>	<i>Estud Medicina</i>
<i>Ordoñez Alonso</i>	<i>M^a Angeles</i>	<i>Ped CS la Corredoria</i>

RESUMEN

Una buena historia clínica tiene más valor para el diagnóstico que cualquier examen de la más alta tecnología de que se disponga.

En la época de formación, durante la carrera de Medicina, los aspectos relativos a la comunicación humana han caído sistemáticamente en el olvido: se asume que un profesional de la salud sabe entrevistar.

La comunicación es un proceso complejo de importancia primordial en la asistencia sanitaria.

Para realizar una consulta realmente eficaz, hemos de ser capaces de integrar cuatro aspectos que, en conjunto, determinan la competencia profesional: los "conocimientos médicos", las habilidades de comunicación, la habilidad para tomar decisiones y el manejo de las técnicas de exploración.

Todo el saber médico se trasmite cara a cara con los pacientes y aquí es igual de importante lo que se dice que el cómo se dice.

El médico debe saber escuchar a sus pacientes.

Presentamos dos casos clínicos en los que el motivo de consulta y el diagnóstico inicial cambiaron cuando una apreciación o un comentario de la familia, nos hicieron retomar la anamnesis o la exploración física. En ambos casos el diagnóstico final y el tratamiento fueron totalmente diferentes.

Conclusión:

El médico debe aprender a escuchar a sus pacientes de una manera bidireccional.

UNA PICADURA DE INSECTO DESPROPORCIONADA

<i>Menéndez Argüelles</i>	<i>María</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes MIR FyC</i>
<i>Zamora Yeves</i>	<i>Paula</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes MIR FyC</i>
<i>Álvarez Álvarez</i>	<i>Andrea</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes MIR Pediatría</i>
<i>Pérez Alba</i>	<i>Marta</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes MIR Pediatría</i>
<i>Fernández Rodríguez</i>	<i>Helena</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes MIR Pediatría</i>
<i>González Acero</i>	<i>Ana</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes MIR Pediatría</i>

RESUMEN

Antecedentes:

Las picaduras de insecto son un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. Por lo general, no suelen complicarse, pero en ocasiones pueden sobreinfectarse, o presentar reacciones inflamatorias, como el síndrome de Skeeter.

Caso clínico:

Presentamos el caso de un niño de 4 años que acude por eritema en región supraciliar derecha tras picadura hace 12 horas, con prurito intenso. Ya ha presentado varias picaduras con reacciones inflamatorias muy grandes o complicadas con celulitis. No tiene otros antecedentes personales de interés para el motivo actual de consulta. En la exploración física presenta, en la región supraciliar derecha, un área de 3-4 cm de diámetro, muy eritematosa y caliente al tacto. Se observa punto de inoculación central. No tiene secreción ni fluctuación ni dolor. El resto de la exploración por aparatos es normal. Dado el corto tiempo de evolución y las características de la clínica, pensamos que pueda tratarse de un síndrome de Skeeter, y decidimos tratarlo con antihistamínicos y corticoides orales. Tras 48 horas de tratamiento, la lesión desaparece.

Comentario:

El síndrome de Skeeter es una reacción inflamatoria gigante secundaria a picadura de mosquito. En ocasiones, los pacientes pueden presentar malestar, ampollas y áreas de inflamación mayores de 10 centímetros. Suele desarrollarse en las primeras 12-24 horas tras la picadura. Es importante conocer esta entidad para poder diferenciarla de una celulitis y evitar así tratamientos antibióticos innecesarios.

ADENOPATÍA CERVICAL QUE NO MEJORA

<i>Zamora Yeves</i>	<i>Paula</i>	<i>H. Universitario de Cabueñes. MIR FyC</i>
<i>Argüelles Menéndez</i>	<i>María</i>	<i>H. Universitario de Cabueñes. MIR FyC</i>
<i>González Acero</i>	<i>Ana</i>	<i>H. Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría</i>
<i>Álvarez Álvarez</i>	<i>Andrea</i>	<i>H. Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría</i>
<i>Gómez Farpón</i>	<i>Ángela</i>	<i>H. Universitario Central de Asturias. FEA Cirugía Pediátrica</i>
<i>Martínez Blanco</i>	<i>Jacinto</i>	<i>Centro de Salud del Coto. Pediatra</i>

RESUMEN

Antecedentes:

Las adenopatías cervicales son una consulta muy frecuente en Atención Primaria (AP). La etiología es variada.

Caso clínico:

Presentamos el caso de una niña de 4 años sin antecedentes reseñables. Consulta en AP por fiebre y tumefacción submandibular derecha. No refieren síndrome general, contacto con animales ni picaduras. Toma leche pasteurizada. No ha realizado viajes recientes. En la exploración física presenta bloque adenopático de 3x2 centímetros bajo el ángulo mandibular derecho, rodadero, doloroso a la palpación, sin aumento de temperatura ni eritema ni signos de fluctuación. Resto de la exploración normal. Se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral. Tras 2 semanas de tratamiento, persiste la adenopatía, aunque ha disminuido y la fiebre ha remitido. Se deciden solicitar pruebas complementarias; hemograma normal, bioquímica normal, VSG 37 mm, PCR 13 mg/L. La ecografía no presenta signos de complicación. Las serologías descartan infección aguda por VIH, Toxoplasma, CMV, Brucella, VEB, Bartonella henselae y VHS. Quantiferon negativo. Se inicia un segundo ciclo de antibiótico (amoxicilina-clavulánico) en espera de resultados, tras el cual persiste la adenopatía. Se remite al hospital y se ingresa con tratamiento antibiótico intravenoso. Dada la evolución tórpida de la adenopatía que persiste más de 4 semanas se deriva a Cirugía Pediátrica para exéresis. El estudio anatomopatológico la define como inflamación granulomatosa necrotizante sin signos de malignidad. En el cultivo de la muestra se aísla *Propionibacterium acnes*.

Comentario:

La mayoría de las adenopatías en niños son de causa infecciosa. En caso de persistir en el tiempo a pesar del tratamiento antibiótico, es necesario realizar pruebas complementarias para intentar filiar procesos menos frecuentes (tumores, micobacterias, vasculitis). La mayor parte del manejo puede realizarse desde AP. Sólo es necesario derivar al hospital en caso de que se necesiten pruebas invasivas (biopsia o cirugía).

TUMORACIÓN PREAURICULAR, ¿GANGLIO O PARÓTIDA?

<i>Rodríguez Fernández</i>	<i>Sandra</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>Álvarez Álvarez</i>	<i>Andrea</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>Fernández Rodríguez</i>	<i>Helena</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>Pérez Alba</i>	<i>Marta</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>Valverde Pérez</i>	<i>Noelia</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>González Acero</i>	<i>Ana</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>

RESUMEN

Niño de 5 años sin antecedentes de interés que consulta por inflamación en la mejilla izquierda de una semana de evolución. Al inicio asociaba fiebre y no presentaba otra sintomatología acompañante. Por sospecha de adenitis bacteriana se pautó tratamiento con amoxicilina-clavulánico, observándose al quinto día mejoría clínica (afebril y disminución de la tumefacción). En las últimas 24 horas previas a la consulta observan de nuevo aumento de la inflamación, por lo que acuden a urgencias.

En la exploración presenta triángulo de evaluación pediátrica (TEP) estable y se aprecia en la región preauricular izquierda una masa de 2x2 cm, de consistencia pétreo, poco móvil, bordes delimitados y ligeramente dolorosa a la palpación, con discreta tumefacción del resto de la mejilla sin borramiento del ángulo mandibular ni otros cambios inflamatorios. Se palpan numerosas adenopatías laterocervicales. Otoscopia y orofaringe normales. Se observan múltiples piezas dentales con caries.

Se solicita ecografía, que informan como "aumento generalizado del tamaño de la glándula parótida izquierda, con aumento de la ecogenidad y múltiples ganglios intraparotídeos. No se observan imágenes sugestivas de malignidad y el resto de glándulas salivales y cadenas ganglionares cervicales son de aspecto normal". Se decide alta con antiinflamatorios y antibiótico hasta completar 10 días. En revisión a las 2 semanas se objetiva resolución completa del cuadro.

La parótida es una glándula salival de localización preauricular con múltiples ganglios linfáticos intraparenquimatosos. En ocasiones, dichos ganglios pueden inflamarse, e incluso asociarse a una inflamación de la parótida o parotiditis, con aumento de la zona y borramiento del ángulo mandibular. La causa infecciosa vírica la más frecuente, pero existen otras como tumores, litiasis, etc. En caso de presentación atípica (unilateral, sin borramiento mandibular y características de alarma) puede confundirse con otras entidades y es importante descartar malignidad.

COMUNICACIÓN 6 (PÓSTER)

TUMORACIÓN ÓSEA NO DOLOROSA: ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO?

<i>Moya Dionisio</i>	<i>Vanessa</i>	<i>CS Naranco</i>
<i>González Álvarez</i>	<i>Carmen Elena</i>	<i>CS Posada de Llanera</i>
<i>Alcántara Canabal</i>	<i>Leticia</i>	<i>CS Paulino Prieto</i>
<i>López Martínez</i>	<i>Aránzazu</i>	<i>CS La Felguera</i>
<i>García González</i>	<i>Noelia</i>	<i>CS Teatinos</i>
<i>Rodríguez García</i>	<i>Lucía</i>	<i>HUCA</i>

RESUMEN

Introducción:

Ante una tumefacción de probable origen óseo en la infancia uno de los principales diagnósticos son los tumores malignos. Es importante una alta sospecha para un diagnóstico precoz. Sin olvidar otros posibles diagnósticos como tumores benignos, infecciones, cuerpos extraños...

Los osteocondromas son los tumores óseos más frecuentes, la mayoría asintomáticos. De origen cartilaginoso, pueden ser solitarios o múltiples (exostosis hereditaria múltiple)

Pueden localizarse en todos los huesos, aunque tienen predilección por la metáfisis de huesos largos.

Caso clínico:

Niño de 10 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, acude por prominencia no dolorosa en parte superior de pierna izquierda de reciente aparición. No antecedente traumático. No síntomas generales.

Se aprecia tumoración dura, inmóvil, en extremo proximal de la tibia. No dolor espontáneo ni a la palpación. No signos inflamatorios. Buena movilidad articular. Resto exploración física normal.

Radiografía simple ant-post y lateral urgente: superpuesto a la vertiente interna de la metáfisis tibial se identifica una estructura ósea que parece corresponder con exostosis. Se completa con RX oblicua: corresponde con un pequeño osteocondroma sénil que depende de la región interna de la metáfisis tibial.

Se deriva a Traumatología: actitud conservadora.

Comentarios:

Los osteocondromas son lesiones benignas formadoras de cartílago. Afectan sobre todo en las dos primeras décadas de la vida. Predomina en varones.

Las deformidades esqueléticas son la forma característica de presentación.

La complicación más importante es su posible transformación maligna (1% de los casos). Sospechase ante un crecimiento rápido o dolor.

Resección quirúrgica indicada si se encuentran cerca de un vaso, impide el movimiento articular normal, fracturas o sospecha de transformación maligna.

Ante la sospecha diagnóstica, es importante la realización de pruebas complementarias lo antes posible que permitan caracterizar la lesión.

COMUNICACIÓN 7

ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA ¿QUÉ CAUSAS HAY DETRÁS?

<i>González Acero</i>	<i>Ana</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría</i>
<i>Valverde Pérez</i>	<i>Noelia</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría</i>
<i>Rodríguez Fernández</i>	<i>Sandra</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría</i>
<i>Fernández Rodríguez</i>	<i>Helena</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría</i>
<i>Pérez Alba</i>	<i>Marta</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría</i>
<i>Pardo de la Vega</i>	<i>Rafael</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes. MIR Pediatría</i>

RESUMEN

Antecedentes:

Cuando un niño consulta por alteración del nivel de conciencia existe un amplio diagnóstico diferencial. Presentamos un niño con episodios recurrentes de alteración del nivel de conciencia en la que se entremezclan dos patologías que pueden cursar con clínica similar.

Caso clínico:

Niño de 3 años derivado a Urgencias desde el Centro de Salud por alteración del nivel de conciencia. Mientras estaba corriendo comienza con palidez facial y cianosis perioral. Acompañado de dolor abdominal. Posteriormente comienza con hipotonía generalizada y desconexión del medio. Exploración neurológica al llegar a urgencias normal. Como antecedentes personales, presentó a los 22 meses un episodio de invaginación intestinal documentada con ecografía y un mes después otro episodio en el que la ecografía visualizaba signos de invaginación resuelta. Ambos se presentaron como palidez facial, encogimiento de piernas, dolor abdominal, hipotonía y alteración del nivel de conciencia. Posteriormente presentó otros tres episodios. En todos ellos las ecografías abdominales fueron normales. Se había realizado electrocardiograma y electroencefalograma (EEG) con resultados normales.

En este nuevo episodio se solicita un nuevo EEG, que muestra descargas epileptiformes en la región parietal del hemisferio derecho. Se diagnostica de epilepsia parcial, se inicia tratamiento con oxcarbazepina, sin presentar nuevos episodios.

Comentarios:

Las invaginaciones intestinales provocan en muchas ocasiones alteración del nivel de conciencia por el dolor en lugar de la clínica típica. Por otro lado, la clínica presentada por el paciente podría justificarse con crisis epilépticas. Dado que en este caso la sospecha diagnóstica de crisis es alta, la normalidad del EEG inicial no nos debe de hacer descartarlas.

CEFALEA EN LA INFANCIA Y SIGNOS DE ALARMA

<i>Álvarez Álvarez</i>	<i>Andrea</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>Rodríguez Fernández</i>	<i>Sandra</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>Fernández Rodríguez</i>	<i>Helena</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>Pérez Alba</i>	<i>Marta</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>González Acero</i>	<i>Ana</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>Valverde Pérez</i>	<i>Noelia</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>

RESUMEN

Antecedentes:

La cefalea es uno de los principales motivos de consulta en pediatría. Presenta un pico de incidencia entre los 11 y 13 años en ambos sexos y, posteriormente, predomina en mujeres. No es una enfermedad en sí misma, sino la expresión de múltiples procesos. Aunque las causas más frecuentes de cefalea aguda y crónica en la infancia son las infecciones febriles y las migrañas, respectivamente, es importante identificar los signos de alarma.

Caso clínico:

Presentamos el caso de una niña de 11 años que acudió al servicio de urgencias pediátricas de nuestro centro por cefalea de un mes de evolución. Madre con antecedentes de migraña. No otros antecedentes reseñables.

La niña refería la cefalea, inicialmente, como frontal y pulsátil; no le despertaba del sueño y mejoraba con ibuprofeno. Sin embargo, el dolor se fue haciendo más intenso durante las últimas semanas y de carácter opresivo, sin mejoría con la analgesia y le despertaba por las noches. Los padres también referían síncope, vómitos y alteraciones en el comportamiento.

En la exploración física se apreció una palidez marcada y disminución de la actividad. Tendencia a lateralizar la cabeza hacia la izquierda y Romberg dudoso. Resto de exploración física normal.

Se solicitó una TC cerebral, apreciando una lesión ocupante de espacio cerebelosa, quística-sólida multiloculada con calcificaciones, que condicionaba un efecto masa, comprimiendo el tronco del encéfalo y produciendo hidrocefalia.

Se decidió traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario Central de Asturias, donde se realizó un drenaje ventricular urgente y se intervino a los 3 días, con buena evolución posterior. Estudio histopatológico posterior: astrocitoma pilocítico grado 1.

Comentario:

La realización de una historia clínica minuciosa, exploración física detallada y el conocimiento de los signos de alarma son fundamentales en la valoración de los niños con cefalea.

ORIGEN FAMILIAR Y PATOLOGÍA CRÓNICA EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA MULTICULTURAL

<i>Hernández Peláez</i>	<i>Lucía</i>	<i>HUCA</i>
<i>Carnicero Ramos</i>	<i>Sara</i>	<i>HUCA</i>
<i>Solís Sánchez</i>	<i>Gonzalo</i>	<i>HUCA</i>
<i>Mora Gandarillas</i>	<i>Isabel</i>	<i>C.S. Ventanielles</i>

RESUMEN

Objeto de trabajo:

Analizar la presencia de patología crónica en una población pediátrica con origen étnico diferente.

Material y métodos:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se revisan los registros en OMI-AP analizando la presencia y tipo de patología crónica en un cupo pediátrico del Centro de Salud de Ventanielles, que acuden de forma consecutiva programada o espontánea a la consulta, hasta obtener la muestra representativa de la población y se dividen en tres grupos: etnia gitana, inmigrantes y autóctonos no gitanos. Se comparan con la Encuesta de Salud Infantil de Asturias (ESIA 2017) y Encuesta de Salud Infantil en la Comunidad Gitana Asturiana (ESICGA 2014). Se realiza el análisis estadístico con SPSS v.18.

Resultados:

Muestra de 283 niños con edad media 74 meses, el 49,5% mujeres. Origen familiar: etnia gitana 33 niños (11,7%), inmigrante 68 (24%) y autóctono no gitano 182 niños (64,3%). 137 niños (48,4%) presentan patología crónica, frente a 29% en ESIA 2017. La prevalencia en los de etnia gitana (69,7%) es mayor que en autóctonos no gitanos (46,2%) e inmigrantes (44,1%) ($p < 0,032$). Las patologías más frecuentes fueron: asma (15,2%), dermatitis atópica (6,7%), obesidad (5,7%), rinitis alérgica (5,3%), alteraciones del comportamiento (4,6%) y alteraciones de refracción (3,5%). Los niños de nuestra población padecen más asma que los niños asturianos según ESIA 2017 (15,2 vs 9,5%). La prevalencia de asma fue superior en la población gitana (27,27%) frente a inmigrantes (7,35%) y autóctonos no gitanos (15,93%) y también respecto al de la población infantil de la comunidad gitana asturiana (27,27% vs 25%) (ESICGA 2014).

Conclusiones:

Existe mayor prevalencia de patología crónica respecto a los niños asturianos. Los de etnia gitana presentan más patología que los de otro origen familiar. El asma es la patología más frecuente, con una prevalencia superior a la referida para la población infantil de Asturias.

UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA MULTICULTURAL

<i>Hernández Peláez</i>	<i>Lucía</i>	<i>HUCA</i>
<i>Carnicero Ramos</i>	<i>Sara</i>	<i>HUCA</i>
<i>Solis Sánchez</i>	<i>Gonzalo</i>	<i>HUCA</i>
<i>Mora Gandarillas</i>	<i>Isabel</i>	<i>C. S. Ventanielles</i>

RESUMEN:

Objeto de trabajo:

Evaluar las diferencias en el uso de los recursos sanitarios en una población infantil con diferencias étnico-culturales

Material y métodos:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se analizan los registros en OMI-AP de todas las consultas realizadas en un año en AP, urgencias y consultas hospitalarias obteniendo datos de todos los niños de un cupo pediátrico del Centro de Salud de Ventanielles, que acuden de forma consecutiva programada o espontánea a la consulta, hasta obtener la muestra representativa de la población de estudio y se dividen en tres grupos: etnia gitana, inmigrantes y autóctonos no gitanos. Los datos se recogen de manera anónima y se comparan con la Encuesta de Salud Infantil de Asturias (ESIA 2017). Se realiza el análisis estadístico con SPSS v.18.

Resultados:

Muestra de 283 niños con edad media 74 meses, el 49,5% mujeres. Origen familiar: etnia gitana 33 niños (11,7%), inmigrante 68 (24%) y autóctono no gitano 182 niños (64,3%). La media de consultas/año fue 14,03, 11,19 y 10,75 respectivamente. Las diferencias en el número de consultas no son significativas ($p > 0,083$) aunque se observa mayor número de consultas en AP y hospital en la población de etnia gitana. Las 3180 consultas se distribuyen: 77,98% en AP, 5,75% en urgencias AP, 9,21% en urgencias hospitalarias y 7,04% en consultas externas. Por rango de edad, los lactantes generaron más consultas ($p < 0,01$) para cualquier origen familiar. Respecto a los datos del ESIA observamos menor frecuentación anual de servicios hospitalarios en nuestra población ($1,83 \pm 2,64$ frente a $2,39 \pm 4,24$ consultas/año).

Conclusiones:

No existen diferencias significativas en la utilización de los recursos sanitarios en los 3 grupos de población. La frecuentación a todos los dispositivos es elevada aunque menor que la observada en ESIA 2017. Existe una clara preferencia de uso de urgencias hospitalarias respecto a las de AP.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA TEMPORADA DE GRIPE A, 2018-2019, EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL ÁREA IV

<i>Elola Pastor</i>	<i>Ana isabel</i>	<i>HUCA</i>
<i>González López</i>	<i>Clara</i>	<i>HUCA</i>
<i>Pérez Pérez</i>	<i>Alicia</i>	<i>HUCA</i>
<i>Melón</i>	<i>Santiago</i>	<i>HUCA</i>
<i>Rojo Alba</i>	<i>Susana</i>	<i>HUCA</i>
<i>Alonso Álvarez</i>	<i>Agustina</i>	<i>HUCA</i>

RESUMEN

Objetivos:

Evaluar el impacto de la gripe A en niños del área sanitaria IV y describir las características epidemiológicas.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo y descriptivo. La fuente de información fue una base de datos facilitada por el servicio de microbiología de nuestro hospital. Se revisaron los exudados respiratorios recogidos en niños, desde atención primaria, en los cuáles se analizó la presencia de virus Influenza A (técnica PCR), entre el 1 de octubre de 2018 al 22 de abril de 2019. Variables analizadas: sexo, edad, resultado de detección de virus Influenza A y otros, genotipo viral, visitas a urgencias, ingreso hospitalario, pruebas complementarias, y presencia de neumonía.

Resultados:

Fueron solicitados 739 estudios, siendo 143 positivos (19.3%; 83 niños). La mediana de edad fue 4 años. En 106 se realizó genotipado viral, siendo la cepa H3N2 la más frecuente (69 %).

En 31 casos (21.7%) se detectó coinfección viral, principalmente por adenovirus (N=13) seguido por el virus Epstein Barr, enterovirus, rinovirus, coronavirus, mycoplasma, virus respiratorio sincitial, virus herpes simple y metapneumovirus.

19 niños (13.3%) acudieron al servicio de urgencias del HUCA durante el proceso gripal, tres de ellos en dos ocasiones. Ninguno ingresó.

En 7 pacientes se realizó analítica, siendo la PCR media de 0.9 mg/dl y la PCT 0.22 ng/ml. Se solicitaron 5 radiografías de tórax en el hospital y 3 desde centro de salud. Hubo 3 casos de neumonía (0.02%). El motivo de consulta más frecuente en urgencias fue la fiebre (16 casos) seguido de dificultad respiratoria (4), crisis febril (1) y exantema (1).

Conclusiones:

La mayoría de niños diagnosticados de gripe A en atención primaria no consultan durante este proceso en el servicio de urgencias del hospital. La neumonía es poco frecuente en este grupo y los reactantes de infección analizados se encuentran en rango de riesgo bajo.

¿ES POSIBLE ADECUAR EL TRATAMIENTO EN LAS TIROIDITIS AUTOINMUNES PEDIÁTRICAS?

<i>Valverde Pérez</i>	<i>Noelia</i>	<i>H.U. CABUEÑES</i>
<i>González Acero</i>	<i>Ana</i>	<i>H.U. CABUEÑES</i>
<i>Pérez Alba</i>	<i>Marta</i>	<i>H.U. CABUEÑES</i>
<i>Fernández Rodríguez</i>	<i>Helena</i>	<i>H.U. CABUEÑES</i>
<i>Rodríguez Fernández</i>	<i>Sandra</i>	<i>H.U. CABUEÑES</i>
<i>Álvarez Álvarez</i>	<i>Andrea</i>	<i>H.U. CABUEÑES</i>

RESUMEN

Objetivo:

Seguimiento de las tiroiditis autoinmunes infantiles diagnosticadas en nuestro centro en los últimos 15 años, con especial atención a las pautas de tratamiento realizadas

Métodos:

Estudio retrospectivo descriptivo de 64 niños diagnosticados de tiroiditis autoinmune entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2018 en una consulta de endocrinología pediátrica de un hospital secundario.

Resultados:

Se diagnosticaron 64 pacientes de entre 4 y 14 años, existiendo claro predominio del sexo femenino (90,6%). Al diagnóstico, 52 pacientes asociaban positividad para anticuerpos antitiroglobulina (81,3%) y 51 (79,7%) antiperoxidasa. La función tiroidea al diagnóstico estaba alterada en 52 pacientes (81,3%), 50 hipotiroideos (40 de los cuales subclínicos) y solamente 2 de ellos presentaban hipertiroidismo, siendo normal en los 12 restantes. Los valores medios de hormonas tiroideas al inicio fueron de 0,97 ng/dl (rango 1,5) en el caso de la T4 libre y de 19,4 UI/ml (rango 149,7) de TSH. Recibieron tratamiento 50 pacientes (78,1%) con levotiroxina, reevaluándose en 18 de ellos la necesidad de mantenerlo al finalizar crecimiento, presentando recaída posterior en 7 pacientes y suspendiéndose definitivamente en 11 de ellos. Los casos no reevaluados guardan relación con el escaso tiempo de evolución desde inicio de tratamiento y la necesidad de dosis altas de levotiroxina.

Conclusiones:

La función tiroidea inicial estaba alterada en la gran mayoría de los pacientes. El hipotiroidismo subclínico fue la alteración hallada con más frecuencia en el momento del diagnóstico. La mayoría de los pacientes permanecen en remisión tras suspender el tratamiento con levotiroxina una vez finalizado el crecimiento, por lo que es importante plantear la necesidad de proseguir el tratamiento en ese momento.

¿SE CONFIRMA LA SOSPECHA DE ALERGIA MEDICAMENTOSA?

<i>Pérez Alba</i>	<i>Marta</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>Fernández Rodríguez</i>	<i>Helena</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>Álvarez Álvarez</i>	<i>Andrea</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>Rodríguez Fernández</i>	<i>Sandra</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>González Acero</i>	<i>Ana</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>Valverde Pérez</i>	<i>Noelia</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>

RESUMEN:

Introducción:

La sospecha de alergia medicamentosa es un motivo de consulta frecuente en Pediatría. Sin embargo, en los estudios publicados el porcentaje de pacientes con alergia medicamentosa confirmada es pequeño.

Objetivos:

- Analizar las características epidemiológicas de los pacientes remitidos por sospecha de alergia a medicamentosa
- Analizar si se confirma dicha sospecha.

Material y método:

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron pacientes menores de 14 años derivados a la consulta de Alergología de un hospital de segundo nivel durante el 2018 por posible alergia medicamentosa.

Resultados:

Se estudiaron 81 pacientes (47 varones). La edad media a la que había ocurrido la reacción fue 6,4 años (+/-3,96 DE). El 11% presentaba como antecedentes asma, el 12% atopia y el 18% alergia alimentaria. Los fármacos implicados fueron: amoxicilina (58%), amoxicilina-clavulánico (17%), ibuprofeno (10%), paracetamol (4%) y penicilina V (4%). El 44,4% de los pacientes había tomado el fármaco previamente. El 8,6% presentó una reacción inmediata (< 1 hora), el 79% una reacción tardía (>1 hora) y el 12,3% no sabían precisar la cronología. El 99% de los casos consultaron por urticaria, y 7 pacientes presentaron afectación de más de un órgano. Casi la mitad de los pacientes fueron atendidos inicialmente y derivados para estudio desde Atención Primaria. Se realizó a todos, la determinación de la IgE específica y el prick test, resultando negativo en el 100%. La prueba de exposición oral controlada se realizó a 77 pacientes (4 no acudieron). De los que completaron el estudio, el 88% no presentaron hipersensibilidad medicamentosa y en el resto, se constató una reacción tardía no IgE mediada.

Conclusiones:

- La alergia a medicamentosa es poco frecuente.
- El fármaco implicado en la mayoría de los casos fue la amoxicilina.
- Es necesario realizar el estudio alergológico para evitar restricciones farmacológicas innecesarias.

EVOLUCIÓN LONGITUDINAL DE LOS INDICADORES DE NUTRICIÓN DESDE 2012 A 2017 EN MENORES DE 15 AÑOS DE ASTURIAS

<i>Domínguez Aurrecoechea</i>	<i>Begoña</i>	<i>PAPenRed- ISPA</i>
<i>Rolle Soñora</i>	<i>Valeria</i>	<i>ISPA</i>
<i>Pérez Candás</i>	<i>J. Ignacio</i>	<i>CS La Corredoria</i>
<i>Ordoñez Alonso</i>	<i>M^a Ángeles</i>	<i>CS Sabugo</i>
<i>Sánchez Echenique</i>	<i>Manuela</i>	<i>Servicio Navarro de Salud Atención Primaria</i>
<i>Díez Estrada</i>	<i>Encarnación</i>	

RESUMEN

Objetivos:

Conocer la evolución longitudinal de indicadores de nutrición de menores de 15 años de Asturias: delgadez, bajo peso, sobrepeso, obesidad y obesidad severa (2012 y 2017).

Métodos:

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo. Población diana: menores de 15 años en la segunda medida, registrados en los centros de salud. A partir de los datos de la historia clínica informatizada, los Servicios Centrales del SESPA elaboraron una base de datos de los niños/as con igual código de identificación. Variables (de los dos registros 2012 y 2017): último peso y talla registrados, fecha de medida y de nacimiento, sexo, y códigos de área, zona básica y pediatra.

Se calcularon las puntuaciones estandarizadas del IMC (Z-score) por edad y sexo, según los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se comparan datos de 2017 con 2012. Se calculan las cifras totales y los porcentajes de cambio de categoría de IMC a mejor y a peor o el mantenimiento para el conjunto y por tramos de edad y Áreas Sanitarias.

Resultados:

La base de datos incluye a 71488 menores de 15 años: 2958 < de 5; 43509 entre 5 y 10, y 25021 entre 10 y 15. Evolución general (0 a 15 años): El 74,5% de la categoría normopeso se mantuvo; empeoró el 24,7%. En la categoría de sobrepeso: se mantuvo el 49,6%, mejoró el 28,7% y empeoró el 21,5%. En la de obesidad se mantuvo el 48,5%, mejoró el 43,8% y empeoró el 7,6%. En obesidad severa se mantuvo el 60,6% y mejoró el 39,4%. En la tabla se exponen los datos por Áreas y tramos etarios.

Conclusiones:

Se observa una tendencia hacia la normalización del peso, muy fuerte desde delgadez severa y delgadez y comedia desde el sobrepeso, la obesidad y la obesidad severa, donde la mayor tendencia es al mantenimiento. Estas tendencias difieren levemente entre áreas y edades.

Tabla Evolución longitudinal de población menor de 15 años: Normopeso, Sobrepeso, Obesidad y Obesidad severa por Áreas Sanitarias y tramos de edad Asturias (2102-2017)

Área		Menores de 5 años				Mayores o iguales a 5 y menores de 10				Mayores o iguales a 10 y menores de 15		
		Se mantuvieron	A peor	A mejor		Se mantuvieron	A peor	A mejor		Se mantuvieron	A peor	A mejor
1	Normal	87,8	12,2		Normal	68,9	30,1		Normal	74,4	25,1	
	Sobrepeso	71,4	10,7	17,9	Sobrepeso	47,7	28,5	23,8	Sobrepeso	57,5	14,9	
	Obesidad	66,7	0,0	33,3	Obesidad	47,2	20,8	32,0	Obesidad	50,0	4,8	
	Obesidad severa	43,8		56,3	Obesidad severa	61,9		38,1	Obesidad severa	29,7		
2	Normal	85,7	14,3		Normal	70,5	29,4		Normal	83,9	15,1	
	Sobrepeso	66,7	0,0	33,3	Sobrepeso	44,9	33,5	21,5	Sobrepeso	55,8	11,6	
	Obesidad	50,0	0,0	50,0	Obesidad	62,9	15,5	21,6	Obesidad	54,2	0,8	
	Obesidad severa	42,9		57,1	Obesidad severa	56,1		43,9	Obesidad severa	26,2		
3	Normal	84,4	14,1		Normal	67,0	32,2		Normal	84,6	14,4	
	Sobrepeso	63,9	11,1	25,0	Sobrepeso	45,2	32,3	22,4	Sobrepeso	52,7	9,8	
	Obesidad	27,8	2,8	69,4	Obesidad	51,8	15,7	32,4	Obesidad	46,0	1,3	
	Obesidad severa	12,5		87,5	Obesidad severa	53,9		46,1	Obesidad severa	25,2		
4	Normal	89,1	9,3		Normal	70,8	28,5		Normal	82,5	16,3	
	Sobrepeso	57,8	5,3	36,4	Sobrepeso	47,7	30,7	21,5	Sobrepeso	52,8	10,8	
	Obesidad	31,1	4,9	61,2	Obesidad	55,9	13,2	30,8	Obesidad	45,1	1,4	
	Obesidad severa	26,6		73,4	Obesidad severa	49,1		50,7	Obesidad severa	21,6		
5	Normal	87,6	11,1		Normal	73,6	25,6		Normal	80,1	18,7	
	Sobrepeso	54,9	10,5	33,3	Sobrepeso	49,2	29,4	21,2	Sobrepeso	48,5	10,3	
	Obesidad	33,0	3,4	63,6	Obesidad	56,8	14,0	29,1	Obesidad	41,8	2,9	
	Obesidad severa	13,6		86,4	Obesidad severa	55,9		44,1	Obesidad severa	28,1		
6	Normal	91,2	8,8		Normal	73,1	26,4		Normal	82,5	16,3	
	Sobrepeso	54,2	12,5	33,3	Sobrepeso	50,9	33,1	15,7	Sobrepeso	54,3	14,8	
	Obesidad	30,8	0,0	69,2	Obesidad	51,5	15,9	32,6	Obesidad	50,7	2,0	
	Obesidad severa	62,5		37,5	Obesidad severa	64,5		35,5	Obesidad severa	35,2		
7	Normal	87,5	10,9		Normal	68,6	30,9		Normal	78,7	20,6	
	Sobrepeso	62,5	0,0	37,5	Sobrepeso	44,1	39,4	16,2	Sobrepeso	48,7	17,3	
	Obesidad	0,0	0,0	100,0	Obesidad	46,8	24,1	29,1	Obesidad	48,3	2,8	
	Obesidad severa	18,2		81,8	Obesidad severa	56,7		43,3	Obesidad severa	40,3		
8	Normal	83,9	16,1		Normal	65,5	33,5		Normal	79,5	19,2	
	Sobrepeso	50,0	13,6	31,8	Sobrepeso	41,2	36,5	22,3	Sobrepeso	53,9	12,2	
	Obesidad	12,5	6,3	81,3	Obesidad	47,0	21,3	31,7	Obesidad	47,5	2,7	
	Obesidad severa	23,1		76,9	Obesidad severa	48,9		51,1	Obesidad severa	28,4		

ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ESCOLARES: ¿MEJOR COMER EN CASA QUE EN EL COMEDOR ESCOLAR?

<i>Carvajal Urueña</i>	<i>Ignacio</i>	<i>C.S. La Ería (Oviedo)</i>
<i>Regueira Fernández</i>	<i>Álvaro</i>	<i>Facultad de Medicina (Oviedo)</i>
<i>Soto Balbuena</i>	<i>Carmen</i>	<i>C.S. La Ería (Oviedo)</i>
<i>Vicente Martínez</i>	<i>Francisco</i>	<i>C.S. La Ería (Oviedo)</i>
<i>Alonso Bernardo</i>	<i>Luz María</i>	<i>C.S. La Ería (Oviedo)</i>
<i>Pellitero Maraña</i>	<i>Ariana</i>	<i>C.S. La Ería (Oviedo)</i>

RESUMEN:

Antecedentes:

La Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS) de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) proporciona recomendaciones de frecuencia de consumo de grupos de alimentos con el propósito de fomentar en la población infantil el patrón alimentario de la Dieta Mediterránea.

Objetivo:

Evaluar la adherencia a las recomendaciones nutricionales de la Pirámide NAOS de la población escolar de una zona de salud urbana y periurbana de Asturias (ZBS IV.3), y en particular, si existen diferencias al respecto según el lugar donde se realice la comida principal (domicilio familiar o comedor escolar).

Material y métodos:

Se evaluó la frecuencia de consumo de grupos de alimentos en 239 niños de 6 a 13 años mediante una encuesta autocumplimentada por uno de sus progenitores durante una visita dirigida a realizar el Programa de Salud Infantil correspondiente a su edad.

Resultados:

En el conjunto de los niños evaluados se reportó un consumo deficiente de frutas (65,7%) y verduras (33,5%) "a diario", y de pescado (33,3%), legumbres (27,0%), embutidos (36,0%) y frutos secos (12,9%) "varias veces a la semana", y un consumo excesivo de alimentos azucarados (66,0%) "a diario o varias veces a la semana". Respecto a los niños que hacen la comida del mediodía en su domicilio, los que comen en el centro escolar consumen significativamente ($p < 0,05$) más fruta (76,4% vs 58,7%) "a diario", y más pescado (43,4% vs 21,1%) y legumbres (48,0% vs 34,2%), y menos frutos secos (6,9% vs 19,4%) "varias veces a la semana".

Conclusiones:

Respecto a las recomendaciones de la pirámide NAOS, la población escolar estudiada muestra una deficiente frecuencia de consumo de frutas, verduras, pescado, legumbres y frutos secos, siendo peor la frecuencia de consumo de frutas, pescado y legumbres en los niños que comen al mediodía en su domicilio que en los que lo hacen en el comedor escolar.

DERMATITIS PERIANAL/PERINEAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Martínez Blanco

Jacinto

C.de S. El Coto. Gijón

RESUMEN

Descrita inicialmente por Amren en 1966 como celulitis perianal, Kokx y cols. pasaron a denominarla en 1987 enfermedad perianal estreptocócica por no apreciar celulitis. Montemarano y cols. describieron en 1993 el primer caso por estafilococo dorado. Por último, diversos autores pasaron a denominarla dermatitis o enfermedad estreptocócica perineal al asociar las infecciones de dicha área: perianal, perivulvar y balano-postitis

Etiología: Estreptococo GAS y en menos ocasiones estafilococo dorado y GBS, GCS, GGS (más en adultos) entre otras.

Incidencia: entre 1/218-300 y 1/2000 consultas pediátricas ambulatorias y 1/2000 urgencias pediátricas hospitalarias.

Variación estacional siguiendo el patrón de las infecciones faríngeas GAS.

Subestimada por desconocimiento y/o errores diagnósticos.

Afecta con más frecuencia a los varones y a una edad media de 3 a 5 años.

Las formas de presentación más habituales son: Eritema o prurito perianal, dolor rectal o con la defecación, sangrado con la deposición o al limpiarse, fisuras anales o irritabilidad en los más pequeños. Pudiendo asociarse a abdominalgia, estreñimiento, psoriasis, faringitis o portadores faríngeos (solo un 6% de las fringitis GAS + son portadores perianales, escarlatina, disuria, vulvo-vaginitis, balano-postitis. No existiendo afectación sistémica.

El modo de transmisión no está totalmente aclarado. Habiéndose descrito brotes en familias, guarderías y hospitales.

Diagnóstico por la clínica y exploración y confirmación por test rápido de GAS y Cultivo (informando a micro para que emplee los medios adecuados).

El diagnóstico diferencial es amplio: Dermatitis irritativa del pañal, parasitosis intestinal, candidiasis, dermatitis seborreica, dermatitis atópica, psoriasis, E.I.I, Histiocitosis, déficit de Zinc, liquen escleroso, hemorroides, abuso sexual entre otros.

Tratamiento: vía sistémica (penicilina, amoxicilina o cefuroxima), vía tópica (ácido fusídico, mupirocina) o ambas vías.

Recurrencias frecuentes (11 a 44%) Factores predictores: mayor duración de síntomas previos y familiares directos con infección estreptocócica.

DERMATITIS PERIANAL. EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA

Martínez Blanco

Jacinto

C.de S. El Coto. Gijón

RESUMEN

Estudio prospectivo de los casos de dermatitis perianal GAS + que acudieron a una consulta de pediatría de AP durante 8 años cuyos motivos de consulta o exploración fueron compatibles con dicha patología y con test de GAS positivo. Posteriormente y de forma retrospectiva se determinó el número total, de consultas y las faringo-amigdalitis y escarlatinas (GAS +) diagnosticadas en dicho periodo de tiempo.

Se atendieron 28.328 consultas (no sucesivas) diagnosticando 95 episodios de dermatitis perianal (1:298) en 76 niños.

La distribución por género fue de 1,6:1 (m:f) con una edad media de 4,4 años (mayor en varones).

Un único episodio lo tuvieron 63 niños y 13 más de uno, 10 en un periodo inferior a 6 meses del anterior (11% del total de los episodios)

Los motivos de consulta fueron: Prurito (41%), Sangre con la deposición o al limpiarse (37%), Dolor perianal o con la deposición (27%), estreñimiento (24%) y eritema (21%), 17% en primeros episodios y 37% en los sucesivos, nulo o mínimo en 21). Menos frecuentemente: Fisuras, Fiebre (todos con faringitis y test +), dolor faringe, vulvitis, descartar parásitos, abdominalgia, disuria, eritema pañal, balanitis, parafimosis, foliulitis, encopresis, masa, descartar hemorroides.

Tratamiento inicial vía tópica en 59 ocasiones y combinado en 36 con cambios en el tratamiento en los 3 casos de fracaso terapéutico (3%).

Se constató una preferencia estacional con un marcado descenso durante los terceros trimestres de cada año, similar a lo ocurrido con las faringo-amigdalitis + escarlatinas (Proporción: 7,8:1).

Conclusiones:

Cinco motivos de consulta: prurito, sangre, dolor, estreñimiento y eritema, solos o combinados estuvieron presentes en el 92% de los casos.

El eritema perianal como motivo de consulta estuvo presente en solo el 17% de los primeros episodios y no siempre está presente o puede pasar desapercibido en algunos casos. Sus bordes no siempre son nítidos y en alguna ocasión pueden existir lesiones satélites.

El tratamiento tópico puede ser suficiente en muchos casos.

UTILIZACIÓN DEL TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

<i>Fernández Rodríguez</i>	<i>Helena</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>Pérez Alba</i>	<i>Marta</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>Rodríguez Fernández</i>	<i>Sandra</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>Álvarez Álvarez</i>	<i>Andrea</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>Valverde Pérez</i>	<i>Noelia</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>
<i>González Acero</i>	<i>Ana</i>	<i>Hospital Universitario de Cabueñes</i>

RESUMEN

Objetivo:

Analizar la utilización del Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) como herramienta de valoración inicial en Atención Primaria.

Metodología:

Estudio descriptivo, transversal y prospectivo de los pacientes que acudieron a Urgencias de Pediatría de nuestro hospital con volante de derivación desde Atención Primaria, entre Septiembre y Noviembre de 2018. Las variables incluidas fueron: la presencia del TEP en el volante de derivación, la concordancia del TEP con el otorgado posteriormente en el hospital, si el facultativo remitente era un pediatra o un médico de Familia y si su utilización variaba en función del turno de trabajo y día de la semana. El análisis de las variables se realizó mediante frecuencias absolutas y porcentajes, y la comparación de variables cualitativas con la prueba de Chi-cuadrado-Pearson.

Resultados:

Se obtuvieron 244 pacientes en el periodo de estudio (9% de los niños que acudieron a Urgencias). El TEP estaba presente en el 16% de los volantes de derivación (46.2% realizados por pediatras y 53.8% por médicos de Familia; $p=0,3131$). La concordancia con el TEP establecido posteriormente en el hospital fue del 82.5%. El uso del TEP fue similar en los turnos de mañana (18%) y tarde (17%). No se encontró ningún TEP reflejado en los volantes recibidos en el turno de noche. El lunes fue el día de la semana con mayor uso del TEP (32%).

Conclusiones:

Aun se observa una baja utilización del TEP en Atención Primaria. Se podrían instaurar sesiones o cursos para utilizarlo en la valoración inicial del paciente pediátrico.

EDUCACIÓN PAR LA SALUD: LA CARA Y LA CRUZ

<i>Ordóñez Alonso</i>	<i>M^a Angeles</i>	<i>Ped CS la Corredoria</i>
<i>Pavo García</i>	<i>M^a Rosa</i>	<i>Ped CS García Noblejas (Madrid)</i>

RESUMEN

La educación para la salud (EPS) tiene como objetivo principal que los individuos y las colectividades asuman la salud como un valor básico de la comunidad y acepten sus responsabilidades.

Se estudió la EPS desde dos puntos de vista:

- 1- Del profesional que la realiza (encuesta de google doc en PEDIAP)
- 2- De la población que la recibe (puesta en marcha de EPS: "programa de recepción del recién nacido").

Los temas tratados fueron:

- fisiología / cuidados/ sueño / alimentación
- preguntas y motivo de consulta frecuentes en esta etapa
- prevención SMSL y accidentes

1- En 354 encuestas recibidas observamos que se realiza más EPS en:

- Centros urbanos
- Cifra óptima de pediatras 3
- Pediatras entre 51-60 años de edad
- Madrid (por comunidades autónomas)

No influye tener enfermera pediátrica y llama la atención el desconocimiento de los pediatras acerca de si las actividades de EPS están en la cartera de servicios de su comunidad.

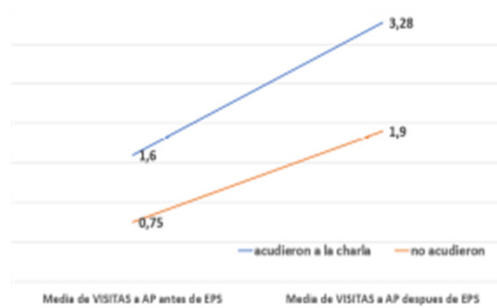
2- De los 41 RN captados de octubre de 2018 a abril de 2019, solo participaron 21. Presentaban las siguientes características:

- Mayor media del nº procesos previos a la EPS (1.38)
- Mayor media de nº de visitas previas a la EPS (1.6)
- Son hijos únicos

Tras la EPS esta tendencia no se ha modificado.

Conclusión:

Analizar la situación y definir el problema es el punto de partida pues nuestro análisis de prioridades puede no coincidir con el de la población al que va dirigida la EPS.



CONVOCATORIA
ASAMBLEA GENERAL 2019



CONVOCATORIA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA 2019 Y EXTRAORDINARIA

Estimados socios/ Estimadas socias:

Según lo establecido en los arts. 12, 13 y 14 de los estatutos actualmente vigentes de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPap) os convoco a la Asamblea General Ordinaria de 2019 y Asamblea Extraordinaria que se celebrará en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Asturias en Oviedo, el viernes 31 de mayo a las 18.00 h.

Orden del día

1. Apertura de la Asamblea y aprobación del orden del día, a cargo del Presidente de la Asociación, D. José Ignacio Pérez Candás.
2. Lectura y aprobación, si procede, del acta de la Asamblea anterior, a cargo del Secretario de la Asociación, D. Francisco Javier Fernández López.
3. Presentación y aprobación, si procede, del informe de actividad de la AAPap durante el último año, a cargo del Presidente de la Asociación, D. José Ignacio Pérez Candás.
4. Presentación y aprobación, si procede, del informe económico y presupuesto de la AAPap, a cargo del Tesorero en funciones de la Asociación, D. Francisco Javier Fernández López.
5. Admisión de nuevos socios y nombramiento de socios de honor.
6. Propuesta de cambio en estatutos. Ver anexo debajo.
7. Elecciones a la Junta Directiva de la AAPap.
8. Ruegos y preguntas.

Saludos cordiales.

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

Oviedo, a 13 de mayo de 2019.



ANEXO PROPUESTA DE CAMBIO EN ESTATUTOS

La junta directiva de la AAPap propone el siguiente cambio en los estatutos:

Redacción actual:

Artículo 18°. La Junta Directiva de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria es el órgano de representación que gestiona y representa los intereses de la Asociación de acuerdo con las disposiciones y directivas de la Asamblea General. Estará formada por los siguientes miembros elegidos por la Asamblea General: Presidente, Vicepresidente, si lo hubiere, Secretario y Tesorero y al menos 4 vocales territoriales que procederán de 4 diferentes Áreas Sanitarias; también podrán formar parte de la misma, si se estimara oportuno, hasta 4 vocales más. De esta manera, la Junta Directiva estará formada por un mínimo de 8 y un máximo de 12 miembros. El Presidente, Vicepresidente y el Secretario de la Junta Directiva serán, asimismo, Presidente, Vicepresidente y Secretario de la Asociación y de la Asamblea General.

Artículo 21°. Al Vicepresidente, si lo hubiere, le corresponde la sustitución del Presidente en ausencia de éste y todas aquellas funciones delegadas por éste o la Junta Directiva.

Artículo 30°. El Comité Ejecutivo estará compuesto por el Presidente, Vicepresidente, en su caso, Secretario y Tesorero de la AAPap, así como el o los representantes en las Juntas Directivas de las sociedades con que pueda federarse la Asociación.

Redacción propuesta:

Artículo 18°. La Junta Directiva de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria es el órgano de representación que gestiona y representa los intereses de la Asociación de acuerdo con las disposiciones y directivas de la Asamblea General. Estará formada por los siguientes miembros elegidos por la Asamblea General: Presidente, Vicepresidentes, si los hubiere, Secretario y Tesorero y al menos 4 vocales territoriales que procederán de 4 diferentes Áreas Sanitarias; también podrán formar parte de la misma, si se estimara oportuno, más vocales. De esta manera, la Junta Directiva estará formada por un mínimo de 8 miembros, sin existir límite máximo. El Presidente, Vicepresidentes y el Secretario de la Junta Directiva serán, asimismo, Presidente, Vicepresidentes y Secretario de la Asociación y de la Asamblea General.

Artículo 21°. A los Vicepresidentes, si los hubiere, les corresponde la sustitución del Presidente en ausencia de éste y todas aquellas funciones delegadas por éste o la Junta Directiva.

Artículo 30°. El Comité Ejecutivo estará compuesto por el Presidente, Vicepresidentes, en su caso, Secretario y Tesorero de la AAPap, así como el o los representantes en las Juntas Directivas de las sociedades con que pueda federarse la Asociación.

ACTA
ASAMBLEA GENERAL 2018

Acta de la Asamblea General Ordinaria de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPap) del día 11 de Mayo de 2018, celebrada en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Asturias en Oviedo

Con la presencia de dieciséis personas socias, a las 18.10 horas fue inaugurada la Asamblea, que se desarrolló conforme al siguiente

Orden del día

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

El orden del día, según la convocatoria remitida a los socios, y que figura en el libro de ponencias del VII Congreso, 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 acta de la Asamblea de 2017, que figura en el libro de ponencias del VII Congreso, 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 2017-2018 y las líneas estratégicas para el próximo año, deteniéndose especialmente en la colaboración de la AAPap en diversas iniciativas de la Consejería de Sanidad, SESPA y AEPap. Se puede consultar en: <http://www.aepap.org/federadas/asturias>

Se producen varias intervenciones acerca de las reuniones mantenidas por diversos miembros de la Junta Directiva con distintos niveles de la administración sanitaria y la repercusión en los medios de comunicación. Se aprueba por asentimiento.

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

Ordóñez Alonso.

La Tesorera presenta el informe económico y las cuentas correspondientes a 2017, con especial atención al balance del VI Congreso así como el presupuesto para 2018. Si bien en 2017 se produjo un déficit leve por un gasto inesperado en el Congreso, se prevé que 2018 termine con un superávit que lo compensará.

Se aprueban sin votos en contra.

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

El Secretario recuerda que, desde hace cinco años, se propone a los socios/as jubilados/as ser nombrados “socios de honor”. Desde la última Asamblea se ha producido la jubilación de D. Fernando Nuño Martín, D. Juan Yussef Yussef y Dña. Ana Sobrino González, quienes son nombrados por unanimidad “socios de honor” y recibirán la insignia de plata de la AAPap. Ante la imposibilidad de entregársela personalmente hoy a nuestra compañera Ana Sobrino, se acuerda hacérsela llegar junto a un texto de reconocimiento.

Son admitidos, por unanimidad, como nuevas socias, Dña. Laura Fiz Pérez, Dña. Silvia Martín Ramos, Dña. Vanessa Moya Dionisio y Dña. Diana Segura Ramírez, quienes lo habían solicitado desde la última Asamblea.

6. Análisis de la situación actual de la Pediatría de Atención Primaria en Asturias y de las posibles acciones que se pueden emprender.

El Secretario expresa la preocupación de la Junta Directiva por una situación que pone en peligro la seguridad y calidad asistenciales de la atención pediátrica en los centros de salud asturianos. La Junta reconoce que el SESPA ha dado durante los últimos meses algunos pasos en la dirección adecuada, como la convocatoria de una prueba selectiva para cubrir cinco plazas vacantes de pediatría en atención primaria, pero considera que son necesarias medidas más contundentes ante la escasez y, sobre todo, mala distribución de profesionales en pediatría y enfermería pediátrica, derivadas de una histórica planificación inadecuada de los recursos.

Señala que, durante los últimos años, la AAPap ha propuesto a las autoridades sanitarias asturianas un catálogo de medidas de forma reiterada, llegándose a pactar algunas de ellas en el Área sanitaria IV, sin que la mayoría haya sido llevada a la práctica. Como consecuencia de ello, en el último año la situación derivada de la escasez y mala distribución de pediatras en Atención Primaria, así como la ausencia de mecanismos para mejorar la gestión de la demanda asistencial, se ha agravado. Muestra de ello es el cada vez más frecuente cierre temporal y la no cobertura de consultas de pediatría con la consiguiente sobrecarga asistencial del resto de profesionales. Esto además dificulta, y en algunos casos impide, las funciones investigadoras, docentes y formativas de los pediatras, al mismo tiempo que favorece el “burnout” profesional.

Se producen varias intervenciones para destacar las dificultades en las

Áreas con zonas urbanas por el aumento de la demanda asistencial y, por el contrario, en las Áreas con predominio de zonas rurales por el declive demográfico. Se analiza también el efecto perverso de la última OPE, que motivó que algunas plazas no fueran ocupadas, y las medidas que pueden prevenir este tipo de contradicciones. Se hizo mención a la mala situación de la pediatría de Atención Primaria en el nivel estatal, la necesidad de implicar a la enfermería pediátrica y de acercarse a los residentes de pediatría, así como la creciente insatisfacción profesional que provoca que no se opte por la Atención Primaria. Como ejemplo de esto último, al menos tres compañeras han dejado o dejarán próximamente su puesto de trabajo.

Se propone, sin intervenciones en contra, que la AAPap emita un comunicado de prensa que recoja estas preocupaciones, especialmente la mala distribución de los recursos humanos y la renuncia de profesionales a su actual puesto. Apoyar a los pediatras del Area IV para exigir el cumplimiento de los acuerdos pactados con la gerencia. Retomar las reivindicaciones planteadas al SESPA para que se efectúen todas las contrataciones de pediatras y enfermeras necesarias, y se avance en el modelo de OPE, con unos baremos más adecuados. Establecer una estrategia para atraer hacia la Atención Primaria a los actuales residentes de pediatría de los hospitales asturianos con el fin de que opten y se queden en ésta.

7. Elecciones a la Junta Directiva de la AAPap.

El Secretario anuncia que, tras la convocatoria correspondiente, no se ha presentado ninguna candidatura.

Tras examinar y debatir las distintas posibilidades, la Asamblea acuerda por unanimidad, ante esta situación excepcional, prorrogar hasta la próxima Asamblea General Ordinaria, a celebrar en 2019, el mandato de la actual Junta Directiva, y celebrar nuevas elecciones en dicha Asamblea. Esta decisión se adopta al amparo del Art. 34 de los actuales estatutos.

Por tanto, la Junta Directiva sigue formada por:

Presidente	José Ignacio Pérez Candás
Secretario	Francisco Javier Fdez. López
Tesorera	M ^a Angeles Ordóñez Alonso
Vocal Area I	Cristina de la Infiesta Álvarez
Vocal Area II	Sonia Alonso Álvarez
Vocal Area III	Ana Pérez Vaquero
Vocal Area IV	Mercedes Sarmiento Martínez
Vocal Area V	M ^a Purificación López Vilar
Vocal Area VI	Carmen Castañón Rodríguez
Vocal Area VII	Zoa García Amorín
Vocal Area VIII	M ^a Teresa Benito Martín
Vocal Formación e Investigación	Luis Miguel Fdez. Cuesta

El Secretario plantea la conveniencia de que esta Junta proponga una reforma de los estatutos que facilite la existencia y renovación de la misma.

8. Ruegos y preguntas.

Se ruega a la Junta Directiva que impulse actuaciones con el fin de atraer hacia la asociación a residentes y pediatras que comienzan a trabajar en Atención Primaria, a través de actividades formativas específicas para estas personas.

Se solicita a la Junta Directiva que organice más actividades orientadas a los pediatras de Atención Primaria.

Se propone a la Junta Directiva que estudie la posibilidad de incorporar una vocalía de residentes de pediatría.

El Secretario ruega a todas las personas socias colaboración para constituir los grupos de trabajo necesarios que lleven a cabo todo lo anterior.

La vocal del Area IV, recientemente incorporada a la Junta Directiva, muestra su poca satisfacción con la ausencia de candidatos a las elecciones a la Junta y espera que se una gente nueva con la que poder continuar trabajando con ilusión.

Se agradece a la Junta Directiva su labor.

Concluye la Asamblea a las 19.30 horas.



Fdo. Francisco J. Fdez. López.
Secretario.



Fdo. José Ignacio Pérez Candás.
Presidente.

PARA ASOCIARSE
O MODIFICAR DATOS

PARA ASOCIARSE O MODIFICAR DATOS



1. www.aepap.org



2. Pinchar en la pestaña que corresponda



Hay que utilizar siempre la dirección de correo electrónico que nos habéis facilitado.

Si no la recordáis, podéis preguntar al secretario: fjavierfl@telecable.es
Conviene tener actualizado el navegador para que no surjan problemas.

Organiza:



Financia:



Colaboran:



Solicitada acreditación



Validada por



Con el aval de

