

# Documentación para la reunión en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

---

Julio 2014





# Índice

## La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

• Asociaciones federadas / Webs / Revistas .....	5
• Actividades formativas .....	5
• Participación internacional .....	5
• Publicaciones .....	6
• Colaboraciones con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad .....	7
• Problemas y propuestas de mejora .....	7
• Principales proyectos y líneas de trabajo .....	9

## Anexos

• Anexo 1. Nota del Grupo de Patología Infecciosa de la AEPap sobre la vacuna contra la varicela .....	11
• Anexo 2. Página web Familia y salud .....	17
• Anexo 3. Decálogos AEPap .....	23
• Anexo 4. PAPenRED .....	31
• Anexo 5. Solicitud de dotación del test rápido de detección de antígeno estreptocócico en las consultas de Pediatría .....	35
• Anexo 6. La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) apoya el Pacto de Estado por la Infancia que promueven las ONG .....	43



La **Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)** se constituye como una Federación de Asociaciones de Pediatras que trabajan en Atención Primaria (AP), de carácter científico y profesional, sin fines lucrativos, que representa a más de 3.500 pediatras de AP en el Estado español.

**Está constituida por 17 Asociaciones Federadas**, una por cada comunidad autónoma ([www.aepap.org/federadas](http://www.aepap.org/federadas)). Forman parte de ella **12 Grupos de Trabajo**: Grupo de Prevención en la Infancia y Adolescencia, Grupo de Vías Respiratorias, Pediatría Basada en la Evidencia, Docencia MIR, Cooperación Internacional, Patología del Sueño Infantojuvenil, Grupo de Investigación, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Grupo de Educación para la Salud, Grupo de Patología Infecciosa y los recientemente creados de Gastroenterología y Nutrición y Grupo de Ecografías ([www.aepap.org/grupos](http://www.aepap.org/grupos)). Posee **tres páginas web**: la web oficial de la AEPap ([www.aepap.org/](http://www.aepap.org/)), la página Respirar ([www.respirar.org/](http://www.respirar.org/)) y otra destinada a las familias: Familia y Salud ([www.familiaysalud.es/](http://www.familiaysalud.es/)).

También cuenta con **tres revistas**: *Pediatría de Atención Primaria* (PAP), revista de originales ([www.pap.es](http://www.pap.es)); *Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria* (FAPap), revista de formación ([www.fapap.es](http://www.fapap.es)), y otra destinada a las familias: FAMIPED ([www.famiped.es](http://www.famiped.es)). Colabora así mismo con la revista *Evidencias en Pediatría* a través del Grupo de Pediatría basada en la Evidencia.

### Actividades formativas

Cada asociación federada realiza al menos una actividad formativa anual. Desde la AEPap se celebran:

- **Curso de Actualización** en Pediatría AEPap (<http://cursoaepap.org/>), con 11 cursos celebrados hasta el momento.
- **Reunión Anual** en el Congreso de la Asociación Española de Pediatría: este año 2014 se ha celebrado la 10.<sup>a</sup> reunión.
- **Curso Práctico AEPap para Residentes** de Pediatría ([www.aepap.org/agenda/actividades-aepap/4o-curso-practico-aepap-para-residentes-de-pediatria](http://www.aepap.org/agenda/actividades-aepap/4o-curso-practico-aepap-para-residentes-de-pediatria)), del que se celebrará la cuarta edición en 2014.

### Participación internacional

La AEPap pertenece a la European Confederation of Primary Care Paediatricians (ECPCP), en la que lidera el Grupo de trabajo de redacción del *curriculum* de formación en Pediatría de AP.

## Publicaciones más destacadas

- Programa de Salud Infantil (PSI).
- Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia.
- Guía rápida de dosificación práctica en Pediatría (formato papel, *on line* y app).
- Programa de Formación “Área de Capacitación Específica en Pediatría de Atención Primaria”.
- Guía Abreviada para la rotación del residente de Pediatría por Atención Primaria.
- Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados. Revisión sistemática.
- Accidentes en la población infantil española (colaboración con la fundación MAPFRE).
- Coautores de guías de práctica clínica y documentos de consenso.
- Decálogos AEPap (seis hasta la fecha).

## La AEPap y la Pediatría de Atención Primaria

La Pediatría de AP proporciona una asistencia sanitaria eficiente y humanizada, próxima al niño y su familia, teniendo en cuenta las características de su entorno (familiar, escolar, social cultural...), partiendo de una visión global de la medicina en la que el objeto fundamental no es la enfermedad sino el niño en todas sus etapas. Soluciona más del 90% de las demandas de salud de esta población y está considerada como una conquista social.

Su objetivo es asegurar una atención integral, poniendo especial énfasis en la prevención y la promoción de la salud (ya que las intervenciones en la primera infancia son más coste-efectivas y tienen la mayor tasa interna de retorno); en fomentar los autocuidados, la rehabilitación y los aspectos psicosociales, proporcionando una atención de calidad; y en promover ciudadanos más autónomos, menos dependientes del sistema sanitario.

El pediatra de AP es, además, el eje coordinador y regulador de flujos de la población infantil con patologías crónicas y que precisa la intervención de otros profesionales para la atención a su situación de salud-enfermedad y contribuye a los buenos resultados en salud de nuestra población infantil. En los momentos actuales, de crisis es preciso además tener en cuenta que el gasto en atención primaria en el tramo de edad de 0 a 9 años es menor en 2008 que en 1998 lo que ocurre exclusivamente en este tramo de edad.

## Colaboraciones de la AEPap con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

La AEPap participa en diferentes grupos de trabajo:

- Grupo de trabajo “Actividades para detectar las enfermedades en fase presintomática mediante cribado”: cribado de metabolopatías.
- Grupo de Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.
- Colaboración en la European Child Safety Alliance.
- Grupo de expertos sobre Cáncer en la infancia y la adolescencia.
- Grupo de trabajo sobre cronicidad: Dolor crónico; Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular (CEIPC).
- Grupo de trabajo sobre Enfermedades raras.
- Con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en el “Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos”.

## Problemas más importantes detectados y propuestas de mejora

El importante **déficit de pediatras** que existe en todo el territorio nacional impide que todos los niños puedan ver satisfecho su derecho a ser atendidos por profesionales con competencias específicas en Pediatría, lo cual entendemos debiera ser una prioridad para las Administraciones sanitarias.

- Plan estratégico PENIA2013-2016: estamos pendientes de finalizar un documento análisis del mismo, en el que detectamos cómo una de las principales carencias la ausencia de pediatras en su redacción, lo que repercute en la polarización del informe y en la ausencia de análisis y propuestas por parte del sector salud que tiene un importante papel en la vida de la población infantil.
- **Vacunas y vacuna frente a la varicela (Anexo 1):** no estamos de acuerdo con la medida adoptada por las autoridades sanitarias que carece del necesario consenso, que no ha sido adecuadamente comunicada a los profesionales implicados en su aplicación y que ha generado gran confusión y desconfianza en la población.
- Existe por nuestra parte una percepción de falta de apoyo institucional materializada incluso al no acudir al acto de inauguración del último curso de actualización de la AEPap, que reúne a 700 pediatras de AP de España y es la actividad formativa más demandada por el colectivo; cubriéndose el total de inscripciones en cuatro horas.

- Falta de información y de solicitud de colaboración en ámbitos de actuación común.

### Propuestas de mejora

En el momento actual, nuestra prioridad se centra en asegurar y fortalecer **el actual modelo de asistencia pediátrica basado en la presencia de pediatras en el primer nivel asistencial**, encargados de la atención directa de la población infantil, proporcionando respuestas de calidad a sus necesidades de salud.

Será preciso **un cambio de paradigma de la gestión de enfermedades a la gestión de la salud**. Potenciar los autocuidados y los cuidados en familia mediante la educación sanitaria a la población individual; educación grupal y mediante el uso de las nuevas tecnologías.

Será también necesario aumentar la inversión en AP. Desde el año 2010 ha seguido aumentando la inversión en hospital y disminuyendo en AP.

Se plantea también como absolutamente necesario potenciar las **Unidades Básicas de Pediatría en los Equipos de AP**, integradas por pediatras y enfermeras de Pediatría, trabajando de forma conjunta y complementaria en relación a una misma población.

Mejorar la **coordinación hospital-Atención Primaria**, basada en criterios de consenso común, aumentando la capacidad resolutoria del pediatra de AP en el seguimiento de procesos crónicos en la infancia y facilitando su **acceso libre a pruebas diagnósticas**.

Los datos recogidos en una encuesta dirigida a pediatras de AP señalan que el 50% no tiene acceso a las pruebas complementarias que considera necesarias. Las pruebas diagnósticas y las exploraciones complementarias deben estar determinadas por la patología del paciente y serán solicitadas por el profesional que las precise siguiendo las recomendaciones de guías de práctica clínica –protocolos–, documentos de consenso, comunes a todos los profesionales, independientemente de su lugar de trabajo (AP u hospital). Es preciso que desde la AP se disponga de un **acceso libre a pruebas diagnósticas**, procurando el aumento de la capacidad resolutoria, tendiendo a la unificación de recursos diagnósticos y terapéuticos entre niveles asistenciales y facilitando el acceso libre a Internet de los profesionales.

Desarrollar la figura del “**Coordinador de Pediatras de Atención Primaria**”. Es una figura con las atribuciones de pediatra asistencial, que al mismo tiempo asumirá la responsabilidad de planificación, coordinación y evaluación de resultados de la actividad de los equipos pediátricos de AP.



Fomentar la **investigación y la función docente** de los pediatras de AP. Aunque la rotación de residentes de Pediatría por AP es obligatoria, en la práctica hay casos en los que no se cumple, y la normativa de la participación de los pediatras de AP en las Unidades Docentes Multiprofesionales y su acreditación docente está escasamente desarrollada. Es así mismo necesario normalizar la docencia del pregrado y la participación de los pediatras de AP en la Universidad.

### Principales proyectos y líneas de trabajo en desarrollo en la actualidad

- En nuestro compromiso con la **salud de la infancia y las familias**, contamos con recursos web que promueven hábitos de vida saludables y que persiguen dotar a las familias de la suficiente autonomía en relación con sus cuidados: la página web Familia y Salud: Padres y pediatras al cuidado de la infancia y la adolescencia ([www.familiaysalud.es](http://www.familiaysalud.es)) (**Anexo 2**) y FAMIPED, revista electrónica de información para padres de la AEPap ([www.famiped.es](http://www.famiped.es)).
- Bajo el título “**Decálogos AEPap**”, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria está editando un conjunto de documentos en el ámbito de la promoción y educación para la salud, sobre temas relevantes y útiles como el manejo de la fiebre, la tos y los catarros en el niño, la promoción de una alimentación sana y, recientemente, los de vacunas, asma y prevención de accidentes (**Anexo 3**). Se editan en formato de carteles y tarjetas para su difusión desde las consultas de Pediatría de AP y en documento pdf descargable gratuitamente desde la web Familia y Salud.
- Además, estamos inmersos en una serie de proyectos en el ámbito de la salud pediátrica, entre los que destacamos **PAPenRed (Anexo 4)**. La AEPap ha creado una red de vigilancia epidemiológica pediátrica en territorio español, que cuenta con 300 pediatras centinelas de todas las comunidades autónomas. Los objetivos, con numerosos potenciales temas de investigación, se resumen en el mejor conocimiento y difusión de los aspectos epidemiológicos que afectan a multitud de problemas de salud infantiles.
- **Test de diagnóstico rápido:** España es uno de los países europeos con mayor utilización de antibióticos, esto es un problema de especial relevancia en las consultas de AP en general, por ser en ellas donde mayoritariamente se realiza esta prescripción, y en la población pediátrica en particular. El uso racional de antibióticos es pues un reto para el pediatra de AP, para lo cual la disponibilidad

de **pruebas diagnósticas como son los test de diagnóstico rápido** contribuiría a reducir la variabilidad, favoreciendo el uso racional de los mismos (**Anexo 5**). Las autoridades sanitarias, atendiendo a la evidencia científica disponible, deberían dotar a las consultas de Pediatría de AP de estas pruebas diagnósticas. Es necesario recordar que estos objetivos figuran en las líneas estratégicas tanto del Sistema Nacional de Salud (SNS) como de los sistemas de salud de todas las comunidades autónomas.

- **Estudio sobre el Estado Nutricional de la Población Infantil en España (ESNUPI-E):** es un estudio sobre el estado de nutrición en menores de 15 años a partir de los datos registrados en las consultas, que incluye a toda la población y en el que se estudia la prevalencia de desnutrición, sobrepeso y obesidad; además, cada niño tiene su puntuación Z antropométrica, lo que permite conocer de manera específica los niños y entornos donde las intervenciones son más necesarias; este estudio podría ser de gran interés para el Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad. El estudio se ha llevado a cabo en tres comunidades autónomas (Navarra, Asturias y Castilla y León). Aunque los problemas nutricionales están en relación con el exceso (sobrepeso y obesidad) en el actual momento de crisis económica resulta necesario conocer también las prevalencias de desnutrición y las tendencias. Desde la AEPap nos sumamos a la iniciativa **por un Pacto de Estado por la Infancia** que promueve UNICEF y desde la plataforma que supone la Pediatría de AP ofrecemos nuestra colaboración para el abordaje de los aspectos relacionados con la salud de la población infantil (**Anexo 6**).
- Guía diagnóstico precoz hematooncológico (colaboración con la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas y las asociaciones de familiares de afectados).

Desde la AEPap, seguimos trasladando al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad nuestro compromiso y disposición a seguir colaborando en los distintos proyectos y estrategias que afecten a la salud de la población infantil y adolescente de nuestro país.

Atentamente.

**Dra. Dña. Begoña Domínguez Aurrecoechea**  
*Presidenta de la AEPap*

# ANEXO I.

## Nota del Grupo de Patología Infecciosa de la AEPap sobre la vacuna contra la varicela





Actualmente vivimos en España, respecto a la vacuna contra la varicela, una situación insólita en comparación con los países de nuestro entorno.

En menos de un año, la vacuna de la varicela ha pasado de estar incluida en el calendario oficial de algunas comunidades autónomas y poder ser dispensada en farmacias bajo prescripción médica, a ser considerada una medicación de uso hospitalario, con administración restringida a pacientes en situaciones determinadas y, por tanto, a la imposibilidad de ser adquirida. En algunas Comunidades Autónomas (CC. AA.) se mantiene en el calendario oficial para niños en edad temprana y en otras se ha desplazado a la preadolescencia, y todo ello sin mediar ningún problema en cuanto a su seguridad o efectos adversos declarados y sin que se aprecien diferencias epidemiológicas entre unas CC. AA. y otras.

Las decisiones que han abocado a esta situación, diferente en distintas zonas del país, han sido tomadas por las autoridades sanitarias de forma unilateral sin tener en cuenta la opinión de las sociedades científicas y los profesionales sanitarios, que tampoco han sido convenientemente informados de su puesta en marcha, siendo además los responsables últimos de su administración.

Creemos que existen argumentos científicos con suficiente evidencia como para replantear las decisiones vigentes, considerando que estas han sido tomadas teniendo en cuenta, en parte, modelos matemáticos cuyas proyecciones pueden o no confirmarse. En la nota sobre **uso hospitalario de la vacuna de varicela** que publica la AEMPS con fecha 11 de julio de 2014, referencia MUH, 19/2014, se puede leer: *“La catalogación como de «uso hospitalario» permite un mayor control sobre las coberturas reales de vacunación por parte de las autoridades sanitarias. **Además, garantiza que la vacuna llega a todos los grupos de riesgo o personas que la necesiten. Posibilita la actuación sanitaria en cualquier situación de riesgo (alertas, problemas de seguridad...)**”*. Ambas afirmaciones reflejan un profundo desconocimiento de la asistencia en el primer nivel. La consecución de altas tasas de cobertura vacunal depende, entre otras cosas, de la accesibilidad y proximidad del sistema sanitario a la población, condiciones consustanciales a los centros de Atención Primaria, además de la buena práctica y responsabilidad de los profesionales sanitarios, profundamente comprometidos con la mejora de las condiciones sanitarias de la población a la que atienden. Es también en Atención Primaria donde disponemos del adecuado sistema de registro, actualizado, centralizado y adaptado a las condiciones de cada paciente. De ser cierta la afirmación de la nota, todas, y no solo esta vacuna, deberían

ser administradas en centros hospitalarios para conseguir buenas coberturas y su correspondiente registro.

Respecto a la vacunación en situaciones de riesgo, cabe decir lo mismo, somos los profesionales de Atención Primaria los que mejor conocemos los factores de riesgo de los pacientes a los que atendemos y, por el conocimiento de su entorno familiar, comunitario y social, estamos en el lugar idóneo para conocer y actuar de forma precoz, como venimos haciendo con la administración de otras vacunas en diversas situaciones de riesgo (hijos de madre portadora de hepatitis B, vacuna de hepatitis A, niños trasplantados, inmunodeprimidos, viajes internacionales, cardiópatas, diabéticos, nefrópatas, etc.).

La inmunización de población susceptible constituye la medida más eficaz para el control de enfermedades infecciosas para las que existe vacuna. En España, la vacunación infantil es una práctica, salvo en grupos poblacionales muy concretos y reducidos, muy bien aceptada y demandada por los padres, de forma que la cobertura vacunal presenta unas tasas muy altas en población infantil, lo que lógicamente redundaría en la disminución de la morbimortalidad provocada por estas enfermedades. Para que se mantengan estas altas tasas de cobertura vacunal, las autoridades y los profesionales sanitarios debemos trabajar en el mismo sentido, de forma coordinada y cualquier disenso entre ambos, en caso de existir, debe ser adecuadamente explicado. En caso contrario (de no ser así), se corre el peligro de crear en la población una situación de escepticismo, cuando no de descrédito, que afecte no a una vacuna en concreto sino al hecho en sí de la vacunación en general, lo que supondría un gravísimo problema de salud pública.

Fruto de esta desinformación y de esta disparidad de actuaciones estamos asistiendo a una situación de alarma innecesaria en la población que intenta conseguir la vacuna a través de vías de suministro no controladas y no aconsejables, porque no aseguran las condiciones de conservación y seguridad necesarias para conseguir la eficacia de la misma. Hemos recogido también numerosos casos de pacientes sanos que, sin estar incluidos, ni ellos ni su entorno, en ningún grupo de riesgo, son vacunados en hospitales privados. Estos casos nos hacen suponer que ni el suministro de dosis vacunales ni las condiciones de administración de las mismas siguen los mismos criterios en los hospitales privados que en los centros que pertenecen a la red pública, y demuestran la inexactitud de la afirmación siguiente contenida en la nota antes mencionada: *“En el caso de la vacuna de varicela, el uso hospitalario viene a garantizar el uso adecuado a las Recomendaciones Oficiales”*.

Las autoridades sanitarias deben tomar las medidas pertinentes para asegurar que todos los profesionales sanitarios, tanto de instituciones públicas como privadas, cumplan la normativa. De lo contrario, estaríamos ante una situación que atenta contra los principios de universalidad, equidad y accesibilidad que deben regir la asistencia sanitaria.

Esta situación de vacunación errática, con productos no controlados, cuya viabilidad se desconoce, impedirá hacer un análisis de cobertura, eficacia, efectos adversos, etc., datos indispensables para conocer la epidemiología de la enfermedad.

Los criterios de riesgo y situaciones clínicas en que la vacunación debe realizarse fuera de calendario deben revisarse, actualizarse y publicarse, informando adecuadamente a los profesionales sanitarios, y deben aplicarse independientemente del ámbito de ejercicio, público o privado.

**En resumen**, de todo lo anteriormente expuesto queremos concluir manifestando nuestro desacuerdo con la forma de actuación de las autoridades sanitarias a las que **solicitamos**:

- **Que la estrategia vacunal frente a la varicela sea revisada** de forma conjunta por parte de autoridades y profesionales con argumentos exclusivamente científicos y técnicos.
- **Una reflexión respecto a los efectos que las medidas en vigor están teniendo en la población**, no solo en cuanto a las condiciones de obtención de vacunas, sino también a los efectos que puedan derivarse por la percepción de falta de unanimidad entre distintos servicios de salud, profesionales y autoridades, y que pueden provocar una disminución de las tasas de coberturas vacunales.
- Que hasta que haya un acuerdo, **se mantenga la vacunación en edades tempranas en aquellas CC. AA. que la vienen realizando**, ya que se ha demostrado su eficacia y seguridad y a fin de no interrumpir el seguimiento epidemiológico de su implantación.
- La publicación actualizada de **criterios de riesgo y situaciones** clínicas en que la vacunación debe realizarse fuera de calendario.
- Exigir la **aplicación de la normativa vigente a todos** los profesionales sanitarios tanto en la red pública como privada.

**Grupo de Patología Infecciosa de la AEPap**  
**Junta AEPap**





ANEXO 2.  
Página web  
Familia y Salud





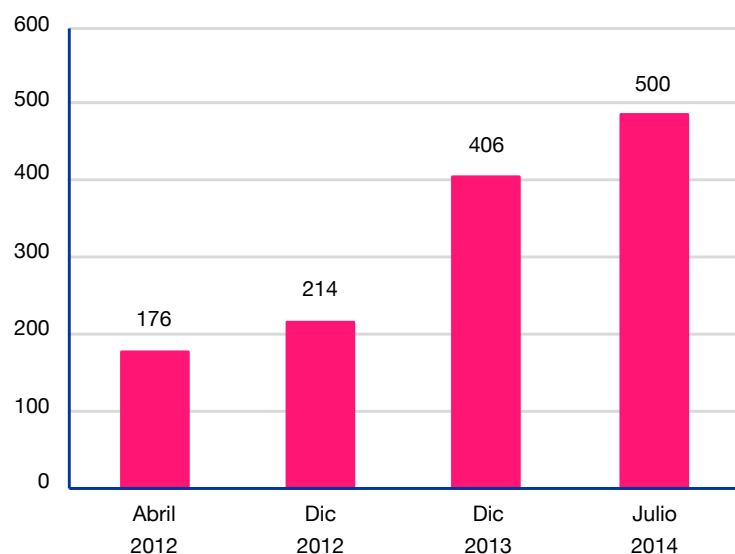
### Web Familia y Salud-AEPap. Informe 15 de julio de 2014

La web **Familia y Salud**. *Padres y pediatras al cuidado de la infancia y adolescencia* ([www.familiaysalud.es/](http://www.familiaysalud.es/)) es un proyecto de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) destinado a promover la educación en Salud, fomentar hábitos saludables y mejorar los cuidados de la salud infantil desde el entorno familiar y de los propios adolescentes.

Nacida de la página del mismo nombre que se alojaba en la web de AEPap desde el año 2000, esta web se inaugura el **14 de abril de 2012**, con objeto de ser una herramienta útil para los profesionales que trabajan en el entorno de la salud de la infancia y adolescencia (sanitarios, educadores, etc.) y como información directa, veraz, fiable y útil para los padres, familias y cuidadores, sobre el desarrollo de los hijos y los temas que son motivo de consulta frecuente o más preocupan a los padres en relación con la crianza y atención de la salud de sus hijos. En febrero de 2013 incorpora una sección específica dirigida a los jóvenes y adolescentes y padres con hijos adolescentes: **Salud Joven** *Adolescentes que cuidan su salud* ([www.familiaysalud.es/salud-joven](http://www.familiaysalud.es/salud-joven)); muy útil también para los educadores a la hora de trabajar con ellos temas de Educación para la Salud.

Desde su inicio, la web sigue creciendo y actualizando sus temas. A fecha de julio de 2014 contiene:

- **500 documentos.**
- 120 Noticias.
- Más de 300 recursos útiles (libros, cuentos, podcasts, vídeos, documentos, apps, páginas web y blogs...).



Hecha por **pediatras**, preferentemente de Atención Primaria, y otros profesionales de la salud acostumbrados a compartir con padres y familiares el seguimiento del desarrollo de sus hijos y realizar acciones de prevención y promoción de hábitos saludables: **228** autores-colaboradores.

**Todos los documentos son revisados:**

- 1.º Por el **Equipo Editorial**, para que cumplan unas normas de escritura (que eviten la terminología sanitaria y tengan un lenguaje claro, sencillo, práctico y relevante); y que estén basados en recomendaciones de buena práctica clínica y evidencia científica.
- 2.º Por el **Grupo de Educación para la Salud de AEPap**, para mejorar la legibilidad del documento y hacerlo más accesible a la población general.

Y tienen licencia de uso del tipo CC BY-NC-ND 3.0.

Los temas se organizan por **categorías temáticas**, destacando algunas **secciones específicas**:

- **Creemos**: con información del desarrollo por tramos de edad.
- **Vivimos sanos**: con numerosos temas relacionados con alimentación y hábitos saludables y salud emocional.
- **Podemos prevenir / Las vacunas**: con recomendaciones de prevención y vacunas.
- **Nos preocupa que / enfermedades**: sobre problemas y temas que preocupan a las familias en relación con la salud de sus hijos/as.
- **Medicinas**: con información útil para familias sobre los distintos grupos farmacológicos usados en Pediatría.
- **Recursos**: con diversos recursos y enlaces útiles. Incluye los **Decálogos AEPap (Anexo 3)**.
- Y... la página **Salud Joven**.

Estamos trabajando en una nueva página: **Familia y Salud en la Escuela**, con materiales y recursos para ser utilizados en el entorno educativo.

Durante el año, Familia y Salud celebra **eventos monográficos** sobre enfermedades raras, promoción de la lectura (*Leer es crecer*), alimentación saludable, ocio en verano, la vuelta al cole, en Navidad, etc.

La web Familia y Salud y la página Salud Joven son páginas **dinámicas e interactivas** que, además de una actualización continua, buscan la participación, proximidad y el interés de sus usuarios. Para ello, se incorpora:

- **Registro de usuarios:** que facilita una página principal personalizada con información de artículos según intereses por tramos de edad o temas preferentes (**1.465** usuarios registrados).
- **Boletín de novedades:** que actualiza al usuario los temas recientemente incorporados a la web (**2.087** suscriptores).
- **Nuestra encuesta.**
- **Versión de la web para móvil:** en el 2014, más del 50% de las entradas a la web se realizan a través del móvil (**43,4%**) o tabletas (8.25%).
- Temas en **Podcast (24)**, para escuchar los documentos que interesan y en el momento que se quiera.
- **Vídeos (50):** información audiovisual en temas de interés sobre salud infantil, fruto de la colaboración de AEPap con Mamitown.
- La página Salud Joven permite hacer **comentarios abiertos** en sus documentos.

También participa en las **redes sociales**, Facebook (**1.065** me gusta) y Twitter (**1.345** seguidores).

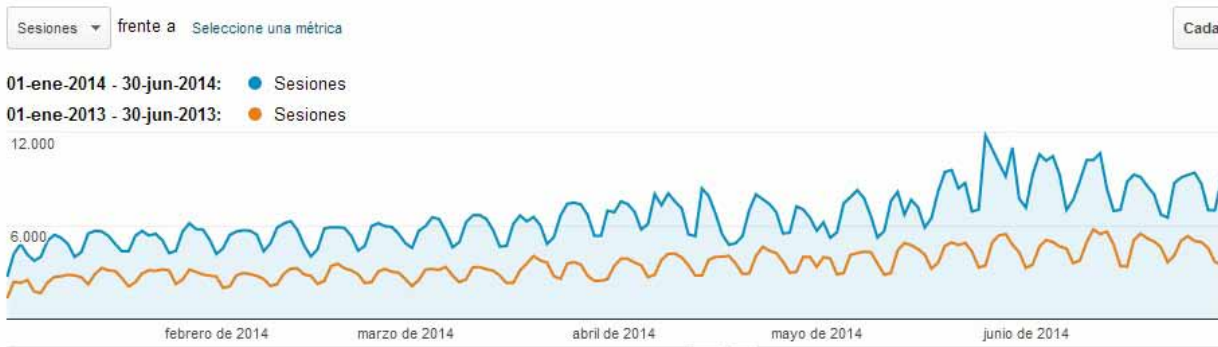
### Estadísticas de alcance

Resultado de la encuesta abierta que realizamos en la web el pasado junio de 2013, sobre 1.246 participantes, sabemos que el **59%** de los usuarios **son padres**, el 11% niños/adolescentes, el 11% profesionales sanitarios y el 6% profesionales de la educación.

En los seis primeros meses de 2014 han visitado la web **1.046.918 de usuarios**, con 1.559.212 de páginas vistas.

- El **33,94%** de los usuarios procede de **España**.
- Hay que destacar el potencial internacional y creciente de la web en países castellano-parlantes. La lista de los diez primeros países que visitan la web son: México (16,88%), Argentina (9,79%), Colombia (6,52%), Chile (5,64%), Perú (5,24%), Estados Unidos (5,06%), Venezuela (3,58%), Ecuador (2,32) e India (1,24%).
- **Por edades...** la franja etárea predominante es la de **25-34 años (33,50%)**; y luego, de 18-24 años (27,50%), de 35-44 años (15,50%) y de 45-54 años (12,50%) –no se registran los menores en las estadísticas–. Por sexo, la relación es favorable a los **hombres (54,15%)** frente a las mujeres (45,85%).

Se registran una media de **260.000 sesiones mensuales**, con **7.000-10.000 visitas diarias** (según el día de la semana). En el siguiente gráfico se recoge la progresión respecto del mismo semestre del pasado año:



La web **Familia y Salud** ha recibido el **Premio Mejores Ideas 2012**, organizado por *Diario Médico*.

No contiene publicidad y se rige por el **Código de Responsabilidad Ética de la AEPap**.

# ANEXO 3.

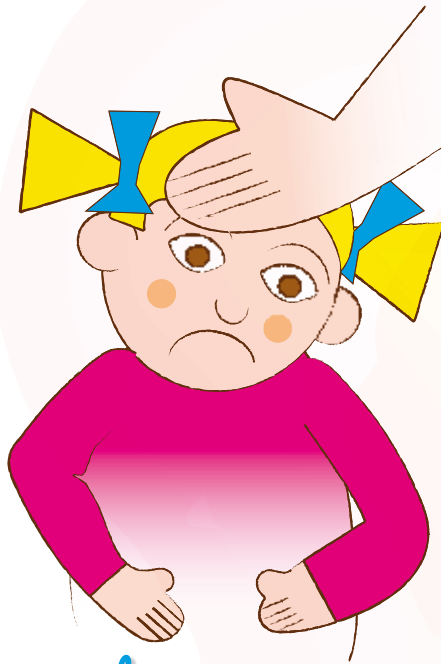
## Decálogos AEPap







# Decálogo de la fiebre



Acerca de  
la fiebre  
de vuestros  
hijos

1.

La fiebre **no es una enfermedad**. Sirve para defendernos contra las infecciones causadas tanto por virus como por bacterias.

2.

La fiebre por sí misma **no causa daño** cerebral, ni ceguera, ni sordera, ni muerte.

3.

Algunos niños predispuestos (4%) pueden tener convulsiones por fiebre. **Tratar la fiebre no previene estas convulsiones**. Nunca se debería dar medicamentos para bajar la fiebre con este fin.

4.

**Solo hay que usar medicamentos para la fiebre si hay malestar o dolor**. El ibuprofeno y el paracetamol tienen la misma eficacia para tratar el dolor. Sus dosis se calculan según el peso del niño, no según la edad. No es aconsejable alternar o combinar ambos medicamentos. No se debe dar Aspirina®.

5.

Se desaconseja el uso de paños húmedos, friegas de alcohol, duchas o baños para bajar la fiebre.

6.

No cubrir ni desabrigar demasiado al niño con fiebre.

7.

El niño con fiebre **debe estar bien hidratado**. Hay que ofrecer líquidos a menudo, a ser posible con hidratos de carbono (zumos de fruta, batidos, papillas, etc.).

8.

Está **desaconsejado** el uso de paracetamol o ibuprofeno **tras la vacunación para prevenir** las reacciones febriles o las reacciones en la zona de inyección.

9.

Ni el grado de la fiebre ni la respuesta al antitérmico nos orientan sobre la gravedad de la infección ni si está causada por virus o por bacterias.

10.

Debe **vigilar signos de empeoramiento** y consultar de forma urgente si su hijo tiene:

- Manchas en la piel, de color rojo oscuro o morado, que no desaparecen al estirar la piel de alrededor.
- Decaimiento, irritabilidad o llanto excesivo difícil de calmar.
- Rigidez de cuello.
- Convulsión o pérdida de conocimiento.
- Dificultad para respirar (marca las costillas y hunde el esternón, se oyen como silbidos cuando respira, respiración muy rápida, agitada, etc.).
- Vómitos y/o diarrea persistentes o muy abundantes que causen deshidratación (lengua seca, ausencia de saliva, ojos hundidos, etc.).
- Si no orina o la orina es escasa.
- Siempre hay que consultar urgentemente si tiene fiebre un niño menor de tres meses de edad.

 **AEPap**  
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

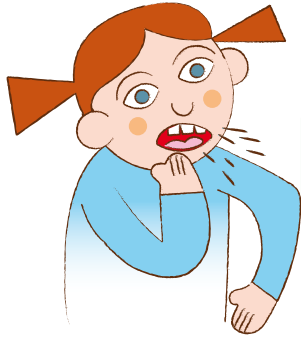


[www.famiped.es](http://www.famiped.es)

 **Familia y Salud**

[www.familiaysalud.es](http://www.familiaysalud.es)

# Decálogo de la tos



## Tos aguda en niños con catarro



1.

La tos es un **mecanismo de defensa** del aparato respiratorio. Está destinada a eliminar secreciones y cuerpos extraños para mantener la vía aérea limpia y abierta.

2.

La **causa más frecuente** de tos aguda son las infecciones de las vías respiratorias superiores (los **catarros**). Los catarros son producidos por centenares de virus diferentes. Se resuelven sin medicación en una o dos semanas.

3.

La tos aguda **no debe tratarse** con calmantes de la tos, mucolíticos, expectorantes, antihistamínicos o descongestivos nasales, especialmente en menores de seis años. En niños no está demostrado que estos medicamentos sean eficaces para el tratamiento de la tos y los riesgos superan a los posibles beneficios. Si se usan, siempre deben estar bajo control médico.

4.

Si se quitara la tos habría más retención de mocos, menos oxigenación y más obstrucción de la vía aérea. También habría más riesgo de otitis y neumonía.

5.

Los **antibióticos no son eficaces** en el tratamiento de los catarros y están contraindicados.

6.

Es muy **importante que el niño con catarro esté bien hidratado**. Hay que darle líquidos con frecuencia.

7.

También se recomienda hacer lavados nasales y humidificar el ambiente.

8.

Hay que **evitar** la exposición al **humo del tabaco**. No se debe fumar en casa.

9.

Medidas sencillas como el **lavado de manos** disminuyen el riesgo de contagio.

10.

Conviene **vigilar** y consultar con el pediatra si aparece:

- Dificultad para respirar (se marcan las costillas y se hunde el esternón, se oyen pitos cuando respira, respiración muy rápida, agitada, etc.).
- Fiebre que dura más de tres días.
- Dolor de oídos o supuración.
- Tos y mocos durante más de 10-15 días.

# Decálogo de la alimentación



*Antes de empezar,  
las manos te has de lavar,  
y al acabar,  
también los dientes limpiar.*



**AEPap**  
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)



**Familia  
y Salud**

[www.famiped.es](http://www.famiped.es) [www.familiaysalud.es](http://www.familiaysalud.es)

**1.** Una alimentación **completa y equilibrada** mantiene la salud y previene enfermedades. Se consigue con una dieta **variada** que incluya todos los grupos de alimentos. Si los niños empiezan desde el principio a **comer de todo**, se acostumbran para siempre.

**2.** La **dieta mediterránea** es muy sana. Consiste en comer muchos **vegetales** (frutas, verduras, hortalizas, legumbres), cereales (pan, pasta, arroz) y más aves y **pescado** que carne roja. Cocinar con **aceite de oliva** y poca sal, mejor yodada.

**3.** Es bueno repartir lo que se come en 5 comidas. Desayuno, comida y una cena ligera. Además, a media mañana y merienda, es mejor una fruta fresca o un bocadillo que un zumo envasado o bollería industrial. No hace falta "picar" nada más.

**4.** Los niños aprenden a **comer** imitando a los mayores. Mejor comer despacio, masticando bien, sentados en la mesa, disfrutando **en familia**. **Sin tele**, porque el niño mal comedor se distrae y no come; y el que come mucho, lo hace sin darse cuenta de la cantidad que toma.

**5.** Siempre un buen **desayuno** antes de ir a clase: **lácteo**, **cereales** (pan) y **fruta** (una pieza entera o zumo natural o ¡tomate!). Mejora el rendimiento físico e intelectual y evita la obesidad.

**6.** Todos los días frutas, verduras y hortalizas. Se recomiendan 5 raciones al día. Dos o tres deben ser frutas enteras y a mordiscos. Es mejor postre que un lácteo. No más de un vaso de zumo natural, recién hecho, al día.

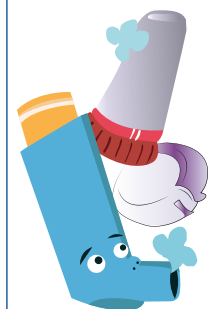
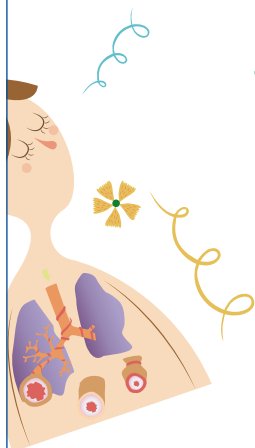
**7.** El **agua** es la única bebida necesaria y más sana que cualquier refresco, zumo o batido.

**8.** Evite la comida **precocinada** (con más grasas y sal) y los alimentos con **grasas saturadas**, trans o hidrogenadas y aceites de coco y palma (lea las etiquetas). Si toma dulces y aperitivos salados que sea con moderación. **Cocine** más veces a la **plancha**, **en el horno**, **por cocción o al vapor** y menos fritos, empanados y rebozados.

**9.** Deje que su hijo decida cuánto quiere comer. Tenga confianza: mejor **ofrecer**, **no obligar**. Los niños comen **la cantidad que necesita su cuerpo**, no la que nosotros queremos. La comida no es un castigo; ni tampoco debería ser un premio.

**10.** Conseguir una hora de **ejercicio todos los días**: correr en el patio, pasear, subir las escaleras, sacar al perro o ir andando o en bici al colegio. Además, 5 veces a la semana al menos, un poco más de deporte; más divertido en compañía.

# Decálogo del asma



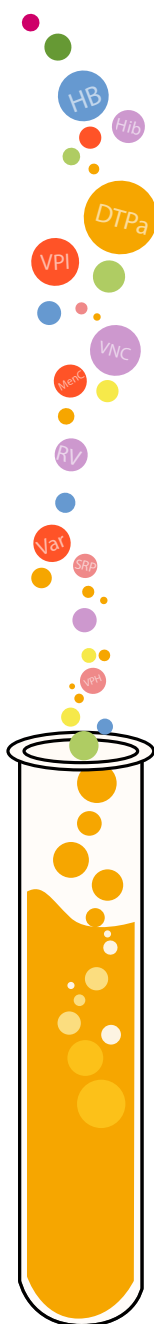
- 1. El asma es una enfermedad crónica que afecta a los bronquios.** Diversos factores hacen que los bronquios se inflamen y se estrechen dificultando el paso del aire hacia los pulmones.
- 2. Los síntomas de asma son variables y debes reconocerlos.** Cuando se presenta una crisis de asma, los síntomas principales son tos, pitidos que salen del pecho y ahogo. A veces sólo se da alguno de ellos y otras veces puede aparecer dolor de pecho o sensación de fatiga.
- 3. El asma se sospecha por los síntomas** y en los niños mayores se puede confirmar con pruebas de función pulmonar como la espirometría. Las pruebas de alergia se hacen para descartar alergias asociadas. El pediatra aconsejará el momento apropiado para hacerlas.
- 4. El asma se puede desencadenar por varias causas.** Los desencadenantes principales son las alergias (ácaros, pólenes, hongos, pelo de animales), los virus respiratorios y el ejercicio. La exposición al humo del tabaco y la contaminación son otros factores que provocan asma y la empeoran. ¡Evítalos!
- 5. Un buen control es fundamental.** Los síntomas aparecen si el asma no está controlada. Conviene evitar los factores desencadenantes y tratar la inflamación de las vías respiratorias con la medicación de control indicada por tu pediatra. Trata precozmente los síntomas cuando aparezcan.
- 6. Hay dos tipos de medicamentos para el asma:**
  - Los que la alivian, que se usan cuando aparecen síntomas. Se los conoce como broncodilatadores, porque abren los bronquios.
  - Los que controlan la inflamación o antiinflamatorios. Se usan diariamente para mantener controlada el asma. No debes dejar de tomarlos aunque te encuentres bien. Tu pediatra te lo recomendará si los necesitas y te dirá cuándo tienes que dejarlos.
- 7. Usa bien los inhaladores.** Son dispositivos que ayudan a introducir la medicación en las vías respiratorias, mientras respiras. ¡Ensaya su uso con tu pediatra o enfermera! Tienes más información en: [www.familiaysalud.es/enfermedades/sistema-respiratorio/como-se-usan-los-inhaladores](http://www.familiaysalud.es/enfermedades/sistema-respiratorio/como-se-usan-los-inhaladores)
- 8. Utiliza el plan de tratamiento, escrito y personalizado, que hayas acordado con tu pediatra.** Te indicará claramente los desencadenantes a evitar, los broncodilatadores a tomar en caso de síntomas y el tratamiento de control a seguir para controlar el asma a largo plazo.
- 9. La escuela debe ofrecer un entorno seguro.** El profesorado debe saber si tienes asma para ayudarte en caso de presentar una crisis de asma o síntomas con el ejercicio y colaborar con tus padres y tu pediatra informándoles.
- 10.** Con el tratamiento adecuado **puedes conseguir hacer una vida normal.** Incluso, practicar el deporte que te guste. Estar activo ayudará a tu salud.

**¡Controla tu asma para que tu asma no te controle!**



# Decálogo de las vacunas

## "Vacúnale, protégele"



- 1. Protegen nuestra salud** Las vacunas nos protegen frente a algunos virus y bacterias que causan enfermedades graves y potencialmente mortales. Activan nuestras defensas y **nos ayudan a defendernos** de los microorganismos
- 2. Salvan vidas** Hoy en día, siguen muriendo niños y adultos a causa de enfermedades que se podrían prevenir con vacunas, tales como la polio, el tétanos, la meningitis, la difteria, la tosferina... Sin lugar a dudas, **la vacunación y la potabilización del agua** han sido las intervenciones de salud pública que más vidas han salvado a lo largo de la historia, y lo siguen haciendo
- 3. Pueden controlar y eliminar enfermedades** Con el esfuerzo coordinado entre muchos países se puede conseguir erradicarlas **para siempre**. Un ejemplo es la viruela, que fue definitivamente erradicada en 1978, después de haber producido hasta cinco millones de muertes anuales. La polio está cercana a desaparecer. Y otras enfermedades (difteria, tétanos, rubeola, etc.) han disminuido mucho
- 4. Previenen algunos tipos de cáncer y enfermedades degenerativas** **Está demostrado** que la vacuna de la hepatitis B previene la cirrosis y el cáncer de hígado, y la vacuna del papiloma, el cáncer de cuello de útero. La vacuna del sarampión previene enfermedades neurodegenerativas
- 5. La vacunación no es solo "cosa de niños"** Se debe vacunar a **cualquier edad**: niños, adolescentes y adultos. Tanto a población sana a lo largo de la vida como a personas que por su situación de salud pueden tener más riesgos. Y en algunas **situaciones especiales** (mujeres embarazadas, viajes internacionales, determinadas profesiones...)
- 6. Son solidarias** Además de proteger a uno mismo, protegen a los demás, a nuestros contactos. Impiden la transmisión de la enfermedad. Tienen efecto protector en otras personas no vacunadas o con pocas defensas: es la "inmunidad de grupo"
- 7. Son seguras y efectivas** Hay muchos falsos mitos sobre las vacunas. Se encuentran entre los productos más seguros usados en Medicina y solo se aprueban después de haber sido **sometidas a rigurosísimos controles y estudios**. Cualquier vacuna puede causar algún efecto adverso; sin embargo, la mayoría de ellos son benignos, transitorios y fácilmente controlables. Existen muy pocas contraindicaciones reales para las vacunas
- 8. Son un derecho básico** No hay razones para que un niño muera o padezca graves secuelas por una enfermedad prevenible mediante vacunación. En España, el Sistema Nacional de Salud proporciona de manera gratuita la mayoría de las vacunas necesarias para todos los niños, en función de su edad. La decisión de vacunar a un menor corresponde a sus padres o tutores. **No debemos negarles a los niños este derecho**
- 9. Forman parte de un estilo de vida saludable** Las vacunas son tan importantes como la alimentación y el ejercicio físico para mantenerse sanos
- 10. Consejos sobre vacunación** Infórmese del calendario de vacunas recomendadas y acuda a su centro de salud en las fechas previstas. Lleve consigo su libro o tarjeta de vacunación para que le anoten las vacunas puestas. **Consulte con su pediatra o enfermera si tiene dudas.** Y hágalo con suficiente antelación si tiene intención de viajar al extranjero



# Decálogo de la prevención de accidentes



**1.** *Los accidentes son una de las causas más frecuentes de muerte en niños.* Están entre las tres primeras causas en menores de 14 años. La mayoría de accidentes son evitables. Se podría haber hecho algo para que no ocurriesen.  
**En caso de emergencia llama al 112.**

**2.** *En cada edad la forma de prevenirlos es diferente*  
En los niños pequeños la casa ha de ser un espacio seguro y vigilado por los adultos. No dejes nunca solo en casa a un niño pequeño. A los niños mayores hay que enseñarles a protegerse.

**3.** *En casa:* protege las ventanas con rejas o cierres de seguridad y no pongas sillas ni muebles bajos delante. Pon barandillas en las escaleras. Protege los enchufes, estufas y braseros. Usa los fuegos de detrás en la cocina. No cocines con el niño en brazos. Ten cuidado con la temperatura del agua del baño y no dejes solos a los niños pequeños en la bañera. Protege las esquinas de mesas y muebles. Pon topes a las puertas,...

**4.** *Con los objetos que les rodean* también se accidentan. Pueden: caerse del cambiador, la trona o la sillita de paseo. Atragantarse con partes pequeñas de juguetes o con un globo. Tragarse una pila de botón. Revisa los juguetes, envoltorios y otros objetos con los que juegan los niños. Consulta la guía de seguridad de productos infantiles potencialmente peligrosos:  
[www.msssi.gob.es/va//profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/GuiaSegProductosPeligrosos.htm](http://www.msssi.gob.es/va//profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/GuiaSegProductosPeligrosos.htm)

**5.** *Los medicamentos y tóxicos:* no los dejes donde un niño pueda alcanzarlos. No le digas que los medicamentos son caramelos. Usa siempre el medidor del jarabe en vez de cucharas de cubertería. Nunca guardes productos de limpieza o tóxicos en envases de agua o refresco, ¡los niños pueden beberlo! No dudes en llamar al **teléfono de Información Toxicológica: 91-5620420** si el niño ha tomado algo.

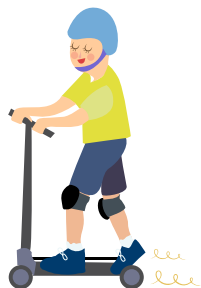
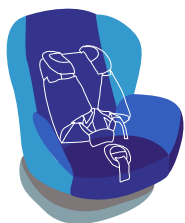
**6.** *En otras casas y lugares donde el niño acuda con frecuencia:* en casa de los abuelos, de otros familiares, en la guardería, en la escuela. Asegúrate de que en todas ellas el entorno es seguro.

**7.** *En el coche:* utiliza siempre y correctamente una sillita o sistema de retención homologado y adecuado a su peso y estatura. Ha de estar bien instalada. No debe haber holguras entre el cinturón y el cuerpo del niño, por eso es mejor que no lleve puestas prendas gruesas. Si van en transporte escolar, deberían llevar sistemas de retención. Dale buen ejemplo poniéndote el cinturón siempre.

**8.** *En los espacios de ocio:* el parque, polideportivos, plazas, los columpios, juegos, porterías, deben estar bien anclados y cumplir con las normas de seguridad. El suelo en los espacios para niños pequeños debe ser de materiales blandos.

**9.** *En bicicleta o andando:* ponle el casco para montar en bici, y dale buen ejemplo poniéndotelo tú también. Sé prudente y paciente y enséñale a cruzar la calle correctamente tanto en bici como andando.

**10.** *En piscinas, playas y otras zonas de baño:* no pierdas de vista a los niños pequeños. Las piscinas privadas deben vallarse por todos los lados y mantener su puerta cerrada cuando no esté un adulto vigilando.



# ANEXO 4, PAPenRed







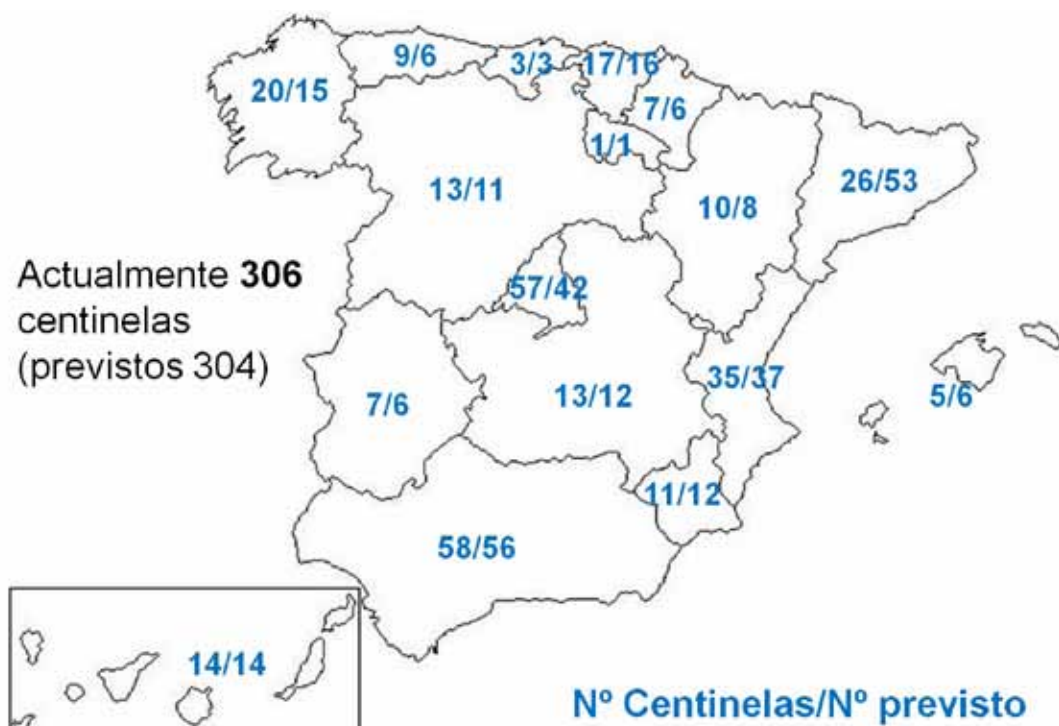
### Informe PAPenRED

Red de Vigilancia Epidemiológica para Pediatría de Atención Primaria en territorio español, promovida y coordinada por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Creada en noviembre de 2013, sus objetivos son:

- Estudiar las enfermedades transmisibles y no transmisibles susceptibles de vigilancia.
- Estudiar los determinantes de los problemas de salud y enfermedad.
- Estudiar los factores de riesgo presuntamente condicionantes del binomio salud/enfermedad.

Sobre un cálculo inicial de 304 pediatras (de los 6.215 que trabajan en la red pública de Atención Primaria), se obtendrán datos de una población estimada de 273.600 niños, lo que supone el 3,86% del total de la población menor de 14 años. Cumpliendo los requisitos de población mínima cubierta (>1%; 7.081.925 de niños de 0 a 14 años en 2011), teniendo en cuenta las variables edad sexo y grado de urbanización.

En el momento actual hay 306 centinelas en la RED que se distribuyen de esta manera por todas las comunidades autónomas:



Se ha realizado ya el primer estudio en colaboración con Fundación MAPFRE, titulado **“Accidentes en la población infantil española”**, ya editado y disponible en formato electrónico en el siguiente link: [http://www.salaprensa.fundacionmapfre.org/archive/files/20140522124843\\_ZISTSD.pdf](http://www.salaprensa.fundacionmapfre.org/archive/files/20140522124843_ZISTSD.pdf)

En la actualidad se está llevando a cabo un estudio sobre epidemiología de la gastroenteritis bacteriana infantil en el territorio español y varios proyectos están en periodo de diseño.

# ANEXO 5.

## Solicitud de dotación del test rápido de detección del antígeno estreptocócico en las consultas de Pediatría





Documento elaborado por el Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (Disponible en: [http://www.aepap.org/sites/default/files/carta\\_solicitud\\_trda.pdf](http://www.aepap.org/sites/default/files/carta_solicitud_trda.pdf)).

Con este documento pretendemos, según la evidencia científica disponible, concienciar a las autoridades sanitarias acerca de la utilidad de dotar a las consultas de Pediatría de Atención Primaria (AP) con el **test rápido de detección de antígeno del estreptococo beta hemolítico del grupo A (TRDA)**, con el objeto de conseguir una disminución del consumo de antibióticos y una mejor adecuación de la prescripción de los mismos, una disminución del gasto sanitario y una asistencia de más calidad y más segura para el paciente. Estos objetivos figuran en las líneas estratégicas tanto del Sistema Nacional de Salud (SNS) como de los sistemas de salud de todas las Comunidades Autónomas (CC. AA.).

España es uno de los países europeos con mayor utilización de antibióticos<sup>1,2</sup> registrándose además una elevada inadecuación<sup>3,4</sup> en la prescripción de los mismos y, consecuentemente, altas tasas de resistencias bacterianas<sup>5</sup>. Esto es un problema de especial relevancia en las consultas de AP en general, por ser en ellas donde mayoritariamente se realiza esta prescripción<sup>6</sup>, y en la población pediátrica en particular, dado el mayor número de consultas relacionadas con infecciones en este grupo de edad<sup>7</sup>. De hecho en población pediátrica se registran unas tasas de resistencia bacteriana más altas que en la población general<sup>5</sup>. El uso racional de antibióticos es pues un reto para el pediatra de AP.

La faringoamigdalitis aguda es un diagnóstico muy frecuente, puesto que aproximadamente un 20% de todas las consultas por enfermedad en Pediatría estarían relacionadas con faringoamigdalitis. La mayoría son de etiología viral y solo el 30% tienen su origen en el estreptococo beta hemolítico del grupo A (SBGA), siendo esta etiología mucho menos frecuente en menores de tres años<sup>8</sup>.

La gran mayoría de guías de práctica clínica recomiendan que la faringoamigdalitis en Pediatría solamente sea tratada con antibióticos cuando se haya hecho una confirmación diagnóstica de su etiología estreptocócica. Ningún signo clínico o síntoma aislados tienen un cociente de probabilidad importante como para aproximarnos al diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica (FAS)<sup>9</sup>. Es decir, que si el diagnóstico se hace solamente en base a la clínica estamos tratando erróneamente con antibióticos muchas que serán de origen viral. Existen escalas que agrupan síntomas, como la de Centor<sup>10</sup>, la más utilizada en Pediatría, pero de escaso valor predictivo positivo (VPP), de forma que basando en estos criterios la decisión de antibioterapia se da un

sobret ratamiento del 46%. Sí tienen utilidad para descartar el origen estreptocócico (elevado valor predictivo negativo), puesto que la ausencia de dos de estos criterios descarta el FAS en el 85% de las ocasiones<sup>11,12</sup>.

El cultivo faríngeo es el método de referencia para el diagnóstico de infección por SBGA, pero su limitación radica en la necesidad de disponer de un laboratorio de microbiología y en el tiempo preciso para conocer sus resultados, lo que retrasa el momento de iniciar tratamiento en caso de ser éste necesario. Por este motivo y también por la presión que la familia ejerce sobre el profesional, en muchas ocasiones se prescribe antibiótico ante la sospecha clínica sin esperar o prescindiendo de los resultados del cultivo.

El test rápido de detección de antígeno del SBGA (TRDA) es una prueba para identificar de forma sencilla, rápida y en la propia consulta, la presencia del germen en la faringoamigdalitis aguda de causa bacteriana. Los más recientes test de inmunoanálisis están preparados para detectar la presencia en amígdalas y faringe del antígeno carbohidratado específico de la pared celular del SBGA o *Streptococcus pyogenes* con una precisión diagnóstica muy próxima a la del cultivo (84 a 99% de sensibilidad y 95 a 99% de especificidad), además de disponer del resultado en plazos ahora muy cortos (5-10 minutos)<sup>13</sup>. Asimismo, los costes se han reducido mucho, y en este momento (enero de 2014), a precio de mercado hay varios que valen menos de 3 €/test<sup>14</sup>. Señalar también la importancia, para los buenos resultados del test, de que el personal que lo realice –pediatra o enfermería–, esté correctamente adiestrado en la toma de muestra faringoamigdal con hisopo.

Son importantes también los estudios que valoran efectividad y coste del test, y en este sentido disponemos de uno de calidad realizado desde la perspectiva del SNS español y publicado en 2011<sup>15</sup>. Analiza seis diferentes estrategias de abordaje en Pediatría (tratar con antibiótico todas, tratar en función de una escala clínica, TRDA a todas, TRDA a todas más cultivo en los negativos, cultivo a todas, y TRDA tras cribado mediante escala clínica –test de Centor  $\geq 3$ –) y concluye que la estrategia más efectiva era el cultivo a todas, pero la más coste-efectiva fue la realización del TRDA tras cribado mediante test de Centor (coste promedio por paciente para cultivo a todas: 86,04 €; para TRDA tras escala clínica: 48,78 €).

La mayoría de guías de práctica clínica recomiendan preferentemente realizar TRDA, y solamente cultivo en los casos en que el TRDA haya sido negativo. No obstante, las más recientes incluso admiten ya la no necesidad de confirmar con cultivo los casos de TRDA negativo<sup>16</sup>.

En resumen y respecto a la dotación de las consultas de pediatría de AP con TRDA se puede concluir que:

- Favorece y contribuye a un uso racional de los antibióticos al evitar el uso de los mismos en procesos en los que no están indicados.
- Disminuye los costes optimizando la utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos.
- Aumenta el nivel de calidad de la atención prestada a los pacientes.
- Aumenta la seguridad del paciente al establecer de forma rápida la necesidad o no de tratamiento, evitando los problemas originados por una inadecuada prescripción: efectos adversos en el paciente y resistencias bacterianas en la población.

**Por todo ello, el Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) recomienda que este método diagnóstico sea incorporado a las consultas de pediatría en este nivel asistencial** (adjuntamos el documento *UTILIDAD DEL TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE ANTÍGENO ESTREPTOCÓCICO [TRDA] EN EL ABORDAJE DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN PEDIATRÍA*, en el que se puede ampliar la información relativa a este tema y en el que se recogen las indicaciones de uso del TRDA, las instrucciones de realización y se propone un algoritmo de actuación<sup>17</sup>).

## Bibliografía

1. Campaña para el uso responsable de los antibióticos. Disponible en: <http://www.antibioticos.msc.es/PDF/antibioticos.pdf>
2. Lazáro-Bengoia E, De Abago Iglesias FJ, López-Navas A, Fernández-Cortizo MJ. Uso de antibióticos en España y marco regulador para su desarrollo clínico en la Unión Europea. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28(Supl 4):10-6.
3. Caminal J, Rovira J, Segura A. Estudio de la idoneidad de la prescripción del tratamiento antibiótico en atención primaria y de los costes derivados de la no adecuación. *Informes de Agencias de Evaluación. Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:72.
4. Ochoa C, Inglada L, Eiros JM; The Spanish Study Group on Antibiotic Treatments. Appropriateness of antibiotic prescriptions in community-acquired acute pediatric respiratory infections in Spanish emergency rooms. *Pediatr Infect Dis J*. 2001;20:751-8.

5. Pérez-Trallero E, Martín-Herrero JE, Mazón A, García-Delafuente C, Robles P, Iriarte V, *et al.*, and the Spanish Surveillance Group for Respiratory Pathogens. Antimicrobial Resistance among Respiratory Pathogens in Spain: Latest Data and Changes over 11 Years (1996-1997 to 2006-2007) *Antimicrob Agents Chemother.* 2010;54:2953-9.
6. ¿Cómo se utilizan los antibióticos en España? Disponible en: <http://www.antibioticos.msc.es/general-utilizacion.htm>
7. Campos Marqués J. La resistencia a antibióticos: un problema pediátrico. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 61-7.
8. Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Álvez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas C, *et al.* Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc).* 2011;75(5):342. e1-13.
9. Shaikh N, Swaminathan N, Hooper EG. Accuracy and precision of the signs and symptoms of streptococcal pharyngitis in children: a systematic review. *J Pediatr.* 2012;160:487-93.
10. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making.* 1981;1:239-46.
11. Tanz RR, Gerber MA, Kabat W, Rippe J, Seshadri R, Shulman ST. Performance of a rapid antigen-detection test and throat culture in community pediatric offices: implications for management of pharyngitis. *Pediatrics.* 2009;123:437-44.
12. Llor C, Hernández S, Gómez FF, Santamaría JM, Calviño O, Fernández Y. Validación de una técnica antigénica rápida en el diagnóstico de la faringitis por estreptococo beta hemolítico del grupo A. *Aten Primaria.* 2008;40:489-96.
13. Herranz B, Rodríguez-Salinas E, Orden B. Utilidad de las técnicas de diagnóstico rápido para la detección de *Streptococcus pyogenes*. *An Pediatr Contin.* 2007;5:92-5.
14. Hijano Bandera F, Piñeiro Pérez R, Orden Martínez B. Técnicas de detección rápida del antígeno estreptocócico (v.1/2012). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [Actualizado el 18/11/2012]. Disponible en: <http://www.guia-abe.es/anexos-tecnicas-de-deteccion-rapida-del-antigeno-estreptococico>





15. Giráldez-García C, Rubio B, Gallegos-Braun JF, Imaz I, Gonzalez-Enríquez J, Sarria-Santamera A. Diagnosis and management of acute pharyngitis in a paediatric population: a cost-effectiveness analysis. *Eur J Pediatr.* 2011;170:1059-67.
16. García Vera C, Aparicio Rodrigo M, Ochoa Sangrador C. Amigdalitis estreptocócica, tratar o no tratar, esa es la cuestión. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2011*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. p. 91-100.
17. García Vera C. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Utilidad del test rápido de detección de antígeno estreptocócico (TRDA) en el abordaje de la faringoamigdalitis aguda en Pediatría. Enero 2014. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/gpi\\_utilidad\\_trda\\_estreptococico.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/gpi_utilidad_trda_estreptococico.pdf)



## ANEXO 6.

La Asociación Española de  
Pediatria de Atención Primaria  
(AEPap) apoya el Pacto  
de Estado por la Infancia  
que promueven las ONG







En fechas próximas se cumplen **25 años** de la aprobación de la **Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)** por la Asamblea de Naciones Unidas. Los principios de la CDN constituyen la base de todos los planes en la infancia.

Es por ello un buen momento para tomar conciencia de la situación actual de la infancia en nuestro país y reflexionar sobre políticas de mejora.

Algunas organizaciones no gubernamentales como **Save the Children** y la Plataforma de Infancia y sus entidades miembro (incluido **UNICEF Comité Español**) llevan tiempo trabajando por la iniciativa de impulsar un **Pacto de Estado por la Infancia en España**. Proponen como referente el Pacto de Toledo P62 de 1995, que en su día supuso un gran compromiso social para proteger los derechos de los mayores. El pacto por la infancia es un llamamiento al conjunto de la sociedad, empresas, sindicatos, Administraciones públicas y partidos políticos. Debe ser un compromiso estable y duradero, con los niños como objetivo prioritario.

La AEPap somos una asociación de profesionales dedicados a la salud integral de los niños. Por ello, consideramos que es imprescindible y apoyamos un Pacto de Estado por la Infancia.

### **Invertir en la infancia, romper el círculo de las desventajas**

Con este lema, la Guía de Recomendaciones de la Comisión Europea (2013) intenta concienciar sobre la situación de los niños que han nacido en barrios o regiones desfavorecidas económica y socialmente. Estos niños probablemente continuarán con la transmisión intergeneracional de la pobreza y la exclusión social.

La Constitución Española establece la protección social, económica y jurídica de la infancia por los poderes públicos.

El II Plan estratégico de infancia y adolescencia o **PENIA II** (2013-2016) mejora las actuaciones del **PENIA I** (2006-2009), basándose en las **recomendaciones que el Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas hace a España en 2010**. El plan une a todas las Administraciones públicas y a otros agentes sociales implicados en los derechos de la infancia, como la Plataforma de Organizaciones de Infancia (POI).

A pesar de toda la legislación vigente y los planes de actuación, según los informes de pobreza de UNICEF y Save the Children:

- España es el segundo país europeo con más pobreza infantil. Cerca de un 27,7% de niños españoles viven en el umbral de la pobreza (datos del INE 2013). Hay más desigualdades sociales en la población infantil y en las familias con hijos.

- La población española está envejeciendo y nacen menos niños.
- Nuestro país cuenta con altas tasas de fracaso y abandono escolar.

Aunque hay indicio de mejoría de algunos indicadores de la crisis actual, la situación de la infancia no cambiará mientras no mejoren los indicadores relacionados con:

- La debilidad del sistema de protección social y las precarias condiciones laborales de los padres.
- Las reducciones de los presupuestos públicos en áreas clave relacionadas con los niños.
- Las políticas ineficaces y la falta de análisis de impactos. Las políticas centradas en el crecimiento económico y en el fomento del empleo no son suficientes para luchar contra la pobreza infantil.

#### **Entre las propuestas del Pacto de Estado se incluyen:**

- Actualizar elementos legislativos.
- Dar mayor visibilidad y participación a los niños en las decisiones políticas.
- Identificar y seguir las partidas presupuestarias nacionales y autonómicas destinadas a la infancia.
- Coordinar todas las políticas con estándares de calidad mínimos y evaluar los impactos en la infancia.

Entre los elementos específicos, se recomiendan:

- Elaborar un diagnóstico pormenorizado antes de diseñar cualquier medida contra la pobreza infantil y por la inclusión social. Deben dotarse recursos suficientes, independientemente del contexto económico.
- Proteger las inversiones en los ámbitos fundamentales para la infancia: educación, sanidad y protección social.
- Apostar por una educación de calidad. La educación es el mejor instrumento para combatir la pobreza y la exclusión social y su transmisión intergeneracional.

**Los recursos destinados a infancia no se deben contemplar como un coste.** Al contrario, darán beneficios a la sociedad y **deben considerarse la mejor inversión de futuro.**

Firmado:

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)  
Grupo de Cooperación, Inmigración y Adopción

## **Grupo Familia y Salud**

La AEPap y sus Grupos de Trabajo apoyamos el Pacto de Estado por la Infancia.

**Animamos a nuestros socios y a toda la población a firmar la petición de  
UNICEF**

***¡POR EL PACTO DE ESTADO POR LA INFANCIA!***

Firma en: [www.unicef.es/pactoinfancia](http://www.unicef.es/pactoinfancia)  
Vídeo de UNICEF: <http://vimeo.com/98715654>

