

La continuidad de cuidados pediátricos fuera del ámbito sanitario. Los niños con necesidades especiales

Osasun eremuaz kanpoko zaintza pediatrikoak. Premia berezidun umeak

F. Salmón Antón, E. Gonzalo Alonso, N. Salmón Rodríguez, O. Rotaeché Vacas, A. Monasterio Rodríguez, M. García Suberviola, J. Martín González

Centro de Salud Arrigorriaga-Ugao, Osakidetza.

Correspondencia: Dr. Fernando Salmón Antón. Servicio Pediatría Centro de Salud Arrigorriaga-Ugao. Paseo Urgoiti, 10. 48480 Arrigorriaga
E-mail: fernando.salmonanton@osakidetza.net

En la mayoría de las situaciones cotidianas en el ejercicio de la Pediatría en Atención Primaria, nuestra intervención empieza y termina, dentro del Centro de Salud.

Puntualmente nos llegan niños especiales que demandan una continuidad de cuidados, que requieren la coordinación del estamento sanitario, familiar y escolar.

Coincidiendo con el debut temprano de una Diabetes Melitus Insulina Dependiente en un niño de 2,5 años y el nacimiento de una niña afecta de una Epidermólisis Buloosa, en el mismo mes, se nos plantearon conflictos interinstitucionales entre los estamentos de sanidad-educación-familia a la hora de aplicar la continuidad de cuidados que estos niños requerían.

La aparición de estos dos pacientes, nos hizo plantearnos cuantos niños de nuestro entorno son potenciales afectados de recibir cuidados especiales, y en qué medida tienen garantizado recibir la asistencia específica.

Los niños que requieren continuidad de cuidados fuera de una institución sanitaria, ponen de manifiesto la necesidad de un servicio específico integral, y en ausencia de este servicio, emerge la necesidad de personal formado (sanitario o no) con la suficiente pericia para poder ejecutarlos adecuadamente según un protocolo de actuación establecido, que de no hacerlo con pericia, pudiera ocasionar efectos graves o incluso letales en los niños

Esto solo es viable con la implicación y el compromiso de los tres estamentos involucrados, hasta que el afectado pueda ser el que lidere sus auto cuidados .

En el estamento médico clasificamos a estos pacientes como niños afectados de enfermedades crónicas y/o dependientes. En el ámbito escolar son los Niños Especiales, que necesitan Ayudas Específicas, bien con refuerzo Pedagógico terapéutico (por retraso escolar, por déficit de atención, etc.,

con profesora de refuerzo) o por Auxiliares de apoyo (ayuda desplazarse, ayuda de comedor, ayuda en patio, etc.).

Los niños que pueden requerir continuidad de cuidados son:

- **En el ámbito sanitario:**
 - Niños afectados de enfermedades crónicas y dependientes.
 - Niños con enfermedades raras⁽¹⁾.
 - Niños con deficiencia psíquica y/o motriz
 - Grandes prematuros⁽²⁾.
 - Niños que necesitan cuidados paliativos pediátricos, CPP⁽³⁾.
- **En el ámbito escolar:** son los niños especiales, que necesitan ayudas específicas.
 - Con refuerzo Pedagógico terapéutico (profesoras de refuerzo, logopedas, CRI, etc.).
 - Con Auxiliares de apoyo (ayudas a desplazarse, a comedor, de patio, etc.).

LOS RECURSOS MÉDICO-SANITARIOS PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS PEDIÁTRICOS

En Atención Primaria para prestar una continuidad de cuidados nos apoyamos en:

1. El Informe Clínico de Alta Hospitalario (diagnóstico, indicaciones, cronograma y pautas de actuación) (Figs. 1 a 3).
2. El equipo Pediátrico del Centro de Salud (formación, predisposición y disponibilidad del personal sanitario).
3. Ayudas y Protocolos de la Asociación de Afectados de alguna de las patologías indicadas (DEBRA, AEPNAA, SELCAP, CRI, Asociaciones de niños diabéticos, SEAIC, etc.).
4. Los Programas de Atención Temprana.
5. Los cuidados domiciliarios del Prematuro (son exclusivamente para prema-

turos nacidos en un determinados hospitales, no intetrasferibles).

6. Hospitalización domiciliar hospitalaria, HOSPIDOM (la cobertura depende de la zona de influencia del hospital, y si el hospital tiene servicio de pediatría, y de la ubicación del paciente).
7. Los Servicios de Cuidados Paliativos Pediátricos, CPP (escasos y restrictivos actualmente)^(3,4).

La continuidad de cuidados, en la mayoría de las ocasiones, están limitados por lugar de nacimiento, lugar de residencia, la cobertura territorial de la institución, voluntariedad del personal educativo y en ocasiones de la disponibilidad de la familia.

EL SOPORTE ADMINISTRATIVO Y LEGAL PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS PEDIÁTRICOS

Con la intención de regular el conflicto de intereses generado el Departamento de Educación junto al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, publico **La Circular Atención Sanitaria Especial durante el Horario Escolar**, en el Acuerdo del Consejo de Gobierno del 29 de noviembre del año 2005⁽⁵⁾.

Dicha Circular establece unas **premisas básicas**:

1. El sistema sanitario garantiza la atención/asistencia de toda la población escolar y actúa por norma, en los centros de salud; solo excepcionalmente actúa fuera de ese marco y por razones de urgencia sanitaria.
2. El sistema educativo y quienes en él trabajan no tiene como tarea la asistencia sanitaria al alumnado, salvo en aquellos casos de urgencia vital.
3. La imposibilidad de tener una representación sanitaria pública en cada centro escolar (enfermera) obliga a la formación del profesorado y a proponer

protocolos que permitan una rutina educativa sanitaria en casos urgentes.

4. A fomentar la colaboración voluntaria del profesorado/monitores, personal ONG, personal de ordenes religiosa, etc., previa autorización expresa y por escrito de padres o tutores de cada escolar de situación sanitaria especial

El **protocolo de actuación** establecido en la Circular sería:

1. Comunicar el problema especial de salud al Centro escolar, que intentará solucionarlo con los recursos propios de personal previamente capacitado y con un protocolo de actuación escrito. Para ello el padre o tutor dará permiso por escrito a quien se oferte a actuar, descargándole explícitamente de todo tipo de responsabilidad en el cumplimiento de dicha tarea.
2. Si el Centro escolar no fuera capaz de dar solución con sus propios recursos, la dirección de la Comarca Sanitaria arbitrará el modo de atender el caso. Solo en casos excepcionales, tras la valoración concreta de cada caso, se asignará el niño o la niña al Centro de Salud más cercano.

Formación del profesorado:

1. Se ofertaran cursos de formación -debidamente acreditados- al profesorado que voluntariamente desee participar, en alergia alimentaria, reanimación, atragantamiento, asma, epilepsia, etc., en los tres Territorios Históricos.
2. A petición del propio Centro escolar, se ofertaran bajo la responsabilidad de un profesional de la salud y con la colaboración siempre que sea posible de personal de ONGs relacionadas con el tema en cuestión, charlas/cursillos de formación destinados a personal docente, monitores o monitoras, APAS y escolares.

La *American Academy of Pediatrics*, en octubre de 2009 publica un artículo a propó-

sito de **la controversia de quien y en que condiciones se deben aplicar medicamentos en la escuela**⁽⁶⁾ y otro artículo sobre quien es la persona mas indicada para aplicar la insulina en horario escolar y establece las siguiente preferencia: una enfermera escolar, y a falta de esta se delega en un asistente no titulado pero formado (enfermera en practicas), y por ultimo cuando sea capaz el niño por edad y conocimientos, por autoadministracion⁽⁷⁾.

En cuanto al **sopORTE Legal**, el artículo 195 del **Código Penal**⁽⁸⁾, se establece como delito el incumplimiento de la obligación de todas las personas de socorrer a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiera hacerlo sin riesgo propio ni de terceros. Igualmente, el artículo 20 del Código Penal indica que están exentos de responsabilidad criminal los que obren en cumplimiento de un deber.

Así mismo la **Constitución Española de 1978**⁽⁹⁾ manifiesta que los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en que legalmente proceda.

La **Convención sobre los Derechos del Niño**, CDN⁽⁹⁾ es un tratado internacional de las Naciones Unidas por el que los Estados firmante reconocen los derechos del niño a la vida y a la salud y en la última reunión del año 2009 añaden específicamente, que los niños tienen derecho a cuidados especiales, protección y socorro, y a no ser discriminados. La CDN reconoce a los niños como sujetos de derecho, pero convierte a los adultos en sujetos de responsabilidades.

Entre los **Derechos y deberes de los pacientes de Osakidetza**, en el artículo 21 dice "A colaborar de acuerdo con las autoridades sanitarias en actividades de voluntariado y apoyo a Osakidetza/Servicio Vasco de Salud"⁽¹⁰⁾.

Por último, una de las Fortalezas de la Atención Primaria, es que el Centro de Sa-

lud es el que lidera la continuidad de cuidados a los niños o niñas que los precisen.

En nuestros casos, las actuaciones en horario escolar de la D.M.I.D., requieren controles de Dx e inyección de Insulina s.c. Y la Alergia Alimentaria, puede necesitar la aplicación de Adrenalina autoinyectable i.m., lo que choca con el convenio de trabajo del personal escolar no sanitario en la actualidad, "nada de inyectar"

Las curas de la Epidermólisis bullosa requieren al menos cuatro manos y un entorno aséptico casi quirúrgico, que no podemos ofrecer en nuestro Centro y el soporte de enfermera del Centro de Salud precisa que un padre tenga que resentir su horario laboral.

CASOS CLÍNICOS

En el CS de Salud de Arrigorriaga, con 1544 niños menores de 14 años, actualmente controlamos con necesidades especiales: 4 Autistas y entorno autista, 12 Ayudas pedagógicas, 1 Síndrome de Down, 1 Cromosomopatía con Retraso P.M., 1 Cardiopatía compleja, 1 Trasplante renal, 1 Mielomeningocele, 1 Hemofilia, 4 Retraso Psicomotor, 1 Síndrome de Kokain, 1 Aniridia Congénita Bilateral, 1 **Diabetes Mellitus Insulino Dependiente**, 1 **Epidermólisis Bullosa**, 4 **Alergias Alimentarias Severas**

1. Diabetes mellitus insulino dependiente

El informe de alta hospitalaria del niño que debuta con una DMID⁽¹⁶⁾ (Fig. 1), inició el proceso de resolución de los cuidados requeridos con las siguientes **posibilidades** para efectuar la continuidad de cuidados en horario escolar.

- Los padres, se personan en el colegio y atienden al niño.
- Personal escolar voluntario atienden al niño.

INFORME DE ALTA HOSPITALARIO	
Edad:	2,5 años
DIAGNÓSTICO:	Diabetes Mellitas Insulina Dependiente
Cuidados requeridos:	<ol style="list-style-type: none"> Control por un adulto durante la jornada escolar. Dieta: en la comida 4 raciones de HC. Insulina: con control de DX antes de la comida, verificar que ingiera las porciones indicadas y control DX posterior a la comida. Aplicación de Insulina según DX postprandial . Ante signos de Hipoglucemia (palidez, sudoración, hambre, etc.): Dx, si es inferior a 70, administrar HC de acción rápida. Si presentara perdida de conciencia, administrar 1/2 ampolla de Glucagon Hipokit® (intramuscular o subcutánea). Control por su pediatra.

Figura 1. Informe de alta hospitalario un niño de diabetes mellitus insulino dependiente.



Figura 2. EB, 29 días de vida.



Figura 3. EB, 29 días de vida.

- Personal procedente del Voluntariado (ONG, orden religiosa).
- Personal contratado de ayuda no sanitario (No inyecta, por contrato).
- Enfermera contratada ex proceso a tiempo total en jornada escolar.
- Enfermera que se desplaza del Centro de Salud a la Ikastola, a demanda.

Resolución: En dos casos de DMID en dos Centros cercanos, se optó por la solución "e" después de pasar por "a", "b" y "c", en dos niños en colegios diferentes.

En nuestro caso de DMID, directamente se paso al nivel "f" y para las alteraciones de glucemia, se desplaza un padre del niño al colegio. A la hora de la comida, se desplaza una enfermera del centro de salud durante 90 minutos para efectuar el con-

trol de DX y vigilar la ingesta de porciones. Con los tres niños afectados DMID, el personal escolar ni tiene ni desea ninguna responsabilidad.

2. Epidermólisis bullosa

Enfermedad cutánea, hereditaria, rara, crónica, degenerativa y discapacitante, de etiología genética heredadas y con frecuencia: 0,2 personas cada 10.000. La clínica se caracteriza por la aparición de ampollas y heridas de forma espontánea. Las lesiones pueden ser locales o generalizadas. Hay afectación de mucosas. La piel se hace frágil, débil, sensible y vulnerable, son *niños con piel de mariposa*⁽¹²⁾ (Figs. 2 y 3).

Los costes son muy altos, ya que implica, cuidados continuos toda la vida,

INFORME DE ALTA HOSPITALARIO	
Edad: 29 días	
DIAGNÓSTICO: EPIDERMÓLISIS BULLOSA, con afectación en mucosa oral	
Cuidados requeridos:	
1. Curas y Cuidados de la Piel (se aporta a los padres la Guía de atención clínica integral de la Epidermólisis Bullosa Hereditaria. DEBRA.	
2. Control por su pediatra.	

Figura 4. Informe de alta hospitalaria de un niño con epidermólisis bullosa.

INFORME DE ALTA HOSPITALARIO	
Edad: 3 años	
DIAGNÓSTICO: Multialergia alimentaria severa	
Cuidados requeridos:	
1. La dieta de eliminación.	
2. A los pacientes con historia de reacción anafiláctica o muy grave, es preciso facilitarles adrenalina autoinyectable.	
3. Control por su pediatra.	

Figura 5. Informe de alta hospitalaria de un niño con alergia alimentaria severa.

ayuda continuada, curas con numeroso material y tiempo, ingresos hospitalarios frecuentes.

Las heridas que surgen, son crónicas. Las complicaciones son la predisposición a infecciones locales, pudiendo convertirse en sepsis, alteración de la calidad de vida del afectado y sus familiares, alteración de la movilidad espontánea por retracciones (necesitan prevenir retracciones y rehabilitación), alteración de la perfusión tisular causando la excesiva pérdida de nutrientes a través de las heridas abiertas, alteración de la estructura de la piel. Hay que hacer uso de analgesia en las curas con cloruro mórfico (Fig. 4).

La cura y los cuidados de la piel de la epidermólisis bullosa

- **Personal requerido:** 2 adultos mínimo. Mejor 1 adultos y 1 enfermera.
- **Tiempo estimado:** 2 horas y 15 m. Entre 1 h 30 m. y 1 h 45 m.

- **Campo:**
 - Mantener la asepsia en cada procedimiento. En el domicilio del niño.
 - Aportar a la cura extrema delicadeza y suavidad.
 - Proporcionar la mejor comodidad posible.
- **Analgesia:** Morfina, Dextrosa, tetanalgesia.
- **Frecuencia de las curas:** Martes y Viernes (Previo a la cura: Baño según indicaciones de 20 minutos)
- **Material:** Unos 1.000 ? al mes:
 - *Vendajes:* algodón, maleable, lo mas suave posible, no adhesivo
 - *Apósitos:* no adhesivos, absorbentes, con protección local de la lesión, en caso de necesidad apósitos antibacterianos y debe proporcionar un ambiente hidratado.
 - En caso de sobre infección: pomada antibiótica local
 - Curar las ampollas según procedi-

miento establecido con Aguja/tijera/bisturí estéril, suero fisiológico y aplicar antiséptico.

- *Otro material:* suero fisiológico, guantes de cirugía estériles, esparadrapo, gasas estériles, venda de algodón almohadillado, venda algodonsa de punto, paño verde estéril, vaselina líquida, vendaje tubular ligero verde, jeringas.

- **Resolución:** Una enfermera se desplaza al domicilio y con ayuda de otro padre efectúa la cura, en horario de mañana y en día laborable. Los padres están formados y pueden efectuar los cuidados en ausencia de apoyo de enfermería. Exige coste laboral al progenitor que ayuda a la enfermera.

3. Alergia alimentaria

Esta patología frecuente en la infancia, restringe a los afectados de ingesta de alimentos comunes por el riesgo que ello conlleva, por lo que se les pauta una serie de normas y cuidados al los padres y cuidadores, siendo en ocasiones necesaria la inyección de un preparado de Adrenalina autoinyectable (Fig. 5)⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Resolución: Se ha realizado un informe medico de exclusión de alimentos y se prescribe un preparado autoinyectable de Adrenalina, que el niño lleva siempre al Centro escolar. No dispone de un Protocolo de actuación, ni el personal de la escuela esta familiarizado con la adrenalina autoinyectable, tampoco el niño esta en edad de autoinyectarse.

MODELO A SEGUIR EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS PEDIÁTRICOS

Un modelo a seguir de pauta terapéutica, consensuada por la asociación de padres de niños afectos y la sociedad científica correspondiente es la hoja informativa

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA REACCIÓN ALÉRGICA EN LA ESCUELA
 Nombre: ALBA
 Fecha de nacimiento: 20/04/04
 Sexo: F
 Alergias: ALERGIAS ALIMENTARIAS - FRUTOS SECOS - PLÁTANO - HUEVO
 Asmático: No Sí **Riesgo mayor para reacciones graves.**
PASO 1: EVALUAR Y TRATAR (1)
 1. Piel: Prurito en brazos, cara, cuello, pecho de la zona lumbar, torso posterior.
 2. Ojos: Enrojecimiento, picor, lagrimeo.
 3. Nariz: Enrojecimiento, picor, secreción acuosa.
 4. Boca: Prurito, enrojecimiento, hinchazón.
 5. Tórax: Prurito, enrojecimiento, hinchazón.
 6. Tráquea: Prurito, enrojecimiento, hinchazón.
 7. Pulso: Prurito, enrojecimiento, hinchazón.
PASO 2: AVISAR
LLAMADA DE EMERGENCIA

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA REACCIÓN ALÉRGICA EN LA ESCUELA
AUTORIZACIÓN
 Fecha y firma: Barcelona, 20 de octubre de 2010
 No. 200001
 como padre/tutor/abuelo/a, autorizo la administración de los medicamentos que constan en esta ficha a mi hijo/a: ALBA
 al seguimiento de este proceso.
 De conformidad con el artículo 195 del Código Penal, se establece como delito el incumplimiento de la obligación de socorrer a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiera hacerlo sin riesgo propio ni de terceros. Igualmente, el artículo 20 del Código Penal indica que están exentos de responsabilidad criminal los que obran en cumplimiento de un deber.
 Debiendo indicarse que no existirá responsabilidad de cualquier género si en el caso del deber de socorrer, se produce alguna actuación incorrecta del medicamente de rescate (adrenalina intramuscular) con el fin de salvar la vida del alérgico.

Figuras 6 y 7. Protocolo de actuación ante una reacción alérgica en la escuela.

“Protocolo de actuación ante una reacción alérgica en la escuela” (Fig. 6).

El Díptico, el tercio superior, **identifica al niño** con fotografía incluida, a su profesora y a su tutor legal. Además se anotan las **alergias alimentarias** (huevo, frutos secos, plátano, etc.), y si el niño es asmático por tener mayor riesgo de reacciones graves.

En el tercio medio describen los **Pasos evolutivos** de la clínica alérgica con imágenes y textos descriptivos y las pautas de actuación en cada estadio evolutivo con el preparado **autoinyectable** de adrenalina.

Al final de la hoja, insta a **avisar**, a efectuar la **llamada de emergencia** al número correspondiente, y a **no dejar al niño solo**.

En el reverso del díptico (Fig. 7) esta dedicado a las **Autorizaciones**. En primer lugar consta el nombre del alergólogo/pediatra, que valida el protocolo y prescribe

la medicación específica de actuación, con fecha y firma.

A continuación, el tutor legal, autorizando la administración de medicamentos que constan en esta ficha, a su hijo, siguiendo el protocolo de actuación.

Y al final y exaltado en letra negrita, el soporte legal: “De conformidad con el artículo 195 del Código Penal, se establece como delito el incumplimiento de la obligación de todas las personas de socorrer a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiera hacerlo sin riesgo propio ni de terceros. Igualmente, el artículo 20 del Código Penal indica que están exentos de responsabilidad criminal los que obran en cumplimiento de un deber.

Debiendo indicarse que no existirá responsabilidad de cualquier género si en el

uso del deber de socorrer, se produce alguna aplicación incorrecta del medicamento de rescate (adrenalina intramuscular) con el fin de salvar la vida del alérgico).

CONCLUSIONES

1. Los niños tienen derecho a la salud, a la no discriminación y a recibir unos Cuidados Especiales óptimos, sin distinción de la zona, lugar de residencia o de nacimiento.
2. Los cuidados especiales, son cuidados activos e integrales del cuerpo, la mente y el espíritu del niño y en muchas ocasiones incluyen el apoyo a la familia.
3. Los profesionales de la salud deben evaluar y aliviar el sufrimiento físico, psicológico y social de los niños enfermos

4. Unos cuidados especiales complejos, para ser efectivos, requieren un planteamiento multidisciplinar amplio, que incluya a las familias y cuidadores y que haga uso racional y efectivo de los recursos disponibles en la comunidad.
5. Los profesionales sanitarios tenemos la obligación de formarnos, y de formar a los cuidadores tanto padres o personal escolar, y actuar adecuadamente en esta materia.
6. Es necesario un soporte legislativo efectivo, que recoge los derechos del menor en la continuidad de cuidados y las obligaciones del personal de su entorno, y que su aplicación sea lo más optimizada posible sin crear posibles conflictos de intereses.

ABREVIATURAS

- AEPNA: Asociación Española de Padres de niños con Alergia Alimentaria
- CDN: La Convención sobre los Derechos del Niño.
- CPP: Cuidados Paliativos Pediátricos.
- CRI: Centro de Recursos para Invidentes.

- DEBRA: The Distrophic Epidermiolysis Bullosa Research Association.
- DMID: Diabetes Melitus Insulina Dependiente.
- EB: Epidermolisis Bullosa.
- HOSPIDOM: Hospitalización a domicilio. Hospital de Basurto.
- SEAIC: Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica.
- SEICAP: Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos Fuentes FJ. Seguimiento y cuidado del recién nacido con malformaciones. *Pediatr Integral*. 2010; XIV(6): 461-468.
2. Coronel Rodríguez C, Merón de Cote PM, Guisado Rasco MC. Seguimiento del RN de riesgo. *Pediatr Integral*. 2010; XIV(6): 446-460.
3. Martino Alba. *Pediatría Información*. Mayo 2010. www.aep.es
4. Astray San Martín A. Encuesta sobre cuidados paliativos a pediatras de Atención Primaria en un área sanitaria de Madrid. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010; 12: 33-40.
5. Departamento de Educación, Universidades e Investigación. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, Circular: Atención Sanitaria Especial durante el horario escolar. Vitoria-Gasteiz 30 de agosto 2006.

6. Taras H. Who should administer insulin in schools? Sorting out the controversy. *Pediatrics*. 2009; 124(4): 1211-2.
7. Council on School Health. *Pediatrics*. 2009; 124(4): 1244-1251.
8. Código Penal Español. Texto íntegro actualizado 2009.
9. Constitución Española de 1978. Capítulo Tercero. Artículo 39. Apartados 3 y 4.
10. La Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Actualizado 2009.
11. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Derechos y deberes de los Pacientes.
12. Garde Garde J. Protocolos de Inmunología Clínica y Alergología. Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica. 2003. Serie: Protocolos de la AEP.
13. Galán E. Protocolos de Genética/Dismorfología Asociación Española de Pediatría. Sección de Genética Clínica y Dismorfología 2001 Serie: Protocolos de la AEP.
14. Salmon Antón F. Dotación Equipamiento del Centro de Salud, para atender Urgencias Pediátricas. En: Benito J, Luaces C, Mintegi S, Pou J (eds.). *Tratado de Urgencias en Pediatría*. Madrid: Ergon; 2005. p. 885-899.
15. Muñoz MT, Hidalgo MI, Clemente J. *Pediatría Extrahospitalaria. Fundamentos Clínicos para Atención Primaria*. 4ª Edición. Madrid: Ergon; 2008.
16. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes. Servicio Centrl de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2008.