

# Foro Pediátrico

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura  
Colegio Oficial de Médicos. Avda. Colón, 21. Badajoz  
www.spapex.org

Vol. III - Junio 2006 - Núm. 2

## Sumario

### EDITORIAL

¿Dónde está la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura?. **PAG. 2**

### OPINIÓN

¿Qué es el maltrato entre iguales?. **PAG. 3**

### NOTICIAS

La Asamblea de la AEP, testimonio desde la AEPap. **PAG. 5**

Elecciones a cargos del Comité Ejecutivo de Junta Directiva de la AEPap. **PAG. 5**

Acuerdo para el impulso y consolidación  
de la Atención Primaria de salud de la Comunidad autónoma de Extremadura. **PAG. 6**

Noticias sobre Formación continuada pediátrica. **PAG. 12**

Premio a la Iniciativa en Pediatría en Atención Primaria 2006. **PAG. 13**

### ARTÍCULO

Aspectos prácticos para la aplicación del calendario vacunal infantil de Extremadura. **PAG. 14**

*José Luis Domínguez Carlos*

*Julián Báñez Gutiérrez*



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA  
DE ATENCIÓN PRIMARIA  
DE EXTREMADURA

Depósito Legal: BA-439-05  
ISSN: 1885-2483

Editor: Jaime J. Cuervo Valdés  
Impresión: Imprenta Rayego. Badajoz

FORO PEDIÁTRICO ES UNA PUBLICACIÓN TRIMESTRAL DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA QUE SE DISTRIBUYE GRATUITAMENTE A TODOS SUS ASOCIADOS POR CORTESÍA DE Casen-Fleet



## ¿Dónde está la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPEX)?

La SPAPEX (6) es una asociación científica y profesional sin fines lucrativos, cuyo ámbito territorial es la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Por decisión de sus miembros en Asamblea de 10 de marzo de 2.001 está federada en la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), que es una Sección de Especialidad de la Asociación Española de Pediatría.

La AEPap (5) se organiza como una federación de Asociaciones/Sociedades autonómicas de pediatras de Atención primaria. Se es socio de AEPap a través de su adscripción a la Asociación federada autonómica correspondiente (en nuestro caso, la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura).

La AEPap modificó sus estatutos iniciales para incorporarse como Sección de Especialidad de la AEP, estatutos que fueron aprobados en Asamblea el 16 de junio de 2.002.

También la AEP reconoce a AEPap en sus nuevos estatutos desde ese mismo año.

Por otro lado, la Asociación Española de Pediatría (AEP) (1) tiene dos sistemas de organización:

- una que agrupa a los pediatras españoles por territorios geográficos o Sociedades regionales (2);
- y otro por áreas de dedicación o Sociedades/Secciones de Especialidades (3)

Se adquiere la condición de socio numerario e la AEP estando en posesión del título de especialista en Pediatría y siendo socio de la Sociedad regional respectiva. En nuestro caso, todo pediatra que trabaja en Extremadura es miembro de la AEP a través de la Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura (4).

No se puede ser socio de AEP siendo socio de una de sus Sociedades de Especialidad.

## SOCIEDADES Y SECCIONES QUE PERTENECEN A LA AEP

AEP (1):

-Sociedades Regionales (2):

- Andalucía Occidental y Extremadura (4)
- Andalucía Oriental
- Aragón, La Rioja y Soria
- Asturias, Cantabria, Castilla y León
- Balear
- Canaria (Secc. Tenerife)
- Canarias (Secc. Las Palmas)
- Catalana
- Galicia
- Madrid y Castilla La Mancha
- Sureste de España
- Valenciana
- Vasco-Navarra

-Sociedades de Especialidades (3)

- Cardiología Pediátrica
- Cirugía Pediátrica
- Cuidados Intensivos Pediátricos
- Educación Pediátrica
- Endocrinología Pediátrica
- Errores innatos del metabolismo
- Gastroenterología y Nutrición Pediátrica
- Genética clínica y Dismorfología
- Hematología Pediátrica
- Infectología Pediátrica
- Inmunología Clínica y Alergología Pediátrica
- Medicina del adolescente
- Nefrología Pediátrica
- Neonatología
- Neumología Pediátrica
- Neurología Pediátrica
- Oncología Pediátrica
- Pediatría de Atención Primaria (5)
  - SPAPEX (6)
- Pediatría Extrahospitalaria y AP
- Pediatría Social
- Psiquiatría Infantil
- Radiología Pediátrica
- Reumatología Pediátrica
- Urgencias Pediátricas



## Artículo de colaboración del Centro Extremeño de Desarrollo Infantil

### ¿QUÉ ES EL MALTRATO ENTRE IGUALES?

Los estudios nos indican que aproximadamente uno de cada tres adolescentes entre 12 y 16 años se ve involucrado –ya sea como agresor o como víctima- en situaciones de abuso, cercanas a veces al maltrato grave. Sin embargo, los porcentajes de chicos y chicas que sufren o ejercen un maltrato grave -por su intensidad o por su duración- son drásticamente más bajos: del 2% al 4% de los jóvenes. Por lo tanto, en la mayoría de los casos, la intervención será preventiva o para tratar incidentes de baja intensidad.

Uno de los grandes problemas que suscita este fenómeno es la grave dificultad que tenemos para detectar las agresiones que pueda estar padeciendo un adolescente por parte de sus compañeros. A menudo este fenómeno pasa desapercibido o es mal interpretado por los adultos. De ahí que debamos observar atentamente para descubrir el proceso de agresión-victimización, basándonos a veces sólo en indicios poco claros o en rumores.

El maltrato entre compañeros puede aparecer de formas muy diversas:

- **Intimidaciones verbales** (insultos, motes, hablar mal de alguien, sembrar rumores,...)
- **Intimidaciones psicológicas** (amenazas, presiones para lograr algún objeto o dinero, o simplemente para obligar al otro a hacer cosas que no quiere ni debe hacer)
- **Agresiones físicas**, tanto directas (peleas, palizas o simplemente «collejas») como indirectas (destrazo de materiales personales, pequeños hurtos,...)
- **Aislamiento social**, bien impidiendo al otro participar, bien ignorando su presencia y no contando con él/ella en las actividades normales entre amigos o compañeros de clase.

También se dan situaciones de maltrato por **acoso de tipo racista**, cuyo objetivo son las mino-

rías étnicas o culturales. En estos casos lo más frecuente es el uso de motes racistas o frases estereotipadas con connotaciones despectivas. Igualmente se producen situaciones de **acoso sexual**. En los últimos años ha ido en aumento el acoso anónimo mediante el **teléfono móvil o a través del correo electrónico** con amenazas o palabras ofensivas.

Sin embargo, a veces, una pelea entre compañeros en situación de igualdad puede ser interpretada como maltrato, especialmente por parte del que ha perdido la pelea. Es difícil determinar cuándo se trata de un juego entre iguales, incluso amigos, y cuándo de acciones violentas con intención con consecuencias más graves. Por eso, debemos entender que se considera **maltrato toda «acción reiterada a través de diferentes formas de acoso u hostigamiento entre dos alumnos/as o entre un alumno/a y un grupo de compañeros en el que el menor que tiene el rol de víctima está en situación de inferioridad respecto al menor que tiene los comportamientos agresivos»**.

Las circunstancias que rodean al problema determinarán la intensidad del daño, que— en caso de haberse prolongado durante mucho tiempo dicha situación o de haberse realizado agresiones de gran intensidad - puede ser tal que exija una intervención más compleja y con la participación de mayor número de personas.

Del mismo modo hay que distinguir el maltrato entre compañeros de las conductas antisociales o incluso criminales, que deben ser tratadas por las instituciones apropiadas (policía, fiscalía de menores,...) Tal sería el caso de agresiones con armas u objetos punzantes, robos, abusos sexuales, amenazas graves o aquellas en que la vida de la víctima corra peligro. En cualquiera de estos casos, además de ponerse en contacto inmediato con el centro escolar y/o la familia no se debe dudar en denunciar el hecho a la policía en cuanto tenga constancia del mismo.



## ¿QUÉ PODEMOS HACER CUANDO UN NIÑO ESTÁ INVOLUCRADO EN UNA SITUACIÓN DE MALTRATO EN LA ESCUELA?

Los niños pueden asumir el rol de víctima, agresor u observador de una situación de maltrato. Si se comporta como víctima, desempeñará un papel pasivo; si se comporta como agresor, un papel activo; y si se comporta como observador, su papel es igualmente activo o, al menos, permisivo, reforzando con su comportamiento las conductas intimidadoras de los alumnos que se comportan como agresores.

En caso de que un niño esté involucrado en una situación así, debemos tener tranquilidad y, sobre todo, escuchar la información que hayamos averiguado sin trivializarla ni dramatizarla. En todo caso, podemos dar los diferentes pasos:

1. Escuchar y mostrar interés; no debemos considerarlo «cosa de chicos».
2. Indagar si realmente ha ocurrido lo que nos cuenta, y no es fruto de su imaginación.

3. Ponerse en contacto con la escuela y solicitar la intervención y cooperación del profesorado y de la familia.

4. No etiquetar a los menores y abordar siempre el problema desde una perspectiva educativa, enfrentando las conductas problema de todos los implicados para llegar a soluciones reales y estables en el tiempo.

5. Fijar una estrategia de intervención educativa no sólo individual sino con el grupo, para detener inmediatamente el daño que se está produciendo, y para tratar a medio y largo plazo las relaciones entre los involucrados. Prevenir es la mejor solución.

6. Favorecer una solución adecuada y ajustada a la situación concreta, ayudando a los niños a aprender de su conducta enseñándoles a asumir la responsabilidad que le corresponda.

7. No olvidar que no se trata de determinar quienes son los buenos y quienes los malos. Se trata de enseñar a los menores a convivir en el respeto a uno mismo y a los demás, favoreciendo la tolerancia y la cooperación.

*Soledad Hueros Ayuso*

Centro Extremeño de Desarrollo Infantil

## Cartas

*Podéis enviarnos vuestras opiniones y sugerencias:*

Sociedad de Pediatría  
de Atención Primaria de Extremadura

### FORO Pediátrico

Colegio Oficial de Médicos  
Avda. Colón, 21. BADAJOZ  
Por e-mail: [jjcuervov@spapex.org](mailto:jjcuervov@spapex.org)





## **Valencia, 2 de Junio de 2006. La Asamblea de la AEP, testimonio desde la AEPap**

Escenario de la asamblea: hora del almuerzo, muchos de nosotros sin asiento para comer (ni en la sala de la asamblea ni en los comedores oficiales del congreso), o sea, comida rápida apoyados en la barandilla de una terraza del edificio y digestión, para algunos de pie, en la asamblea.

Largos informes de los distintos cargos de la junta directiva de la AEP y del departamento de congresos

Tras hora y media, aproximadamente, se pasa a la sección de ruegos y preguntas; Interviniendo de forma impetuosa, nuestro compañero Juan José Delgado, quien en tono airado expone nuestro malestar con la AEP por la forma en que somos ninguneados en distintas publicaciones de la AEP (donde la AEPap ha sido eliminada del listado oficial de Sociedades y Secciones de Especialidades de la AEP; incluso del propio Informe de Secretaría del Comité ejecutivo de AEP), trato distinto a ponentes y el malestar creado por la carta aparecida en el boletín *Pediatría Información*, el cual era entregado con la documentación en la cartera del congreso y ha sido enviado a todos los socios de AEP a su domicilio. Solicitando, por todo ello, que se dé la palabra a Juan Ruiz Canela, como presidente de AEPap.

Tras distintas discusiones dialécticas entre nuestro compañero y la mesa de la asamblea, por fin toma la palabra Juan R Canela, como portavoz legítimo de la AEPap, primero felicitando a la organización del congreso y sintiendo el cariz que había tomado la Asamblea. Para luego exponer el profundo malestar existente en nuestra asociación por el trato recibido desde una parte del Comité ejecutivo de la AEP; sin poder realizar un discurso continuado debido a las continuas interrupciones, desde la mesa de la asamblea, por parte de Isabel Polanco y el propio Alfonso Delgado.

En su intervención, y para no polemizar más, hace dos propuestas a la Asamblea: 1ª la creación de una comisión mediadora que arbitre entre ambas partes, sobre la diferente interpretación que se hace, desde AEP y desde AEPap, en relación con el acuerdo de colaboración para celebrar la reunión anual de la AEPap dentro del Congreso de la AEP;

y 2º se solicita derecho a réplica y publicación de una editorial de la AEPap en el boletín *Pediatría Información*. Ante lo cual, como única respuesta, Alfonso Delgado dice que la AEP no precisa de nadie que haga de mediador.

No contento con el agrio cariz de la asamblea, Alfonso Delgado saca a colación una carta remitida a la AEP por pediatras (no vía MIR) de Andalucía en protesta por su situación en la OPE de ésta Comunidad, lo que hace que este grupo intervenga y haga una reclamación por el supuesto agravio padecido y del supuesto trato desconsiderado recibido de otros pediatras de atención primaria de Andalucía.

Ante lo cual, Carlos Valdivia, presidente de la Asociación Andaluza de pediatras de atención primaria, responde comentando que ese es un tema que ha sido resuelto judicialmente y es un problema particular de la administración andaluza referido a la baremación del tiempo trabajado en la fase de selección de la OPE.

Posteriormente, interviene Paloma Jara de Gastroenterología pediátrica, que se ofrece como mediadora del conflicto AEP-AEPap; en éste mismo sentido se expresa Carlos Paredes (miembro del Comité ejecutivo), ante lo que Alfonso Delgado contesta nuevamente que la AEP no necesita mediadores.

Tras algunas breves intervenciones más, en uno u otro sentido, y ante el inicio de las sesiones de la tarde se da por concluida la asamblea sin someter a aprobación de la Asamblea de la AEP ninguna decisión (tampoco, la aprobación o no del acta de la Asamblea anterior).

## **Elecciones a cargos del Comité Ejecutivo de Junta Directiva de la AEPap**

### **Calendario electoral:**

- Solicitud datos para creación de censo electoral: Julio 2006
- Información de apertura de convocatoria electoral: final Julio 2006
- Presentación de candidaturas: hasta 5 de octubre 2006



- Validación de candidaturas (en caso de errores): 9 de octubre de 2006

- Campaña electoral: del 5 al 20 de octubre 2006

- Recepción de voto por correo: hasta 17 de octubre 2006

- Jornada electoral: 20 y 21 de octubre 2006

- Proclamación de resultados: 21 de octubre 2006

Más información en [www.aepap.org](http://www.aepap.org)

## **ACUERDO PARA EL IMPULSO Y CONSOLIDACION DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA**

En la ciudad de Mérida, a once de mayo de dos mil seis, se reúnen:

De una parte, el Consejero de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, D. Guillermo Fernández Vara y el Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud, D. Francisco Manuel García Peña;

Y de otra, D. Carlos Arjona Mateos, en representación de CEMSATSE; D. Felipe Bachiller Castañón, en representación de UGT; D<sup>a</sup> Rosa M<sup>a</sup> Ramos Novo, en representación de CSICSIF; D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Luisa Barrantes Viega, en representación del SAE.

### **MANIFIESTAN**

La Atención Primaria constituye el primer nivel de acceso de la población al sistema sanitario, siendo su principal nota caracterizadora la de prestar atención integral, integrada, longitudinal y continuada a la salud a través de los distintos colectivos profesionales que desarrollan sus actividades en las correspondientes zonas de salud en que se ordena territorialmente desde el punto de vista sanitario la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Así pues la relevancia del nivel de Atención Primaria como puerta de entrada al Sistema Sanitario Público de los ciudadanos y responsable de su atención sanitaria integral, continuada y permanente, no necesita ser puesta de manifiesto.

La propia Conferencia de Presidentes Autonómicos que conjuntamente con la Presidencia del

Gobierno de España recientemente adoptó medidas extraordinarias en relación con la financiación sanitaria, puso de manifiesto y recomendó que las distintas Comunidades Autónomas realizaran esfuerzos adicionales en orden a la implementación de los recursos de todo tipo que se destinan a la Atención Primaria de Salud. Y ello, con independencia de la profunda reflexión que por parte del Sistema Nacional de Salud se va a realizar para la adaptación a la sociedad actual de la Atención Primaria de Salud. Sin duda la Atención Primaria de Salud en Extremadura tiene muchas fortalezas, puesto que no en vano es un servicio bien valorado por los ciudadanos extremeños, siendo percibido como el que más ha mejorado en los últimos años; fortalezas en las que indudablemente han sido protagonistas de primer orden, no sólo la Administración Sanitaria, sino especialmente los agentes sociales y por encima de todo los propios colectivos profesionales implicados. Sin embargo, también es cierto que continúan existiendo problemas y dificultades que estando identificados y analizados, necesitan de la adopción de las medidas pertinentes en orden a su corrección y subsanación.

La Consejería de Sanidad y Consumo es absolutamente consciente de que la adopción de cualquier tipo de medidas tendentes al impulso de la Atención Primaria necesita del apoyo y la implicación de los profesionales de la sanidad que trabajan en ella, apoyo y compromiso que deben expresarse a través de sus legítimos representantes y en el foro de negociación específico del Servicio Extremeño de Salud, cual es la Mesa Sectorial de Sanidad.

Especial mención debe hacerse al hecho de que el presente Acuerdo profundiza en el derecho al descanso tras una jornada de atención continuada, planteándose avances significativos en este aspecto, haciéndolo conciliable con la realidad de cada Equipo de Atención Primaria, su condición urbana o rural, y el derecho de los ciudadanos a recibir la correspondiente atención sanitaria.

Bajo estas premisas, las partes firmantes del presente Acuerdo entienden que las medidas encaminadas a atajar las deficiencias persistentes así como a impulsar el avance y mejora del nivel de Atención Primaria deben ir más allá de una, no por poco importante, mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales, sino que deben ser más ambiciosas abarcando acciones destinadas a intensificar los esfuerzos que se vienen realizando



en cuanto a infraestructuras físicas, informáticas y telemáticas, medidas que podríamos denominar de tipo estructural. Asimismo también se es consciente de que deben abordarse estrategias que mejoren ostensiblemente aspectos funcionales y organizativos de nuestra Atención Primaria.

Así pues, el presente Acuerdo se estructura básicamente sobre tres pilares constituidos por una serie de medidas que van en tres direcciones:

- Mejora de las infraestructuras de todo tipo de los centros de atención primaria.

- Mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales de Atención Primaria.

- Mejoras organizativas y funcionales dentro de este ámbito, comprometiéndose la Administración

Sanitaria a iniciar las reformas normativas que fueran necesarias en orden a la ejecución de las mismas.

En conclusión si las estrategias políticas y sociales a las que responde el presente Acuerdo consiguen los objetivos que las partes firmantes pretenden, es indudable que tendrán su traducción en un ostensible avance en la calidad del servicio sanitario que se presta, y por ende, en la satisfacción de los usuarios de nuestro Sistema Sanitario Público.

En consecuencia, ambas partes acuerdan las siguientes

## CLÁUSULAS

### MEDIDAS ESTRUCTURALES

**PRIMERA.-** En el ámbito de las infraestructuras físicas de los Centros de Atención Primaria, la Administración

Sanitaria Regional, dentro de su plan de infraestructuras se compromete a impulsar la realización de actuaciones en los próximos tres ejercicios presupuestarios por un importe total de setenta y tres millones de euros, que se desglosarían en tres grandes partidas:

- a) Cuarenta y cinco millones para construcción de centros de Atención Primaria de nueva construcción.

- b) Veinte millones para ampliación y reforma de los centros ya existentes.

- c) Ocho millones para equipamiento de Centros de Atención Primaria.

En el diseño y posterior ejecución de las obras a realizar tanto para reforma como nueva construcción de Centros de Atención Primaria, se continuará poniendo especial énfasis en la integración física de todos los profesionales del Equipo de Atención Primaria, así como en las condiciones generales de habitabilidad que permitan un adecuado desarrollo de las funciones que tienen encomendadas, procurándose siempre que sea posible contar con las opiniones y sugerencias de los propios trabajadores afectados.

Antes del treinta y uno de diciembre del presente año, el Servicio Extremeño de Salud deberá tener realizado un inventario de todos los Centros de Atención Primaria donde se refleje las condiciones en que se encuentran cada uno de ellos.

Por lo que respecta a los vehículos que tienen asignados los Equipos de Atención Primaria, se procederá a la adecuación del número a las necesidades y a la renovación de la flota actualmente existente de forma que, con carácter general, ninguno de ellos sobrepase los ocho años desde su puesta en servicio.

Por parte de los Coordinadores de los Equipos de Atención Primaria se dispondrán las medidas necesarias para adecuar la utilización de los vehículos a las necesidades de desplazamiento de todo el personal del Equipo, garantizándose en todo caso el uso que hasta ahora vienen realizando los Veterinarios y Farmacéuticos.

### SEGUNDA.-Infraestructuras informáticas y telemáticas.

En el área de las infraestructuras de tipo informático y telemático, y en el marco del proyecto Jara que actualmente se encuentra en plena fase de desarrollo, el Servicio Extremeño de Salud se compromete a que entre el presente año y el siguiente queden implantados los siguientes avances tecnológicos:

- Receta electrónica en toda la Comunidad Autónoma.

- Citación simultánea desde la Consulta de Atención Primaria.

- Acceso desde la Consulta a las pruebas analíticas y radiológicas.



- Historia de salud electrónica. Los servicios informáticos del SES realizarán la migración de los datos desde las aplicaciones actuales a las de nueva implantación.

- Mejora en la aplicación de Tarjeta Sanitaria.

- Automatización del visado sucesivo de recetas.

- Aplicaciones destinadas a formación a través de canales on line.

- Acceso a fuentes documentales a texto completo, bases de datos e Internet.

## **TERCERA.- Equipamiento de Equipos**

Se asigna a cada Equipo de Atención Primaria por cada uno de los profesionales sanitarios de los grupos A y B incluidos veterinarios, farmacéuticos, COF y CEDEX una dotación de ciento cincuenta euros anuales para la adquisición de pequeño equipamiento de los Equipos, relacionado con la atención sanitaria.

Esta dotación se realizará por parte de la Consejería de Sanidad y Consumo y se instrumentalizará a través de los Ayuntamientos de la Comunidad Autónoma, al objeto de fomentar la implicación y participación de las Corporaciones Locales en el Sistema Sanitario Público de Extremadura, así como la de los propios profesionales en su propio entorno comunitario.

## **MEDIDAS SOBRE CONDICIONES DE TRABAJO**

### **CUARTA.-Cambio de jornada**

Ambas partes acuerdan ofertar la extensión del cambio de jornada, con carácter voluntario, a todas las categorías profesionales que actualmente no la vengan realizando, en los mismos términos y condiciones actualmente vigentes. Esta medida, se haría extensiva pues a todo el personal de los CEDEX y COF, farmacéuticos, odontólogos, matronas, fisioterapeutas, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, técnicos especialistas, higienistas dentales, auxiliares administrativos y celadores de los Equipos de Atención Primaria.

La cuantía para los grupos profesionales C, D y E será la siguiente:

- Grupo C: 1.000 euros/anuales

- Grupo D: 900 euros/anuales

- Grupo E: 700 euros/anuales

Esta medida se hará efectiva el 15 de septiembre de 2006.

Habida cuenta del impacto en la organización del trabajo que supone la entrada de este importante colectivo de trabajadores en la jornada deslizante, se propiciará que dentro del seno de cada Equipo de Atención Primaria se concilie el carácter voluntario de esta medida con una organización racional de los recursos humanos.

Debido a las peculiaridades de su horario de trabajo, la jornada deslizante no se hace extensiva la personal que presta sus servicios en las UMER, UME ni a los profesionales de Atención Continuada.

### **QUINTA.-Productividad variable.**

Con el fin de garantizar la equiparación de todos los colectivos profesionales de Atención Primaria, habida cuenta de que en el proceso de estatutarización se crearán categorías profesionales nuevas como la de Veterinarios Farmacéuticos de Equipo de Atención Primaria y Psicólogos Clínicos y se integrará en dicho régimen un importante colectivo de trabajadores que actualmente no la vienen percibiendo así como para mejorar el sistema de incentivos existente en este ámbito, las partes firmantes acuerdan el incremento de las dotaciones económicas destinadas a Productividad Variable en cuatrocientos cincuenta mil euros adicionales durante el ejercicio presupuestario del año 2006 y novecientos mil durante el 2007, ascendiendo el incremento adicional total en el transcurso de los dos ejercicios a un millón trescientos cincuenta mil euros.

Los criterios de reparto entre los distintos grupos profesionales se efectuarán en el marco del vigente Acuerdo de Productividad Variable que finaliza en el presente año, sin perjuicio de su posible revisión o adaptación en Acuerdos posteriores.

Habida cuenta de que el vigente Acuerdo de Productividad Variable finaliza el presente año, la Administración se compromete a remitir a las Centrales Sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad una propuesta de nuevo Acuerdo sobre





esta materia para su negociación y firma en su caso en el último trimestre de este ejercicio.

## **SEXTA.-Formación.**

En el plazo de dos meses desde la firma del presente Acuerdo, la Administración presentará, para su negociación en la Mesa Sectorial de Sanidad, un Plan de Formación propia donde se contemplarán en todo caso los recursos especificados en la Disposición Adicional Novena de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para el año 2005.

## **SÉPTIMA.-Sustituciones.**

Las partes acuerdan que con carácter general, el nivel de sustituciones con motivo de las vacaciones anuales reglamentarias y los días de libre disposición sea del cien por cien de la plantilla de Unidades Básicas Asistenciales.

Para el caso de que no fuera posible hallar personal para realizar dichas sustituciones, se acumulará al personal del Equipo de Atención Primaria, percibiendo el médico y la enfermera, respectivamente, en quien recaiga la acumulación, en concepto de productividad fija, el modulo siguiente:

1º) Menos de 1200 TIS: 90 euros/día el personal médico y 60 €/día el personal de enfermería.

2º) Más de 1200 TIS o cuando el cupo acumulado no llegue a este número pero esté dividido en más de una localidad: 120 euros/día el personal médico y 80 €/día el personal de enfermería.

## **OCTAVA.-Atención Continuada, modalidad B.**

Se acuerda la modificación del complemento de Atención Continuada modalidad B con el fin de equipararlo con el de Atención Especializada, incluyéndose en el mismo una cuantía compensatoria por la manutención.

En consonancia con lo anterior la cuantía del complemento de Atención Continuada modalidad B queda determinada de la siguiente forma:

- a) Jornada de 24 horas:
  - 357,12 euros el personal médico.
  - 227,76 euros el personal de enfermería.
- b) Jornada de 17 horas:
  - 252,92 euros el personal médico.
  - 161,28 euros el personal de enfermería.

El valor de la hora de Atención Continuada se incrementará en cuatro euros para el personal médico y tres para el de enfermería los días 24, 25 y 31 de diciembre y 1 de enero de cada año.

Los efectos económicos de esta medida serán de uno de mayo de 2006.

En el plazo máximo de quince días a contar desde el de la firma del presente Acuerdo se reunirá la Comisión de Seguimiento del Acuerdo de Atención Continuada Veterinaria donde se procederá a la renovación del foro de negociación correspondiente se procederá a la adecuación, en terminos de equiparación, del Complemento de Atención Continuada correspondiente a este colectivo.

Asimismo, las partes firmantes acuerdan que con efectos de uno de enero del año 2007, la cuantía del complemento de Atención Continuada se incrementa hasta alcanzar la cuantía media de la que se perciba por este concepto en el conjunto de todos los Servicios de Salud del Estado. En el caso de que la citada media fuera inferior a la cuantía establecida en esta cláusula, el incremento será exclusivamente el que marque la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma.

Con efectos de uno de enero del año 2007, el Servicio Extremeño de Salud tendrá contratado un servicio que facilite la manutención de los profesionales durante los turnos de Atención Continuada.

## **NOVENA.-Reducción de jornada.**

Habida cuenta la profundización en el derecho al descanso que inspira este acuerdo, los profesionales que hayan realizado una jornada de Atención Continuada verán reducida su jornada ordinaria del día posterior al tiempo indispensable para atender la consulta a demanda o cualquier otra función que no pueda ser aplazada a otra jornada laboral, el resto de incidencias que pudieran surgir durante esa jornada laboral serán competencia del Equipo de Atención Primaria conforme las directrices que se marquen por el Coordinador del Equipo.

La Administración se compromete a promover los cambios normativos necesarios y establecer las medidas compensatorias en el marco del nuevo Acuerdo de Productividad Variable.



## **DÉCIMA.- Productividad fija del personal de Atención Continuada.**

Se asigna un complemento de Productividad Fija al personal médico y de enfermería de Atención Continuada por importe de 1913,39 euros y 1275 euros anuales respectivamente, que se abonará de la siguiente forma:

- El 50% de la cuantía con efectos uno de enero de 2006.

- El 50% restante con efectos uno de enero de 2007.

La cuantía de este complemento se incrementará en 1637 euros y 325 euros anuales para médico y la enfermera de Atención Continuada respectivamente, en el caso de manifestar su voluntad para atender todas las zonas de salud dentro del mismo Área.

Asimismo, una vez realizado el proceso de estaturización, para personal médico y de enfermería de los CEDES y de los COF se negociará una productividad fija.

## **UNDÉCIMA.-Desplazamientos del personal de los Equipos.**

Se acuerda el incremento en un cincuenta por ciento de la cuantía que en concepto de desplazamiento percibe el personal de los Equipos de Atención Primaria.

Las partes firmantes acuerdan establecer una distribución de este concepto lo más equitativa posible dentro de cada Equipo de Atención Primaria, de manera que se retribuya en mayor cuantía a aquellos profesionales que deban realizar más desplazamientos.

## **DECIMOSEGUNDA.-Tarjetas individuales sanitarias y complemento de productividad fija.**

El valor de la TIS en función del grado de dispersión geográfica se incrementa un diez por ciento, salvo en el tramo etáreo de más de 65 años, que será de un veinte, y en el de cero a dos años en pediatría, en cuyo caso la subida será de un quince por ciento. La mitad de este incremento será con efectos uno de mayo del presente año y el resto con efectos uno de enero de 2007.

Asimismo, se procederá a incluir en el concepto de Productividad Fija que se percibe por las TIS las

cuantías correspondientes a los pacientes asegurados por MUFACE, MUGEJU e ISFAS.

Por parte de la administración se procederá en cuanto los medios técnicos así lo posibiliten, a asignar a los médicos y enfermeras que conforman cada una de las Unidades Básicas Asistenciales el mismo número de Tarjetas Sanitarias Individuales.

Igualmente se incrementa en un diez por ciento las cuantías del complemento de productividad factor fijo para

las siguientes categorías profesionales de Atención Primaria con nombramiento de Área que atienden a más de una zona de salud:

- Pediatras.
- Odontostomatólogos.
- Matronas.
- Fisioterapeutas.
- Trabajadores sociales.

Los Técnicos especialistas, higienistas dentales y auxiliares de enfermería que se desplacen a más de una zona de salud percibirán en concepto de Productividad factor fijo, las siguientes cuantías:

- 1000 euros anuales si se desplazan a dos zonas de salud.
- 1200 euros anuales si se desplazan a tres zonas de salud.
- 1500 euros anuales si se desplazan a más de tres zonas de salud.

## **MEDIDAS ORGANIZATIVAS Y FUNCIONALES**

### **DECIMOTERCERA.-Atención Continuada de otros profesionales.**

Con el fin de optimizar al máximo todos los recursos existentes en este nivel asistencial, se acuerda que el personal médico y de enfermería, que actualmente se encuentran en proceso de estatutización, de los Centros de Drogodependencia Extremeños y de los Centros de Orientación Familiar que actualmente se encuentran en proceso de estatutización, puedan realizar turnos de atención continuada, de manera voluntaria, conllevando lógicamente la percepción del correspondiente Complemento de Atención Continuada en la



cuantía establecida para el resto de profesionales que lo perciben y en función de la categoría profesional.

Esta medida requerirá como paso previo a su implantación un análisis minucioso del impacto que pudiera tener en la planificación funcional de los centros, pudiendo incluso llegar a implantarse de forma progresiva, si con ello se evitaran posibles disfunciones.

## **DECIMOCUARTA.-Creación de plazas.**

Igualmente con el fin primordial de la optimización de recursos y de racionalización de las cargas de trabajo, el Servicio Extremeño de Salud, previa negociación en la Mesa Sectorial de Sanidad creará progresivamente y durante el transcurso de los ejercicios presupuestarios 2006, 2007 y 2008, las plazas correspondientes a las Unidades Básicas Asistenciales que sean necesarias hasta llegar a un máximo de asignación de 1600 TIS.

Asimismo, el Servicio Extremeño de Salud creará, previa negociación en la Mesa Sectorial de Sanidad, veinte plazas básicas de auxiliares administrativos en distintos Equipos de Atención Primaria con la misma finalidad y criterios expresados en el párrafo anterior.

Igualmente, el Servicio Extremeño de Salud, se compromete a ir dotando de plazas de auxiliares de enfermería a las unidades de apoyo de Atención Primaria.

## **DECIMOQUINTA.- Coordinadores de Equipos.**

Las necesidades organizativas que se derivan de un modelo de gestión centralizada, así como la tendencia hacia fórmulas inspiradas en la metodología de la gestión clínica, han de dirigir el diseño de la organización de los Equipos de Atención Primaria hacia estructuras que permitan este principio organizativo. Aunque sería necesario elaborar normas para dar soporte jurídico al funcionamiento y organización de estos servicios sanitarios, nada impide asumir estas figuras de gestión, que esencialmente se inspiran en principios de funcionamiento basados en la dirección participativa por objetivos. Para ello, en primer lugar es de suma importancia atribuir a la figura del Coordinador que, de una forma próxima al funcionamiento de los re-

ursos, no sólo ha de tomar decisiones operativas que permitan continuar funcionando y cumplir con las imposiciones normativas, sino que, precisamente apoyado en el conocimiento de sus recursos y de la población sobre la que trabaja que le proporciona esa proximidad, se convierta en director del trabajo común para encamarlo a la consecución de los objetivos de gestión que previamente se han fijado para los recursos situados bajo su responsabilidad.

De forma natural parece adecuado que el ámbito de responsabilidad sea la Zona de Salud. De esta forma se supera el actual concepto de «Coordinador del EAP», que deja fuera de su ámbito a la actuación de diversas unidades de apoyo, algunas de las cuales se ubicarían con mayor propiedad, ya que comparten no sólo población, sino también objetivos, espacios, recursos materiales...etc. Esto obliga a que, al menos desde un punto de vista funcional, sea preciso ubicarlos bajo la dependencia del «Responsable de la ZS».

Para cumplir con estos principios, se propone una mayor dedicación a las tareas propias de dirección, lo que conllevaría una liberación de las tareas asistenciales y/o de salud pública en grado variable según los requerimientos de cada ZS (tamaño de la población, personal adscrito a la ZS y personal de las unidades de apoyo que trabajan en la misma, número de centros y dispersión de los mismos en la propia ZS...etc.). En el marco de una normas básicas, será la gerencia de área la que establezca, en cada caso, el crédito horario de que se disponga para las tareas derivadas de estas labores de dirección así como la definición de incentivos adecuados para la asunción de esta tarea. A este respecto, la Administración propondrá que el criterio del compromiso con la organización que integrará los contenidos que se deben negociar de carrera profesional, quede cumplido para aquellos profesionales que hayan desempeñado un puesto de Coordinador de Equipo de Atención Primaria un mínimo de dos años ininterrumpidos o tres con interrupción.

Asimismo la Administración se compromete a impulsar las reformas normativas que sean necesarias para que quienes desempeñen este tipo de puestos puedan ver consolidadas todo o parte de sus retribuciones en función del tiempo durante el cual lo hayan desempeñado. Se crea una bolsa de Productividad Variable asociada a las funciones de



Coordinación anteriormente descrita, cuya cuantía, forma de distribución y criterios de cumplimiento de objetivos serán negociados en el foro de negociación correspondiente.

Por último, La Administración se compromete a estudiar un nuevo sistema de provisión de los puestos de Coordinador y Responsable de Enfermería de Equipo de Atención Primaria.

## **DECIMOSEXTA.-Medidas de seguridad.**

Asimismo, se acuerda la creación de un grupo de trabajo, en el seno de la Mesa Sectorial de Sanidad, encargado de estudiar y valorar las medidas de seguridad que podrían implantarse en aquellos centros de atención primaria donde se detecte que haya habido incidentes relacionados con la seguridad de los trabajadores o usuarios.

## **DECIMOSÉPTIMA.-Selección de personal temporal.**

La selección de personal temporal de las categorías de médico de familia en Equipo de Atención Primaria y médico de Atención Continuada, se realizará a través del sistema establecido en la Resolución de 19 de julio de 2004 por la que se regula la constitución de bolsas de trabajo de plazas de personal estatutario temporal de Odontostomatólogos y Facultativos Especialistas de Área, procediéndose a una convocatoria para la constitución inicial de las listas.

En las sustituciones iguales o inferiores a un mes que se tengan pactadas en los contratos de gestión, el aspirante será seleccionado de entre los que se hallen inscritos en las bolsas, a propuesta del Coordinador del Equipo de Atención Primaria.

## **DECIMOCTAVA.- Comisión de seguimiento.**

Para el seguimiento e interpretación del presente Acuerdo, se crea una Comisión compuesta por la Administración y las Organizaciones Sindicales firmantes del mismo. En prueba de conformidad, se firma el presente documento en el lugar y fecha al comienzo indicados.

## **Noticias sobre Formación continuada pediátrica**

*19 al 21 de octubre, Madrid.* IV Curso de Actualización en Pediatría de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

Más información e inscripciones en: <http://www.aepap.org/>

Cursos de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de Extremadura propuestos por la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex):

- Salud bucodental en pediatría. *Mérida, 16 y 18 de octubre de 2.006*

Cursos de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de Extremadura propuestos por el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil (CEDI):

- Atención a la salud infantil desde Atención primaria para enfermería. *Mérida, 3 al 5 octubre 2.006*

- Habilidades para el trabajo en red desde el entorno comunitario. *Don Benito, 26 y 27 septiembre 2.006*

- Habilidades de comunicación con niños y familiares en situaciones difíciles. *Badajoz, 6 y 7 noviembre 2.006*

- Problemas cotidianos de conducta en la infancia. *Plasencia, 11 y 12 diciembre 2.006*

Para más información e inscripciones, consultar DOE nº 17 de 9 de febrero de 2.006; ver Anexo III en: <http://doe.juntaex.es/pdfs/doe/2006/6700/06061513.pdf>

Programa de Pediatría: Coordinación Primaria-Hospitalaria. Año 2.006 *Área de Salud de Badajoz, 1º miércoles de meses pares.*



## **Premio a la Iniciativa en Pediatría en Atención Primaria 2006**

La Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura, con objeto de promover e incentivar trabajos realizados en el ámbito de la Pediatría en Atención Primaria, convoca el **1º Premio a la Iniciativa en Pediatría en Atención Primaria 2006**

La beca tendrá carácter autonómico y será convocada cada dos años.

La dotación económica para la presente edición será de **3.000 euros**.

### **BASES DE LA CONVOCATORIA**

- Los trabajos presentados podrán versar sobre cualquier tema relacionado con la Pediatría en Atención Primaria, debiendo ser originales no publicados o premiados anteriormente, realizados en el año 2.006 o que estén en curso o vayan a finalizar en el período máximo de un año tras la concesión del premio.

- Podrán presentar sus trabajos los socios de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura que ejerzan su actividad profesional en la Comunidad Autónoma de Extremadura, siendo al menos uno de los autores miembro de la Sociedad.

- El trabajo original y 4 copias deberán ser remitidos por correo certificado a la Secretaría de la Sociedad (Colegio Oficial de Médicos. Avda Colón 21. 06005 Badajoz). En el sobre no deberá figurar ningún remitente. En su interior se incluirá, en sobre cerrado, nombre y dirección completa del autor o autores del trabajo.

- Los trabajos tendrán una extensión máxima de 25 hojas DIN-A4 y deberán estar redactados a doble espacio, con márgenes de 2,5 cm a cada lado y fuente tipográfica de 12 puntos. La memoria del

trabajo o proyecto se adaptará, al menos, a los siguientes apartados: Título, Resumen, Antecedentes y Justificación, Objetivos, Material y Método (medios y recursos disponibles), Aplicabilidad y utilidad práctica, y referencias Bibliográficas.

- El plazo de presentación de solicitudes para optar al premio **finalizará el día 31/12/2006**.

- El Grupo calificador estará compuesto por 3 miembros que designe la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura, no pudiendo formar parte del mismo los firmantes de los trabajos ni aquellas otras personas relacionadas personal o profesionalmente con alguno de los autores. El fallo será inapelable, pudiendo considerarse desierto; en este caso el importe del premio no sería acumulado a la convocatoria siguiente.

- La entrega del premio tendrá lugar durante la celebración del Foro de Pediatría de Atención primaria de SPAPex, a celebrar en el año 2007. La cuantía del premio se entregará de la siguiente forma: un 25 % a la concesión, otro 25 % tras la entrega de resultados parciales y el 50 % restante al finalizar el proyecto. Del total de la cuantía, se deducirá la correspondiente retención a cuenta del I.R.P.F. del perceptor que será ingresada en la Hacienda Pública de acuerdo con la normativa reguladora del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y su Reglamento de aplicación.

- El concurso a la presente convocatoria supone la aceptación de estas bases.

- La publicación y difusión del trabajo premiado será realizado, en primer lugar, por la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura. Publicaciones posteriores deberán hacer referencia, siempre, a su vinculación a esta Sociedad.

**Junta Directiva de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura**



## ASPECTOS PRÁCTICOS PARA LA APLICACIÓN DEL CALENDARIO VACUNAL INFANTIL DE EXTREMADURA

**José Luis Domínguez Carlos**

Enfermero de Pediatría. Centro de Salud de Talayuela.  
Miembro del Consejo Asesor de Inmunizaciones de Extremadura

**Julián Báñez Gutiérrez**

Médico de Familia. Centro de Salud de Talayuela.  
Miembro del Consejo Asesor de Inmunizaciones de Extremadura

### COMUNICACIÓN PRESENTADA EN EL I CONGRESO EXTREMEÑO DE ATENCIÓN PRIMARIA

#### RESUMEN:

El calendario de vacunación infantil de una comunidad es una señal de identidad en la acción preventiva contra diversas enfermedades infecciosas. La Administración Sanitaria aprueba un calendario vacunal pero luego son los profesionales los que deben llevarlo a cabo y por eso es fundamental conocer todos sus aspectos y dominarlos, para poder realizarlo con eficacia. El presente trabajo pretende dar una herramienta útil a los profesionales sanitarios para aplicarlo de la mejor forma posible. Para ello, trata los aspectos relativos a los lugares de inyección más adecuados, tipo de aguja y tamaño a utilizar, nuevas vacunas recientemente introducidas, desinfección correcta previa a la vacunación, posturas prácticas para inmovilizar al niño, distintos preparados a aplicar, sobredosisificación, aspectos legales de la vacunación, en definitiva, intenta concretar aquellos conocimientos que están desperdigados entre distintas publicaciones, todo eso unido a la experiencia profesional que sólo desde la realidad se puede adquirir. Por tanto, este trabajo pretende ser una guía útil en la aplicación de algo tan importante como es el calendario vacunal infantil de Extremadura.

Palabras clave: calendario vacunal, infantil.

En primer lugar y como punto de partida debemos exponer el actual calendario vigente en

Extremadura. Este Calendario fue aprobado por decreto 231/2005 de 11 de octubre (Doe 121, 18-10-2005). Y es el siguiente:

CALENDARIO DE VACUNACIONES SISTEMÁTICAS INFANTILES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA										
0 Meses	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	15 meses	18 meses	6 años	10 años	13 años	14 años
Hepatitis B	Hepatitis B			Hepatitis B					Hepatitis B (3dosis, 0-1-6 meses) (4)	
		Tétanos	Tétanos	Tétanos		Tétanos	Tétanos			Tétanos adulto (1)
		Difteria	Difteria	Difteria		Difteria	Difteria			Difteria adulto (1)
		Tos ferina acelular	Tos ferina acelular	Tos ferina acelular		Tos ferina acelular	Tos ferina acelular			
		Poliomielitis inactivada	Poliomielitis inactivada	Poliomielitis inactivada		Poliomielitis inactivada	Poliomielitis inactivada(2)			
		Haemophilus influenzae b	Haemophilus influenzae b	Haemophilus influenzae b		Haemophilus influenzae b				
		Meningococo C	Meningococo C	Meningococo C (3)						
					Sarampión		Sarampión			
					Rubeola		Rubeola			
					Parotiditis		Parotiditis			
								Varicela (5)		

- NOTAS:** (1) Tétanos difteria adultos: se debe revacunar cada 10 años.  
 (2) Poliomieltis inactivada a los 6 años: sólo para los primovacunados con vacuna oral frente a poliomieltis.  
 (3) Meningococo C: para algunas vacunas comercializadas sólo se requieren dos dosis (2,4 meses).  
 (4) Para los no vacunados previamente.  
 (5) Para los no vacunados previamente que manifiesten no haber pasado dicha enfermedad.



Al actual Calendario Vacunal extremeño conviene añadir un aspecto novedoso que próximamente se va a incorporar mediante decreto y consiste en aplicar una dosis de recuerdo de la Vacuna Meningitis C a los 15 meses. Este aspecto fue aprobado en el Consejo Asesor de Inmunizaciones de Extremadura celebrado el día 14 de febrero del 2006 y fue asumido por la Consejería de Sanidad y Consumo. El sentido de incorporar esta dosis de meningitis c consiste en asumir el calendario de vacunaciones recomendado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (20-12-2005) en base a evitar los fallos vacunales en los lactantes que reciben la vacuna de forma rutinaria y sobre todo aumentar la efectividad de la vacuna produciendo que la protección sea más duradera al administrar una dosis de recuerdo en el segundo año de vida. Diversos estudios así lo avalan.

Otro aspecto a añadir es que el cambio en la ficha técnica que se ha producido en todos los preparados vacunales contra la Meningitis C. Hasta hace poco la pauta de vacunación para menores de 1 año era de tres dosis separadas por dos meses excepto el preparado Neis-Vac. Actualmente tanto para Meningitec como Menjugate la pauta es de dos dosis en menores de un año, quedando vacío de contenido el I apartado que puntualiza en el calendario vacunal que depende del preparado (Notas: apartado 3). Por tanto, la pauta es de dos dosis para menores de un año en los tres preparados vacunales: Neis Vac-Meningitec-Menjugate.

## **ASPECTOS PREVIOS A TENER EN CUENTA ANTES DE VACUNAR**

Antes de proceder a vacunar es importante tener en cuenta diversos aspectos tanto en el preparado vacunal, como en el niño y en el propio profesional. Vamos a exponerlos.

a-DE LA VACUNA: Es más importante de lo que parece familiarizarse con los diversos preparados y su forma de presentación, especialmente aquellos que se presentan liofilizados. Es necesario comprobar siempre la fecha de caducidad (la vacuna es válida hasta el último día del mes en el que el producto caduca), tener constancia de haber estado en perfectas condiciones de mantenimiento, conocer la dosis y su forma de administración. Debemos apuntar en la tarjeta de vacunación del

niño el número de lote de la vacuna, el preparado comercial y firmarlo. Se debe ser escrupuloso en estos aspectos puesto que las vacunas que se han administrado a un niño debe constar claramente legible por si posteriormente hubiera algún problema con el lote o con el preparado y teniendo en cuenta que puede ser de gran utilidad para otro profesional, que posteriormente tenga que interpretarlo. También en nuestra Comunidad es necesario apuntarlo en el registro nominal de vacunaciones y dejar constancia en la propia historia clínica, puesto que figurando en diversos sitios nos aseguramos salvaguardar esa información en caso de pérdida o deterioro del documento vacunal.

Otro aspecto importante a tener en cuenta sería que en muchas ocasiones el documento vacunal está anticuado (ejemplo figura DTPE o no figura vacunas recientes como la varicela), por lo que es importante en ese caso precisar claramente las diversas vacunas administradas. También es importante elegir la aguja adecuada (ampliaremos en la aplicación del calendario), es una práctica muy acertada inyectar la vacuna con agujas distintas a las utilizadas para la mezcla del producto con el objetivo de preservar la perfecta asepsia. En algunos casos como los preparados liofilizados (que hay que mezclar para asegurar esa asepsia) es conveniente introducir el disolvente en el vial y cargarlo con otra jeringa que la que lleva el boster, al no poder cambiar la aguja. No mezclar jamás vacunas en la misma jeringa que no lo exprese claramente las indicaciones del laboratorio fabricante.

En relación a la desinfección, es conveniente lavarse las manos antes y después de vacunar. La desinfección debe realizarse con suero fisiológico o agua bidestilada. Jamás debe utilizarse alcohol (una práctica desgraciadamente muy extendida) porque puede inactivar las vacunas de virus vivos. Y hacemos aquí una aportación: a pesar de lo extendido en la diversa literatura científica sobre la utilización de diversos antisépticos, insistimos en utilizar siempre los anteriormente informados por su disponibilidad, por ausencia de complicaciones, por su fácil acceso y utilización.

Además es importante conocer los intervalos mínimos para aplicar una vacunación, no existe intervalo máximo puesto que la inmunidad no se pierde.



b-DEL NIÑO: Normalmente el niño al que se le va a vacunar es un niño que conocemos y tendremos conocimiento de su historia clínica, aunque es importante asegurarse la siguiente información como anamnesis previa a la vacunación:

- Reacciones graves a anteriores vacunas.
- Padecimiento de enfermedad febril aguda, tratamiento que está tomando, si presenta síntomas de algún tipo de enfermedad.
- Tener en cuenta en adolescente si existe posibilidad de embarazo.
- Alergias de algún tipo, especialmente a gelatina, antibióticos o proteínas de huevo.
- Vacunas administradas recientemente, especialmente víricas.
- Si le han administrado plasma o gammaglobulina.

Y es importante conocer las falsas contraindicaciones, es decir, criterios equivocados para no administrar una vacuna, y perder oportunidades vacunales. Algunas de éstas son:

- reacciones leves sin importancia.
- enfermedad aguda benigna en un individuo sano.
- tratamiento con antibióticos.
- prematuridad.
- retraso del crecimiento.
- Lactancia materna.
- Historia de alergia inespecífica propia o familiar.
- Administración concomitante de tratamientos de desensibilización.
- Contacto reciente con un paciente con patología infecciosa.
- Introducción de nuevos alimentos en la alimentación del niño.
- Historia familiar de convulsiones.
- Enfermedades crónicas como diabetes, asma, celiaquía, cardiopatías...
- Malnutrición.
- Intolerancia a la lactosa.
- Intolerancia a las proteínas de la leche de vaca.
- Hospitalización.

- Temperatura ambiental alta o meses de verano.
- No estar en ayunas.
- Enfermedad neurológica conocida, resuelta y estabilizada.

También es importante explicar a los padres qué son las vacunas y para qué sirven (no demos por hecho aspectos que muchos padres desconocen), las posibles reacciones que pueden producirse y lo que deben hacer en caso de reacción.

Consiguiendo la colaboración de los padres conseguimos avanzar mucho en el objetivo de inmunizar correctamente al niño.

c-EN EL PROFESIONAL: Es fundamental conocer la técnica adecuada para la preparación de la vacuna, la técnica de inyección junto a los lugares adecuados de inyección y la inmovilización correcta del niño.

#### C.1-Preparación de la vacuna:

C.2-Lugares adecuados de inyección: (actualmente no existe ninguna vacuna en el calendario vacunal extremeño que necesite de la vía oral).

#### C.2.1.-Vía intramuscular:

1-Vasto externo: Es conveniente que el niño esté en decúbito supino, lateral o sentado. Es la localización adecuada para la inyección intramuscular en recién nacidos, lactantes y menores de 18 meses. La localización del lugar de inyección se realiza de la siguiente forma: dividir en tres partes el espacio entre el trocánter mayor del fémur y la rodilla, y trazar una línea media horizontal que divida la parte externa del muslo. El punto de inyección está en el tercio medio, justo encima de la línea horizontal. (figura 1)

Figura 1: Zona de Punción en el vasto externo.







La técnica consiste en limpiar la piel y dejar secar, inyectar donde la piel esté intacta, coger firmemente entre los dedos índice y pulgar la masa muscular sobre la que pinchar, con la jeringa cargada con la aguja clavar con un ángulo de 90°, aspirar e inyectar si no sale sangre, si fuera así sacar la aguja y repetir la inyección en otro lugar. Una vez terminada la técnica es conveniente poner algodón con esparadrapo para evitar salida del preparado o sangre procedente del pinchazo y comprimir.

2-En el deltoides: Se utiliza en niños mayores de 18 meses y que presentan un desarrollo suficiente de este músculo (no hay inconveniente utilizar en niños mayores de 18 meses la zona del vasto externo si presenta poca masa muscular en el deltoides) El lugar de la inyección sería el área del músculo deltoides a una distancia mayor de 4 cm aproximadamente del borde inferior del acromion (dos o tres traveses de dedos). El niño deberá estar sentado con el brazo flexionado sobre el antebrazo para conseguir la relajación del deltoides (figura 2).

Figura 2: Zona de punción del deltoides.



La técnica consiste en los mismos pasos y con el mismo ángulo (90°) que en el vasto externo (las dimensiones de la aguja pueden ser de 0,5 x 16 mm o 0,6 x 25 mm dependiendo de la masa muscular pero ya especificaremos este apartado cuando se expongan las diversas vacunas).

En relación a la vía intramuscular se descarta la utilización del glúteo por el riesgo de dañar al nervio ciático y de realizarlo vía subcutánea. Incluso en ciertas vacunas como la hepatitis b la ficha técnica insiste en el vasto externo y en el deltoides como lugares preferentes.

C.2.2-Subcutánea:

1-En la pierna: Se utiliza esta vía para niños menores de 2 años. El lugar de la inyección sería la zona anterolateral del muslo a nivel subcutáneo (figura 3).

Figura 3: Zona de punción subcutánea en pierna.



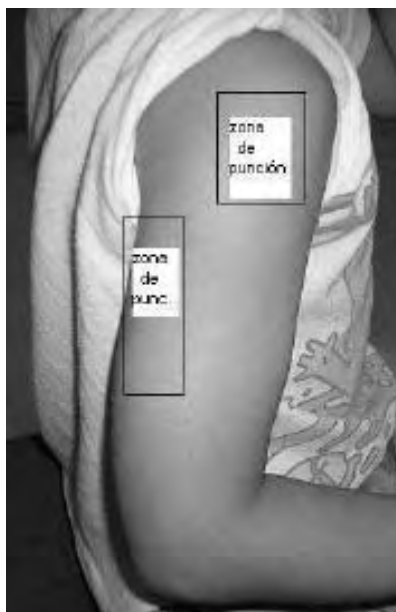
Una vez elegido el punto de inyección se toma un pellizco de la piel entre los dedos índice y pulgar, introducir la aguja con el bisel hacia abajo con un ángulo de 45°, aspirar e inyectar si no sale sangre, si fuera así sacar la aguja y repetir la inyección en otro lugar. Una vez terminada la técnica es conveniente poner algodón con esparadrapo para evitar salida del preparado o sangre procedente del pinchazo y comprimir. La aguja que se suele utilizar es de 16mm. de longitud.

2-En el brazo: Se utiliza para niños mayores de 2 años. lugar de la inyección sería en el tejido subcutánea de la región deltoidea o en el área superior externa del tríceps, insertando la aguja entre el pliegue de la piel, pinzado con los dedos en el tejido subcutánea, la punción se realiza con ángulo de 45°. (figura 4).

La aguja a utilizar es de 16 mm. La técnica igual que en la pierna.



Figura 4: Zona de punción subcutánea en el brazo.



C.3-Inmovilización correcta del niño: Al aplicar cualquier vacuna es tan importante como la técnica de punción como la inmovilización. En este apartado tratamos de dar consejos de como inmovilizar al niño teniendo en cuenta su edad, para, en definitiva, conseguir que la vacuna sea administrada correctamente. Por tanto, dividimos las técnicas de inmovilización según la edad:

Lactantes: El niño se coloca en decúbito lateral, la persona acompañante (o en su defecto cualquier otra ) sujeta al niño con una mano inmoviliza el tronco y brazo y con la otra sujeta fuertemente la pierna (figura 5). El sanitario procede a sujetar con una mano la zona de punción y con la otra administra la vacuna.

Figura 5: Inmovilización del lactante.



Niños hasta 2 años: La persona acompañante sienta sobre sí al niño, con la ambas manos abraza

al niño inmovilizando los brazos y evitando la tendencia que va a tener el niño a tocar el lugar donde procede el dolor.

El sanitario procede a inmovilizar las piernas del niño con sus propias piernas cerrándolas, y ya con una mano sujeta la zona de punción y con la otra administra la vacuna (figura 6).

Figura 6: Inmovilización del niño hasta 2 años.



Niños de 6 años: En muchas ocasiones ya colabora el niño, pero no siempre. Por tanto, lo inmovilizaremos de la siguiente forma: la persona acompañante u otra proceden a coger al niño abrazándolo inmovilizando los antebrazos para que el sanitario proceda a vacunar en los brazos (figura 7).

Figura 7: Inmovilización del niño 6 años.





En edades superiores se supone que el niño ya mayor colabora pero en ocasiones no es así, por lo que la inmovilización de 6 años sería válida para niños mayores.

## APLICACIÓN DEL CALENDARIO VACUNAL EXTREMEÑO

Para llevar a cabo la aplicación práctica de este calendario es conveniente explicar vacuna por vacuna según edad de aplicación.

**VACUNA HEPATITIS B:** Al nacer. En Atención Primaria no se aplica esta vacuna. Es uno de los importantes avances que se han conseguido al ser aplicada en el Hospital al nacer el niño, actualmente todos los niños nacen en hospital y aunque hay excepciones que los autores han vivido realmente, sin embargo de una otra forma acaban pasando por el hospital y se le aplica la vacuna de la hepatitis b. Es importante cuando tenemos el primer contacto en primaria con el niño registrarla en base a la tarjeta sanitaria o al informe del recién nacido donde se expresa que ha sido aplicada.

También es interesarse fijarse en el informe del recién nacido si es pretérmino o si ha nacido con un peso inferior a 2 Kg, la fecha cuando ha sido vacunado o si ha recibido inmunoglobulina si la madre es HBsAg positiva ya que la respuesta puede ser menos protectora y hay que tener en cuenta los intervalos mínimos para la segunda dosis.

### VACUNA AL MES: HEPATITIS B

Lugar de la inyección: vía intramuscular en el vasto externo.

Aguja de punción: 0,5 x 16 mm (naranja). Para niños con gran masa muscular se puede utilizar 0,6 x 25. A favor de esta vacuna, los autores han tenido pocas reacciones.

Preparado a utilizar: HBVAXPRO 5. Importante: HBVAXPRO 10 lleva el doble de antígeno y se utiliza en adultos.

Composición: (a tener en cuenta para niños con historia de alergia a algún componente vacunal), cada dosis de 0,5 ml lleva:

- Antígeno de superficie del virus de la hepatitis b de 5 microgramos adsorbido en sulfato hidroxifosfato de aluminio amorfo (0,25 miligramos).

- cloruro sódico.
- borato sódico.

- agua para inyectable.

Otros preparados utilizados en nuestra comunidad: Engerix 10. Importante: Engerix 20 se utiliza en adultos y lleva doble dosis de antígeno.

### VACUNA DE LOS DOS MESES:

DIFTERIA-TÉTANOS-TOSFERINA ACELULAR-POLIO INACTIVADA-HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B Y MENINGITIS C.

Lugar de la inyección: Vía intramuscular en el vasto externo un preparado vacunal y el otro en el vasto externo de la otra pierna.

Preparado a utilizar:

1-Pentavac: vacuna de difteria, tétanos, tosferina acelular y poliomiélitis inactivada, adsorbida y vacuna de haemophilus influenzae tipo b conjugada.

Se presenta en un envase monodosis que contiene un vial con polvo liofilizado y una jeringa precargada para la preparación de una suspensión inyectable. Cada dosis de 0,5 ml contiene:

- toxoide tetánico purificado.
- toxoide diftérico purificado.
- toxoide pertussi purificado.
- Hemaglutinina filamentosa purificada.
- Poliovirus inactivado tipo 1 (Mahoney) antígeno D.
- Poliovirus inactivado tipo 2 (MEF-1) antígeno D.
- Poliovirus Inactivado tipo 3 (Saukett) antígeno D.
- Polisacárido de Haemophilus influenzae tipo b conjugado con proteína de tétanos.
- Excipientes:
  - Hidróxido de aluminio.
  - formaldehído.
  - 2 fenoxietanol.
  - trometamol
  - sacarosa
  - agua para inyección.

Es conveniente ya que el Pentavac se va a utilizar a los 2, 4 y 6 meses ponerle siempre en el mismo lugar puesto que si vamos variando los lugares no podemos precisar si se produce una



reacción en la zona de punción a qué vacuna ha sido, basta con poner siempre el pentavac en la derecha o la izquierda y no olvidarse, variando siempre las otras o poner iniciales del lugar de punción junto a la anotación del lote.

Agujas a utilizar: 0,5X 16 mm (naranja): si es un niño pequeño.

0,6x 25mm (azul).

2-Neis vac: Vacuna de Meningitis C.

Composición:

Una dosis de 0,5 contiene:

-Polisacárido de Neisseria meningitidis grupo C conjugado con 10 a 0 microgramos de toxoide tetánico, adsorbida en 0,5 mg de aluminio.

- Cloruro sódico.
- Agua para inyección.

Aguja a utilizar: 0,6x 25. En casos muy claros de niños pequeños con muy poca masa muscular se puede utilizar la aguja de 0,5x 16mm. Es muy importante poner esta vacuna vía intramuscular porque si se quedara en tejido subcutánea puede provocar reacciones locales importantes (en la ficha técnica insiste en no poner subcutánea aparte de intravenosa e intradérmica).

En relación a otros preparados de Meningitis c debemos expresar que la Agencia Española del medicamento ha autorizado los nuevas fichas técnicas tanto del Menjugate como del Meningitec donde la posología para menores de un año es de dos dosis separadas al menos por un mes. Por tanto en relación a la meningitis c actualmente da igual el preparado a utilizar siendo para todos dos dosis en menores de 1 año, por tanto la puntualización que hace el calendario vacunal actual queda vacía de contenido en relación a las dosis de la meningitis c. Esta información es algo que todavía muchos profesionales desconocen y es importante puntualizarlo.

Atención: El Kit de Menjugate lleva una aguja de 0,8 x 40 y otra 0,5 x 16 mm, cuando posiblemente necesitemos 0,6 x 25 para administrar la solución. En la ficha técnica que sigue apareciendo es antigua y hace todavía alusión a los tres pinchazos en menores de 1 año.

### VACUNA DE LOS 4 MESES:

Igual que la vacunación de los 2 meses. Esto beneficia en el sentido que simplifica ya que no hace tanto tiempo se utilizaba preparados distintos. La diferencia con los dos meses es la aguja a utilizar que será en todos los casos 0,6 x 25 mm.

### VACUNA DE LOS 6 MESES:

Lugar de la inyección: vía intramuscular en el vasto externo de cada pierna. Preparados a utilizar:

1-Pentavac: vacuna de difteria, tétanos, tosferina acelular y poliomieltis inactivada, adsorbida y vacuna de haemophilus influenzae tipo b conjugada. El mismo preparado que a los 2, 4 meses.

Aguja a utilizar: 0,6 x 25 mm.

2-Hepatitis b: Hbvaxpro 5.

Aguja a utilizar: 0,6 x 25 mm.

El mismo preparado que se utilizar al nacer y al mes.

### VACUNA DE 15 MESES:

Este un aspecto novedoso como se indicaba al inicio de esta comunicación. En fechas no muy lejanas se va a proceder a añadir mediante decreto de la Cosejería de Sanidad una vacuna de recuerdo de Meningitis C, quedando de la siguiente forma:

a-En un muslo, de forma subcutánea se procede a inmunizar de triple vírica (sarampión-rubeola y parotiditis).

Preparado a utilizar: MSD

Composición:

- Virus del sarampión.
- Virus de la rubeola.
- Virus de la parotiditis.
- Neomicina.
- Albúmina humana.
- Sacarosa.
- fosfato sodico monobásico, fosfato sódico dibásico y otros.
- Agua para inyección.

Es necesario mezclar un vial de liofilizado con un vial de disolvente.



Es importante saber que no debe administrarse conjuntamente con otras vacunas víricas, hay que dejar un mes de diferencia excepto con la vacuna antipoliomielítica. Insistir en no utilizar para desinfectar éter, alcohol o detergente porque se inactiva rápidamente. Es necesario decirle los padres que los efectos secundarios como fiebre leve puede aparecer una semana posterior a la administración de la vacuna.

Otros preparados utilizados: Priorix.

Inmovilización: La explicada al inicio en niños menores de 2 años.

b-en el otro muslo: vía intramuscular en el vasto externo procederemos a vacunar de meningitis C.

Es un aspecto novedoso que en poco tiempo se va a empezar a aplicar por los motivos que se han explicado al inicio. Esta vacuna se pone vía intramuscular en la zona del vasto externo con la aguja 0,6 x 25 mm.

Preparados:

Neis Vac

Menjugate

Meningitec

### VACUNA DE 18 MESES.

DIFTERIA-TÉTANOS-TOSFERINA ACELULAR-POLIO INACTIVADA-HAEMOPHILUS INFLUEZAE TIPO B.

Vía Intramuscular en el vasto externo.

Inmovilización: La explicada en menores de 2 años.

Preparado a utilizar: Pentavac.

### VACUNA DE LOS 6 AÑOS:

1-En un brazo vía subcutánea: Triple Vírica.

Preparado a utilizar: MSD

Otros Priorix.

Inmovilización.

2-En otro brazo: vía intramuscular en el deltoides. DTPacelular.

Preparado a utilizar: Infanrix.

Composición:

- cada dosis de vacuna de 0,5 ml contiene:

-30 U.I. de toxoide difterico.

-no menos de 40 U.I. de toxoide tetánico.

-Tres antígenos de pertusis purificados.

-como excipientes 0,5 mg de aluminio, 2,5 mg de 2-fenoxyetanol, formaldehido, polisorbato 80, cloruro sódico y agua para inyectables.

Inmovilización: La explicada para niños de 6 años.

3-En uno de los dos brazos: Vacuna de la Polio Inactivada. Según la ficha técnica el lugar preferente es vía subcutánea en el brazo bien el deltoides o anterolateral del brazo. Podría ponerse intramuscular. De elegir la vía subcutánea es conveniente en el lugar opuesto al que se ha puesto la triple vírica o intramuscular en el lugar opuesto a la DTPa.

En relación a esta vacuna hay que indicar que desde el 1 de abril del 2004 (decreto 208/203) se ha establecido la polio inactivada en nuestra Comunidad. Esta incorporación era necesaria una vez que se ha decretado la erradicación de la Poliomieltis de la zona europea de la OMS, por tanto se trataba de eliminar la polio oral al ser de virus vivos para evitar seguir el virus circulante aunque fuera postvacunal. En este apartado se considera que se debe seguir poniendo una 5ª dosis de Polio inactivada si la secuencia anterior vacunal han sido de 4 polio orales, por tanto a partir de abril del 2010 ya no será necesario esta 5ª dosis porque teóricamente todos los niños tendrá una secuencia de 4 dosis de polio inactivada. Este aspecto fue pionera nuestra comunidad dentro de España y fue a propuesta de los autores de esta Comunicación en el Consejo Asesor de Inmunizaciones, tal y como consta en el acta del día 30/10/2003.

Preparado a utilizar. Vacuna Poliomieltica Berna.

Composición:

- 1ml contiene virus de la poliomieltis del tipo I,II y III.

- Excipientes: formaldehido, 2 fenoxyetanol.

Inmovilización: La explicada para niños de 6 años.

### VACUNA DE LOS 10 AÑOS:

Vacuna Antivaricela. Esta vacuna está introducida en el Calendario Obligatorio de nuestra



comunidad a partir del 1 de enero del 2006 para aquellos niños que cumplen 10 años este año (por tanto, los nacidos en el 1996).

No deben vacunarse los niños que han pasado la enfermedad, niños vacunados anteriormente con cualquier preparado antivariela y niños en los que esté contraindicado. Con esta vacuna nos podemos encontrar en la tesitura que los padres no tienen claro si ha pasado la varicela, pero no existe ningún impedimento de vacunar aunque hubiera pasado la enfermedad y no esté registrado en ningún sitio y los padres lo puedan asegurar, no parece descabellado ante esta circunstancia de pedir consentimiento informado a los padres previo a la vacunación.

Es importante evitar los productos que contengan aspirina (salicilatos) durante las 6 semanas siguientes a la vacunación para evitar síndrome de reye. Es conveniente no vacunar al mismo tiempo con otras vacunas, según la ficha técnica se ha estudiado la administración junto a hepatitis b, haemophilus influenzae tipo b de las actuales y triple vírica, y no se ha producido una diferencia relevante en la respuesta inmune. El resto no indica nada de que existan estudios. De todas formas es conveniente diferenciar también de la triple vírica al ser víricas ambas.

Vía de administración: Vía subcutánea en la región deltoidea. Aguja a utilizar: 0,5 x 16 mm.

Preparado a utilizar: VARIVAX.

Composición:

- Virus vivos atenuados de la varicela.
- Sacarosa, gelatina, urea, cloruro sódico, neomicina...

Es importante saber que VARILRIX especifica claramente en su ficha técnica que no se debe administrar de forma rutinaria en niños sanos. Por lo que se está utilizando en grupos de riesgo en base al programa de inmunización frente a la varicela para personas incluidas en grupo de riesgo.

Inmovilización: En teoría no sería necesario pero de ser así la técnica utilizada para niños de 6 años.

### **VACUNA DE LOS 13 AÑOS:**

Vacuna de la hepatitis B.

Tres dosis 0, 1, 6 meses.

Vía intramuscular en el deltoides.

Aguja 0,6 x 25 mm.

Preparado a utilizar: HBVAXPRO 5

Otros: Engerix 10.

Importante: La vacuna contra la hepatitis b fue instaurada en el calendario extremeño el 1 de octubre de 1998, por tanto se empieza a vacunar al nacer y a todos los niños a los trece años que no han recibido ninguna dosis de hepatitis b. **NO HAY QUE VACUNAR SI YA TIENE 3 DOSIS DE HEPATITIS B.** Al ser introducida con éxito la vacunación al nacer en el 1998, aproximadamente todas las cohortes de niños estarán vacunadas cuando cumplan 13 años sobre octubre del 2011, salvo las lamentables excepciones de niños que sus padres no llevan a vacunar.

Esta vacuna se realiza en campaña en los Institutos dentro del Programa de Salud Escolar. Es conveniente no vacunar al niño que no aporta tarjeta de vacunación y remitirlo a su centro de salud, para solucionar el problema. Ante la picaresca de algunos niños de no informar a los padres, revisaremos esta situación al mes con la segunda dosis y a los 6 meses con la tercera.

### **VACUNA DE LOS 14 AÑOS:**

VACUNA DE DIFTERIA Y TÉTANOS.

Vía Intramuscular en el deltoides. Aguja 0,6x25 mm.

Preparado a utilizar: Anatoxal Tedi Berna.

Composición:

.Antígeno tetánico purificado.

.Antígeno diftérico purificado.

.Excipientes: fosfato de aluminio, tiomersal, cloruro sódico, agua para inyectable.

Otros preparados utilizados: DIFTAVAX.

Es importante poner esta vacuna dentro del Programa de Salud Escolar puesto que la tendencia de los padres es no estar tan pendientes (no todos, por supuesto) de continuar vacunaciones una vez que los niños han llegado a la adolescencia, también hay que recordar vacunar antes de los 10 años de esta vacuna de forma continua para continuar con la inmunización de tétanos y difteria.



## ASPECTOS LEGALES EN LA VACUNACIÓN:

A menudo cuando consultamos este tema nos aparece mucha información sobre los aspectos legales de las vacunas en relación a información sobre el preparado, la ficha técnica, etc. Pero no sobre un aspecto muy importante: ¿Podemos aplicar el calendario vacunal de nuestra comunidad a un niño si los padres no lo consideran necesario? Desgraciadamente no puesto que ya desde la antigua Ley General de Sanidad en su artículo 10 en diversos apartados expone que la persona se puede negar a recibir tratamiento (en el amplio sentido de medicamento o vacuna) y si no estuviera capacitada para tomar esa decisión (caso del niño) el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas. La Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente intenta precisar más en caso de escuchar la opinión del menor y del consentimiento, pero siempre recae la última palabra en los familiares. Solamente se podría intervenir sin ese consentimiento en caso de urgencia vital o un riesgo para la salud pública, pero la aplicación de vacunas no entraría en esos dos apartados que claramente expone la ley general de sanidad.

Un apunte sobre la vacunación es que ley considera válido el consentimiento verbal cuando los padres acceden a vacunar a sus hijos.

Por tanto, y por las repercusiones posteriores que pudiera haber es importante siempre dejar constancia de todo el proceso (fecha, dosis administrada, vía, lote...) tanto en la tarjeta vacunal como en la historia clínica, y en algunas ocasiones, por ejemplo, en la vacunación por campaña donde no están los progenitores, la autorización escrita. En este apartado, puede ocurrir que pensemos que ningún padre se negaría a vacunar a su hijo, siendo como es tan importante para la salud individual y colectiva, pero recordemos campañas en la opinión pública en lugares como Inglaterra por la falsa relación que se estableció entre triple vírica y autismo o en Francia entre hepatitis b y algún tipo de patologías como la esclerosis. Por tanto, es muy importante explicar e informar para que de esa forma consigamos la colaboración familiar en algo tan importante como es la salud infantil. Y nunca olvidarse de dejar constancia clara en la historia clínica del niño por su importancia como documento legal y como justificante de todas nuestras actuaciones.

## BIBLIOGRAFIA:

-Decreto 231/2005 de 11 de octubre por el que se modifica el calendario de vacunaciones sistemáticas infantiles de la Comunidad Autónoma de Extremadura (Doe 121, 18-10-2005).

-Calendario de vacunaciones recomendado 2006. Comisión de Salud Pública celebrada el 20 de diciembre de 2005. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

-Jesús Ruiz Contreras .Cambios necesarios en el calendario vacunal infantil. Meningococo C. Actualización en Vacunas 2006, pag. 11-19.

-L.M.Fernández Cuesta: La enfermedad meningocócica en España. ¿Es necesario modificar la pauta de vacunación?

-Comité Asesor de Vacunas. Asociación Española de Pediatría. Contraindicaciones y precauciones de las vacunas. Manual de Vacunas de Pediatría 2005.

-F.González Romo. Contraindicaciones y efectos adversos de las vacunas. Actualización en Vacunas 2006, pag.95-105.

-www.vacuna.net.jj picazo. Guía practica de vacunaciones.

- .American Academy of Pediatrics.Committee on Infectious Diseases. RedBook 2003 XXVIª edición.

-Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo www.agemed.es. Fichas técnicas de vacunas.

-Decreto 208/2003 de 16 de diciembre, por el que se aprueba el nuevo calendario de vacunaciones sistemáticas infantiles de la Comunidad Autónoma de Extremadura (DOE 23-12-2003).

-M. M. Pastor Bravo, F. Rodes Lloret: Medicina Legal de la Asistencia pediátrica en Atención Primaria (II). Secreto médico, información y consentimiento.

-Ley General de Sanidad de 14/1986 de 25 Abril (BOE 29-4-86).

-Ley 41/02 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15/12/2002).