

INFORME

Plan de salud de Castilla y León. Protección infantil*

La consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla y León ha hecho público el Plan de Salud de Castilla y León. El equipo de trabajo estuvo coordinado por los Dres. Emilio Zapatero Villalonga y Ramón A. Hernández Vecino. Comprende 20 apartados, con objetivos inmediatos, a corto y medio plazo. La atención Pediátrica está recogida en varios capítulos (vacunaciones, accidentes, salud bucodental, etc.) pero tiene además un capítulo específico que fue redactado por los Dres. Alfredo Blanco Quirós e Isidro Buron Lobo y con posterioridad discutido en una mesa de trabajo en la que además de otros especialistas y técnicos sanitarios, participaron los Dres. Ernesto Sánchez Villares y Julio Ardura Fernández. Con el fin de facilitar la difusión de este documento, lo reproducimos a continuación.

EXPOSICIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

La asistencia pediátrica no es un problema sencillo, ni tampoco bien delimitado. Puede incluir o excluir muchos y variados aspectos, que a su vez pueden enfocarse desde múltiples perspectivas. Algunos de los problemas no son meramente técnicos y permiten diferentes aproximaciones según la concepción socio-política. Esta complejidad trae consigo un hecho inevitable: que algunos aspectos asistenciales, ya incluidos en otros capítulos del presente *Plan de Salud*, tengan que ser tratados aquí de nuevo con un planteamiento específico para el niño.

La edad infantil se caracteriza por el hecho de ser el niño un organismo en crecimiento y en maduración, tanto somática como psicológica. Esta conocida circunstancia es la base del nuevo término de «Pediátría del Desarrollo».

Los límites de la Pediatría quedan, por consiguiente, definidos por el anterior concepto de «organismo en crecimiento y maduración». Comenzará con la fecundación y terminará con el fin de la adolescencia. Un período tan largo y, sobre todo, tan complejo, supone que la Pediatría obligadamente tendrá unas funciones límites con otras diferentes disciplinas: en primer lugar con la Obstetricia; en último lugar con la Medicina Interna; mientras tanto con las áreas afines (que algunos llaman sub-especialidades pediátricas) y con otras especialidades.

Las tasas de mortalidad infantil y neonatal son un buen índice de las condiciones sanitarias y sociales. Con frecuencia se utilizan para comparar y valorar el bienestar social de un país o colectividad. A pesar de la importancia que tienen y de su sencillez, la recogida de los datos tiene frecuentes inexactitudes. La Dra. Pedraz

* A. Blanco Quirós e I. Burón Lobo.

(1984) resaltó la falta de coincidencia de las cifras que recogió en Salamanca con las facilitadas por el INE. Similares inexactitudes sostienen también otros autores. La discordancia se debe al diferente concepto de RN vivo y a la utilización de índices por RN totales o RN vivos. Por otra parte, estas cifras tardan más de 5 años en ser publicadas, lo que es mucho tiempo para corregir sus desviaciones.

Es importante analizar la mortalidad infantil según los tramos de edad porque intervienen diferentes factores etiológicos y porque las actitudes para mejorar las perspectivas estadísticas son también muy diferentes. La prematuridad y el bajo peso gestacional es causa del 50-60 % de muertes en los primeros 7 días de vida y hay que añadir un 10-15 % derivados de anoxia y traumatismos obstétricos. La incidencia de estos factores disminuye a la mitad entre el 7-28 día de vida, mientras que se triplican los fallecimientos por malformaciones e infecciones. Esta tendencia se irá acentuando hasta los 12 meses de vida.

A partir de los 3-6 meses aparece el llamado «Síndrome de Muerte Súbita del Lactante» (SMSL) de mecanismo mal conocido, pero que en países civilizados aumenta de forma absoluta y porcentual, llegando actualmente en EE.UU. a ser la primera causa de muerte, como entidad aislada, en lactantes mayores de 6 meses.

En niños mayores de 1 año cambian totalmente las causas de muerte: la primera causa la constituyen los accidentes (45 %) y la segunda las neoplasias (20 %).

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL

Las causas de morbilidad infantil, igual que las de mortalidad, varían con la

edad. En niños mayores de 1 año las principales son las siguientes.

Enfermedades infecciosas: La incidencia de rubeola y de parotiditis en Castilla y León sigue en 1988 por encima de la media nacional; la del sarampión es inferior, pero aún así todavía muy lejos de la propugnada erradicación. El tétanos neonatal prácticamente desapareció, pero el porcentaje de mujeres inmunes en Valladolid es menor del 10 %, lo que significa que el peligro está presente y mejoraron las condiciones sanitarias pero no la protección inmunológica.

La tuberculosis aumenta lentamente en Castilla y León en todas las edades, incluida la infancia. Los índices están por encima de la media nacional, pero con amplias diferencias de unas regiones a otras.

La patología infecciosa respiratoria y gastrointestinal en el niño sigue siendo frecuente en todos los países, sin embargo la gravedad de los cuadros clínicos, la frecuencia de la hospitalización por estos conceptos y la mortalidad disminuyó en Castilla y León en los últimos años. Sin embargo persisten cifras demasiado elevadas de intoxicaciones alimenticias, preferentemente por salmonella, constituyendo un problema sanitario que también afecta a otras edades y a otros campos de actuación.

Accidentes: Según un estudio de Cervantes y col. (1990) realizado en la Comunidad Murciana y basado en 3.344 encuestas, los accidentes son la primera causa de mortalidad infantil pasado el primer año de edad. Además es un motivo frecuente de consulta en los Servicios de Urgencia. La OMS llamó la atención sobre este tema hace más de 30 años y en España se creó un Comité Nacional para la prevención de Accidentes Infantiles en 1972 que estudió con interés su epidemiología, pero que fue perdiendo el interés ante la escasa res-

puesta en los aspectos profilácticos prácticos que ofrecieron las autoridades sanitarias y políticas.

La modalidad de los accidentes varía poco de unas comunidades a otras. Los más frecuentes son las caídas, seguidas de accidentes de tráfico, intoxicaciones, cuerpos extraños, quemaduras, etc. Además de los accidentes mientras viaja como pasajero en un automóvil o ciclomotor, hay que resaltar la alta frecuencia de los ocurridos en calles y plazas de las ciudades.

Otras patologías: Son ya muy variadas y menos específicas de la infancia. Se puede incluir:

a) La Patología Quirúrgica, por causas traumatológicas, malformaciones o inflamatorias.

b) Patología del crecimiento y nutrición.

c) Patología especializada (Enfermedades cardiológicas, endocrinológicas, alergológicas, hepáticas, nefrourológicas, etc.).

d) Patología tumoral (Leucemias, linfomas, tumores cerebrales, etc.).

Algunas de estas enfermedades pueden ser prevenidas y en todas ellas es posible hacer un tratamiento precoz, mejorando los resultados.

ASPECTO NUTRICIONALES

La *obesidad* es un problema que cada vez adquiere más importancia en las civilizaciones industrializadas. Sus causas son múltiples, influyendo factores genéticos y la falta de ejercicio físico; sin embargo, son determinantes las costumbres dietéticas. El acto de comer se convierte en una forma más de consumismo y la elección de los alimentos no se hace en función de las necesidades, sino que es resultado de campañas publicitarias. Lógicamente el niño

es más susceptible a esta situación en función de su inmadurez psicológica.

La obesidad se sabe que favorece una serie de patologías, principalmente cardiovasculares, y que el obeso tiene una perspectiva de vida acortada. Por otra parte, la obesidad en el niño y los hábitos que ello trae consigo, suponen un mayor riesgo de obesidad en la edad adulta.

Todavía no es tan frecuente la obesidad en el niño en nuestro medio como en otros países, pero está aumentando y, con toda seguridad, a corto plazo será un grave problema; sería mejor ponerle solución antes de que se presentase. Esta solución pasa obligatoriamente por una educación sanitaria de la familia y del niño sobre aspectos alimentarios.

Según se lee en la Tesis Doctoral de la Doctora A. Arranz el 4,94 % de los niños entre 6-14 años de Castilla y León son obesos. Quizás lo más importante es que en el 21 % de estos casos hay antecedentes familiares de obesidad. Por otra parte el inicio de la obesidad es extraordinariamente precoz: >50 % son ya obesos antes de los 2 años de edad y >75 % antes de los 6.

La *lactancia materna* presenta importantísimas ventajas antiinfecciosas. Esto se debe a dos factores, por una parte su esterilidad y por otra los factores inmunológicos celulares y humorales que contiene la leche humana. En países subdesarrollados provoca una notable disminución de la mortalidad y morbilidad infantil. Por el contrario, en los países desarrollados estas diferencias antiinfecciosas no son tan aparentes, lo que unido a la buena ganancia ponderal de los niños alimentados con fórmulas industriales ha hecho que descendiera el índice de lactancia materna en los países desarrollados. Otro factor es el de la creciente incorporación de la madre al trabajo lo que añade otro factor negativo.

En los últimos años se ha llamado la atención sobre el hecho de que los alimentados artificialmente tienen una mayor incidencia de obesidad, con todas las complicaciones que lo acompañan. Además la composición de las grasas plasmáticas y cerebrales es diferente, ignorándose si esta diferencia bioquímica tiene alguna repercusión funcional a largo plazo o influencia en el espectacular aumento de las enfermedades degenerativas.

También se discute mucho si la lactancia materna disminuye la frecuencia de enfermedades alérgicas, cutáneas y malabsortivas.

Por las razones anteriormente expuestas, en algunos países, como EE.UU. o Suecia, aumentó el porcentaje de lactados al pecho. Parece deseable que esto también se produzca en España, pero como afirma el profesor Zetterstrom de Estocolmo, para influir sobre las causas que frenan los índices de lactancia materna es necesario conocer exactamente los motivos por los que las madres, en una determinada área geográfica, no amamantan a sus hijos, e intentar corregir específicamente esas razones.

Martín Calama y Sánchez Villares (1985) en un estudio realizado en Valladolid encontraron que un 76 % de las madres iniciaron la lactancia materna, sin embargo no llegaban a la mitad las que la mantenían hasta el tercer mes.

SITUACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN

La población de Castilla y León está envejeciendo progresivamente. El índice de dependencia juvenil estaba casi 9 puntos por encima de la media española en 1960 y descendió en 1986 hasta situarse casi otros 3 puntos por debajo; 12 puntos de diferencia en 25 años. Estos datos aún

son más demostrativos si tenemos en cuenta que la media nacional del I.D. juvenil bajó 7,5 puntos en ese mismo período de tiempo. Una de las principales razones de estas modificaciones fue el descenso del índice de natalidad que descendió del 23,70/1.000 hab. en 1950 hasta el 10,55 en 1984, colocándose también por debajo de la media nacional.

Valladolid es la única provincia de Castilla y León que ha visto aumentar su población en los últimos años. Esta emigración interior repercutió obligatoriamente en la población infantil. La situación es diferente en cada provincia, pero la diferencia más espectacular aparece entre el medio urbano y el rural.

Las tasas de mortalidad infantil, y específicamente neonatal, disminuyeron en Castilla y León hasta 1983. Aunque todos los índices subieron en 1984, último año recogido, siguen cercanos a los valores promedios españoles. El aspecto más llamativo es la enorme diferencia existente entre unas provincias y otras; mientras en Valladolid la mortalidad infantil fue de 7,30/1.000 RN, en Zamora fue 16,54. Los índices parciales llegan a ser hasta 3 y 4 veces más altos.

Según un estudio de Castrodeza realizado muy recientemente en Castilla y León, el estado civil de la madre, junto con el número de paridad, influye negativamente sobre el índice de mortalidad fetal y neonatal. Este dato es importante porque en nuestra región el número de embarazos ilegítimos es elevado y sería deseable por los motivos citados que descendiera.

En un trabajo realizado en Valladolid en 1987 se recogió una incidencia de SMSL inferior al 2/1.000 RN que es la habitual en países desarrollados. Teniendo en cuenta que la mortalidad postneonatal en Castilla y León oscila alrededor del 3/1.000

RN, se deduce que el SMSL, entre 1-12 meses de edad, puede suponer casi el 40 % de la mortalidad.

La mejora de las condiciones sanitarias e higiénicas, paralela al desarrollo de los países, produce una disminución de la mortalidad infantil postneonatal. Al contrario, la mortalidad neonatal, especialmente la precoz, depende poco de estos factores y más de los específicamente asistenciales. Como señalamos, en esta edad la prematuridad y bajo peso son las principales causas de mortalidad. Cualquier intento de mejorar estos índices obliga a unos adecuados cuidados pre y perinatales y a corregir las causas de prematuridad.

En Castilla y León los índices de prematuridad y bajo peso sólo se recogieron recientemente, sin embargo su aumento es claro; en 1981 fueron 29,45 y 28,97/1.000 RN respectivamente, subiendo en 1984 al 40,88 y 37,23. Un aumento digno de resaltar.

Pediatría primaria y preventiva: El número de Centros de Salud en Castilla y León es todavía insuficiente, especialmente en zonas urbanas en las que sólo hay funcionando 22 y están pendiente de construcción 41. A pesar de ello se cubre la asistencia del 55 % de la población, cifra superior a la de la mayor parte de las restantes Comunidades y únicamente superada por Navarra (61 %) y Extremadura (56 %). Resulta más escasa su dotación en pediatras, pues en la mayoría hay únicamente 1 pediatra y como máximo 2, con dificultades para cubrir sus vacaciones y ausencias. Aunque existen cifras de población/pediatra de Atención Primaria, al estar referidas a habitantes y no a niños, tienen un limitado valor. Los pediatras que trabajan en los antiguos «Ambulatorios» desarrollan un horario corto, con baja relación tiempo/paciente; en esta situación se cubren las obligaciones asisten-

ciales, pero difícilmente se puede hacer una tarea profiláctica y educativa.

Estas circunstancias implican que las tareas preventivas y educadoras en la Pediatría Primaria no están desarrolladas todavía de forma suficiente.

Atención escolar: El reconocimiento escolar se hace seguramente de forma correcta, aunque con demasiada frecuencia es realizado por médicos no pediatras. En 1988-89 cubrió a un 82 % de la población escolar de Castilla y León, con un máximo del 94 % en Segovia y mínimo del 72 % en León. Sin embargo no se obtienen todos los beneficios, ni todos los datos epidemiológicos que se podrían conseguir de esta tarea. Una mejor planificación, lograría mejores resultados con un mismo esfuerzo.

Mediante los reconocimientos escolares se detectan alteraciones, como p. ej. caries, que a pesar de los consejos, luego no son objeto de tratamiento. Otras veces se descubren anomalías, p. ej. soplos cardíacos o dolencias alérgicas, que ya previamente eran conocidos por la familia.

De la asistencia escolar se podrían conseguir con relativa facilidad datos fidedignos sobre la incidencia de algunas enfermedades en el niño, diferencias geográficas, su posible variación a lo largo de los años, etc. También podrían utilizarse con el objetivo de mejorar la educación sanitaria de la población a través de estos escolares, p. ej. sobre hábitos alimentarios, riesgos de accidentes, etc.

Asistencia hospitalaria y de especialidades: El nivel de la asistencia hospitalaria pediátrica tiene seguramente un aceptable nivel, indicado indirectamente por las estadísticas de mortalidad. Sin embargo realizar un control de calidad asistencial más fino es un problema complejo, debido a causas técnicas y también estratégicas.

La asistencia pediátrica altamente especializada debe compartir la cara y sofisticada tecnología con el resto del hospital. En este sentido en Castilla y León lo que se comparte es una escasa dotación de servicios sanitarios de alta tecnología, situación que es común también a otras Comunidades cercanas también a Madrid.

Camas pediátricas. En un estudio de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León (1986) se comprobó que el número de camas pediátricas en Castilla y León estaba en límites aceptables, con un total de 782. Únicamente resultaba deficiente el número en Valladolid donde no llegaba a 1 cama pediátrica/1.000 niños. Sin embargo la principal desviación radicaba en la defectuosa distribución de las camas. El 31 % se dedicaban a recién nacidos, el 27 % a lactantes menores de 2 años y únicamente un 36 % a niños mayores de 2 años, con un número escasísimo (5,2 %) de camas específicas para Cirugía Infantil. Desde la fecha de ese estudio se llevaron a cabo importantes remodelaciones en muchos hospitales y se abrieron 32 camas nuevas en el H. Clínico Universitario de Valladolid.

Pediatras hospitalarios. El citado estudio de 1986 señaló también grandes diferencias en el número y distribución de los pediatras hospitalarios que oscilaban de 1 pediatra para cada 2.202 niños en Salamanca, hasta 1 por 8.120 en Burgos. En este estudio no están 36 residentes, de los que 21 estaban en Valladolid y 9 en Salamanca.

Nuevamente se observaba una defectuosa distribución de las ocupaciones. El 25 % del total de horas/médico se dedicaba a la neonatología y el 23 % a la atención de niños menores de 2 años, lo que supone un total del 48 %. También se hicieron algunas correcciones desde 1986, con la puesta en marcha de 3 Hospitales

Comarcales, aumento del número de residentes y mayor dedicación a consultas externas. Sin embargo, debido a la escasa movilidad de las plantillas la situación actual es bastante similar a la de 1986.

Urgencias hospitalarias. La deficiencia que resulta más notoria es la asistencia en las urgencias; todavía resulta más acusada en los niños que en los adultos porque es mayor el porcentaje de enfermos con patología banal que llegan al servicio hospitalario de urgencias sin previo reconocimiento médico. Esta defectuosa planificación de las urgencias extrahospitalarias crea una cadena de efectos negativos:

- Dificulta la organización de las propias urgencias intrahospitalarias, como atención a neonatos y otros enfermos críticos.

- Exige un número de facultativos de guardia exageradamente grande.

- Condiciona las plantillas, que se organizan en base a las guardias y no al trabajo diario.

- Impide al médico, a veces ya de cierta edad, realizar un trabajo normal en su puesto diario.

Especialidades pediátricas: Las necesidades de asistencia especializada están más o menos cubiertas en los hospitales de Castilla y León, pero con algunas diferencias. Las deficiencias se corrigen enviando a los enfermos que no pueden ser tratados a otros hospitales. En principio, no parece existir un plan de atención regional coordinado y cada médico, o unidad, envía estos enfermos a los hospitales que les parecen adecuados o a los que los aceptan con más facilidad. Con frecuencia estos hospitales de referencia se encuentran fuera de Castilla y León. Probablemente muchos niños que hubieran podido ser atendidos dentro de la propia Comunidad son enviados fuera, lo que implica un cierto des-

prestigio para la Asistencia Pediátrica Castellano-Leonesa.

Las carencias principales en atención pediátrica especializada están en las áreas de la Cirugía Pediátrica y los Cuidados Intensivos. Es especialmente notoria la deficiencia quirúrgica neonatal y la corrección de malformaciones congénitas, una de las principales causas de mortalidad infantil y neonatal. El desarrollo de una cirugía altamente especializada está muy condicionada por la deficiencia de las Unidades de Cuidados Intensivos, sólo parcialmente cubierta en el ingreso en Unidades de adultos.

Asistencia compartida: El niño por diferentes motivos debe recibir atención también de otros profesionales y no sólo de los pediatras. Estas situaciones de colaboración se producen con más frecuencia en:

- a) Límites de la Pediatría: Recién nacido y adolescente.
- b) Patología muy especializada o muy técnica.
- c) Problemas de la conducta.

En estos casos la colaboración interfacultativa se realiza con frecuencia a título individual, dependiendo de las mejores o peores relaciones personales de los médicos

o de la propia estructura asistencial del Centro. En ocasiones es la propia familia la que elige quién es el médico que asistirá en primer lugar a su hijo.

Unidades asistenciales para adolescentes: En EE.UU. funcionan unidades asistenciales específicas para adolescentes desde hace 40 años y la Medicina del Adolescente es una de las especialidades pediátricas con un programa propio de aprendizaje, convocándose anualmente plazas en numerosos Hospitales. Se trata de unidades multidisciplinarias que atienden a muchachos entre 12-18 años y en los que se siguen enfermedades crónicas o de larga evolución, como fibrosis quística, asma, alteraciones del peso, etc.

En nuestro país hay un creciente interés de los pediatras por el adolescente, sin embargo, salvo excepciones, son pocos los Hospitales que ofrecen una atención específica al adolescente. Para su montaje debe calcularse el número de adolescentes del área y el número de consultas y estancias hospitalarias que pueden generar.

Es bien conocida la resistencia del adolescente a utilizar los servicios sanitarios. La creación de estas unidades específicas puede romper esta resistencia y permitir un contacto más frecuente y relajado con los servicios de salud.

OBJETIVOS DE DISMINUCIÓN DE RIESGO*

- En 1992, los exámenes de salud escolar tendrán una cobertura mayor del 90 % en todas las provincias de nuestra Comunidad.
- En 1992, se alcanzará en cada provincia un cobertura de detección neonatal de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria, mayor del 90 %.
- En 1995, se habrán erradicado la oftalmía, el tétanos neonatales y la rubeola congénita.
- En 1995 se reducirá un 5 % cada año la tasa de mortalidad de los recién nacidos de menos de 1.500 gr.
- En 1995, se disminuirán en un 25 % las infecciones hospitalarias neonatales y post-quirúrgicas.
- En 1995, se disminuirá en un 10 % la estancia media de los niños hospitalizados.
- En 2000, se conseguirá la detección precoz del 98 % de minusvalías perinatales.

* Ver objetivo de disminución de riesgos en Tabaco y Protección Maternal y Orientación.

OBJETIVOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- En 1995, el 85 % de las familias de la Comunidad estarán informadas acerca de los principales aspectos de la Pediatría Preventiva.
 - En 1995, se dispondrá de un sistema de formación continuada que recoja aspectos asistenciales sobre las enfermedades pediátricas con alta frecuencia de hospitalización y de la atención al niño y al adolescente.
 - En 1995, los padres de niños con enfermedades crónicas, recibirán información sobre los problemas que plantea su asistencia, posibilidades de rehabilitación y reinserción social, así como sobre la posible evolución clínica del enfermo.
-

OBJETIVOS DE MEJORA DE SERVICIOS

- En 1992, habrá una coordinación adecuada entre los médicos que realizan los reconocimientos escolares y los Pediatras de sus Centros Sanitarios de referencia.
 - En 1992, se planificarán las urgencias ambulatorias, con participación de todos los pediatras del área de salud y coordinarán los servicios de atención pediátrica especializada.
 - En 1992, habrá unidades de referencia de Cuidados Intensivos Pediátricos en Castilla y León.
 - En 1992, se estudiarán y corregirán las causas concurrentes en los Servicios de Pediatría con peores estadísticas de infección hospitalaria y de estancia media.
 - En 1995, habrá Unidades Pediátricas de «Hospital de Día» en todos los Hospitales.
 - En 1995, todos los recién nacidos deberán ser reconocidos por un pediatra antes de su alta en el centro hospitalario-correspondiente.
 - En 2000, funcionarán unidades específicas para adolescentes, con consulta ambulatoria y camas de hospitalización.
 - En 2000, mejorará en Castilla y León el índice de aparatos de alta tecnología por cada millón de habitantes.
-

OBJETIVOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN**

- En 1992, se conseguirán datos epidemiológicos fiables sobre las enfermedades congénitas, crónicas y otras de interés pediátrico en la región.
- En 1995, se conocerá permanentemente el porcentaje de cobertura vacunal en todas las provincias; el grado de inmunización de la población infantil a los 6 y los 14 años y el de las embarazadas.
- En 1995, se investigarán nuevas pruebas para la detección neonatal de minusvalías.
- En 1995, habrá información periódica sobre los índices de lactancia natural y las razones de la no-lactación por parte de las madres.

** Ver objetivos de vigilancia epidemiológica en Alimentación y Nutrición.

OBJETIVOS GENERALES***

- En 2000, disminuirá en un 15 % la mortalidad neonatal.
- En 2000, se corregirán las diferencias sanitarias interprovinciales en lo que se refiere a los indicadores de salud infantil.

*** Ver objetivos generales en Accidentes.

BIBLIOGRAFIA

1. ABAD, I.; COLMENAR, J.; GASCÓN, E.; COLMENAR, C.: *¿Qué se investiga en España sobre accidentes e intoxicaciones infantiles? Estudio descriptivo de los últimos once años.* An. Esp. Pediatr. 1987; 26: 255-257.
2. ADÁN PÉREZ, M. et al.: *Inmunizaciones en pediatría extrahospitalaria.* An. Esp. Pediatr. 1988; 29: (supl. 33): 32-45 (1988).
3. ALVAREZ GUIASOLA, F.; FRANCH NADAL, J.; DIEGO DOMÍNGUEZ et al.: *Estudio de la prevalencia de la infección tuberculosa en escolares de la provincia de León.* Arch. Bronconeumol. 1989; 25: 267-269.
4. ARRANZ, A.: *Obesidad infantil: Encuesta epidemiológica de la Comunidad de Castilla y León. Estudio longitudinal clínico.* Tesis Doctoral. Dpto. de Pediatría, Obstetricia y Ginecología. Universidad de Valladolid, 1990.
5. BLANCO QUIRÓS, A.; MÁLAGA GUERRERO, S.; GALVÁN ROBLES, R.: *Situación de la asistencia pediátrica hospitalaria en Asturias, Cantabria, Castilla y León.* Soc. Pediatr. de Ast. Cant. Cast. y León (datos no publicados).
6. BUENO, M. et al.: *Factores nutricionales de riesgo.* An. Esp. Pediatr. 1988; 29 (supl. 32): 1-39.
7. CASAS, J.; BRAÑAS P.: *El adolescente y el hospital: Experiencia en dos hospitales madrileños.* An. Esp. Pediatr. 1988; 29: 127-135.
8. CASAS, J.; CEÑAL, M. J.; BRAÑAS, P.: *Unidades asistenciales para adolescentes.* An. Esp. Pediatr. 1990; 33: 61-63.
9. CASTRODEZA, J.; LÓPEZ ENCINAR, P.; ALMARAZ, A.; MACHÍN, P.; RODRIGUEZ TORRES, A.: *Causa de la mortalidad perinatal en Castilla y León.* Bol. Pediatr., 1988; 29: 65-72.
10. CASTRODEZA, J.; MANSO, E.; MARTÍN, J. F.: *Análisis de la influencia de la paridad y legitimidad sobre la mortalidad fetal tardía de Castilla y León.* An. Esp. Pediatr., 1988; 28: 307-310.
11. CERVANTES, A.; BORRAJO, E.; CANTERAS, M.; LÓPEZ, M.; PAJARÓN, M.: *Importancia de los accidentes en la infancia. Datos de un estudio regional.* An. Esp. Pediatr., 1990; 32: 493-498.
12. CONSEJERÍA DE CULTURA Y BIENESTAR SOCIAL: *La salud en Castilla y León.* Valladolid: Junta de Castilla y León. 1990.
13. CRUZ HERNÁNDEZ, M.: *Pediatría: Conceptos básicos.* En Tratado de Pediatría, ed. M. Cruz. Expax Barcelona 1988; 13-34.
14. FIDALGO ALVAREZ, I.; GÓMEZ CARRASCO, J. A.; LÓPEZ PACIOS, D.; MARTÍNEZ QUIROGA, F.: *Infección tuberculosa durante la edad pediátrica: Casuística 1983-89.* Bol. Pediatr. 1990; 36: 97-102.
15. GUTIÉRREZ, F.; BLANCO, A.; PONCE, A.; GARROTE, J. A.: *Anticuerpos antitetánicos de subclases IgG en niños de Valladolid. Escasa protección materno-fetal.* An. Esp. Pediatr., 1990 (en prensa).
16. JARA, J. A.; SANTOLAYA, R.: *Educación para la salud en la asistencia primaria.* An. Esp. Pediatr. 1989; 30 (supl. 36): 37-39.
17. KOCTURK, T.; ZETTERSTROM, R.: *La lactancia al pecho y su promoción.* Actas Paediatr. Scand. (ed. esp.), 1988; 5: 213-221.
18. LÁZARO Y DE MERCADO, P.: *Evaluación de servicios sanitarios: La alta tecnología médica en España.* Madrid: FISS. 1990.
19. MARTÍN ALVAREZ, L. et al.: *Los accidentes infantiles: Diez años de prevención y control.* An. Esp. Pediatr., 1988; 29 (supl. 33): 24-31.
20. MARTÍN CALAMA, J.; VILLAR, A.; ORIVE, I.; PRIETO, M. J.; CONDE, F.; SÁNCHEZ VILLARES, E.: *Tendencias actuales de la lactancia materna en Valladolid.* An. Esp. Pediatr., 1985; 22: 371-377.
21. OCHOA, C.; RICO, L.; ANDRÉS, J. M.; ALBEROLA, S.; CALVO GRIDILLA, A.: *Accidentes en la infancia.* Bol. Pediatr. 1990; 36: 109-116.
22. PEDRAZ, C.; DE HOYOS, M. C.; SALAZAR, V.: *Mortalidad Perinatal.* Bol. Pediatr., 1984; 25: 363-381.
23. PEÑA GUTIÁN, J. et al.: *Asistencia al adolescente.* Bol. Pediatr. 1990; (supl 9): 11-36.
24. ROBLES, R.: *Situación de la asistencia pediátrica hospitalaria en Asturias, Cantabria, Castilla y León.* Soc. Pediatr. de Ast. Cant. Cast. y León (datos no publicados).
25. ROMANOS, A., et al.: *Aspectos profesionales de la asistencia al adolescente.* An. Esp. Pediatr. 1988; 29 (supl. 32): 112-151.
26. RUIZ-GIMÉNEZ, J. L.: *Atención primaria de salud.* En La sanidad española a debate. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Madrid: FISS 1990; pp. 89-120.
27. SÁNCHEZ MARTÍN, J.; GARCÍA NIETO, G.; GARCÍA FRÍA, et al.: *Una muestra de enfermos tuberculosos hospitalizados en el periodo de 10 años.* Bol. Pediatr. 1985; 26: 405-410.
28. SENECA, J.: *Los exámenes sistemáticos en el niño y en el adolescente.* An. Esp. Pediatr. 1989; 30 (supl. 36): 43-58.
29. TOMÁS, J.; BASSAS, N.; HENRICH, J.: *Anorexia nerviosa del adolescente.* An. Esp. Pediatr., 1990; 32: 513-517.