

Cuidados Paliativos Pediátricos



Cuidados Paliativos Pediátricos

1. DATOS IDENTIFICATIVOS

1.1. DENOMINACIÓN DEL ÁREA ESPECÍFICA

MEDICINA PALIATIVA PEDIÁTRICA

1.2. HISTORIA DE LA ESPECIALIDAD PEDIÁTRICA

Se considera que los cuidados paliativos (CP) modernos nacieron de la mano de Cicely Saunders, fundadora del Movimiento Hospice, hacia 1967 en el Hospice St. Christopher's de Londres. Este movimiento se fue extendiendo por todo el Reino Unido hasta que en 1982 se abrió el Oxford Helen House, primer centro pediátrico enmarcado en el Movimiento Hospice.

En 1987 el Real Colegio de Médicos de Reino Unido reconoció la Medicina Paliativa como la especialidad dedicada al "estudio y cuidado de los pacientes con enfermedades activas, progresivas y en fase avanzada de pronóstico limitado, centrados en la calidad de vida", pero no fue hasta 1998 cuando la OMS publicó un documento en el que se definía específicamente lo que son los CP pediátricos (CPP): "los cuidados activos totales del cuerpo, la mente y el espíritu de cualquier niño con enfermedades que amenazan y/o limitan su vida, incluyendo el apoyo a la familia. Comienzan cuando se diagnostica la enfermedad y continúan independientemente de si el niño recibe o no tratamiento de la propia enfermedad". Los CPP tienen como objetivos mejorar la calidad de vida del niño, velar por su mejor interés y proteger sus derechos.

En el año 2000 la Academia Americana de Pediatría (AAP) crea la Sección de Cuidados Paliativos pediátricos (CPP).

En el 2006, la European Association of Palliative Care (EAPC) publica el documento *IMPaCCT, standards for pediatric palliative care in Europe* y a nivel nacional, en el 2014 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publica el documento *CPP en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención*, en donde quedan establecidas las recomendaciones para la creación y desarrollo de equipos específicos de CPP.

En el año 2016, en el seno de la AEP, se crea la Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos (PedPal).

1.3. SOCIEDAD CIENTÍFICA

SÍ

NO

1.4. DENOMINACIÓN DE LA SOCIEDAD CIENTÍFICA

Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos.

1.5. ACRÓNIMO

PedPal

1.6. PÁGINA WEB

<https://www.pedpal.es/site/>

1.8. APROBADA POR LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Sí NO

1.9. ¿ESTÁ DESARROLLADO A NIVEL EUROPEO EL SYLLABUS DE LA ESPECIALIDAD PEDIÁTRICA?

Sí NO

1.10. HISTORIA DE LA SOCIEDAD CIENTÍFICA

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos (PedPal) es una asociación creada en el 2 de marzo de 2016 y formada por 174 socios, en su mayoría pediatras dedicados a los Cuidados Paliativos. Actualmente la Junta Directiva está formada por:

- Presidente: Sergi Navarro Vilarrubí (pediatra).
- Vicepresidenta: María José Peláez Cantero (en funciones, pediatra).
- Tesorero: Álvaro Navarro Mingorance (pediatra).
- Secretaria: Lucía Ortiz San Román (pediatra).
- Vocales: Jesús Sánchez Etxaniz (pediatra), Fátima Parra Plantagenet-Whyte (pediatra), Carola Del Rincón Fernández (psicóloga), Esther Fernández Morell (enfermera), Ricardo Martino Alba (pediatra), Rosario Velázquez González (enfermera) y María José Peláez Cantero (pediatra).

Desde su creación se han celebrado 5 congresos científicos de ámbito nacional organizados por PEDPAL donde se han tratado los principales temas relacionados con el paciente paliativo pediátrico.

Además, PEDPAL ha constituido determinados grupos de trabajo específico (GdT), con objeto de cumplir los objetivos de impulsar la realización de trabajos científicos nacionales y fomentar la elaboración de protocolos y guías de actuación consensuadas a nivel nacional. En la actualidad están reconocidos los siguientes grupos de trabajo dentro de la PEDPAL:

- GdT Científico.
- GdT Formación.
- GdT de Tecnologías de Información y Comunicación.










- GdT de Familias.
- GdT de Epidemiología.
- GdT Psicosocial.

Los GdT mantienen reuniones anuales en el seno del Congreso Nacional de la PEDPAL y sus actividades son divulgadas a través de la página web de la sociedad.

2. ANÁLISIS DE LA ESPECIALIDAD

2.1. JUSTIFICACIÓN DE LA EXISTENCIA DE LA ESPECIALIDAD

A continuación se recogen los aspectos que justifican la necesidad de la existencia y el reconocimiento de la especialidad (Cuidados Paliativos Pediátricos).

CATEGORÍAS DE CLASIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES	
Necesidades profesionales	
Nuevas modalidades asistenciales	
Criterios de calidad asistencial y de seguridad para el paciente	
Desarrollos tecnológicos	
Necesidades organizativas administraciones sanitarias	
Cambios demográficos/epidemiológicos	
Avances científicos	

ENUMERACIÓN DE NECESIDADES EN LAS QUE SE BASA LA JUSTIFICACIÓN DE LA EXISTENCIA DE SU ESPECIALIDAD							
Reconocimiento curricular acreditado en el territorio español de una ruta formativa con alto nivel de especialización que contribuya a reforzar la capacidad del profesional en la resolución de los problemas de la práctica en el área específica de Cuidados Paliativos Pediátricos.	X						
Normalizar y sistematizar la formación en Medicina Paliativa Pediátrica en todo el territorio nacional participando del Principio de Cohesión del SNS.	X	X		X	X		X
Creación de un perfil profesional acreditado que permita la definición de puestos de trabajo en Atención Especializada acorde con las necesidades de atención en el área de Medicina Paliativa Pediátrica.	X	X	X	X	X	X	X
Generar profesionales con formación acreditada y aumento de la competencia técnica en el área de Medicina Paliativa Pediátrica que generen fiabilidad en líneas de investigación y ensayos clínicos.	X		X	X	X		X
Capacitación específica y autonomía en su ejecución de técnicas diagnósticas y terapéuticas en el campo de la Medicina Paliativa Pediátrica.	X	X		X	X		X
El aumento de la cronicidad de la patología en el área de Medicina Paliativa Pediátrica requiere el aseguramiento de la formación de los profesionales como garantía de la calidad clínica y asistencial que se presta, aportando una mejora en la calidad de vida en la transición a la edad adulta.		X	X		X	X	X
La formación específica en esta área competencial impacta en la eficiencia de los procesos y la mejora del ratio coste/ beneficio.			X	X	X	X	
Podrá preverse su aportación como mérito profesional para el acceso a determinados puestos de trabajo.	X	X		X	X		
Asegurar la asistencia cualificada al paciente por parte del profesional adecuado con acreditación oficial.	X		X	X	X	X	
La formación en la Pediatría y sus áreas específicas no contempla el enfoque paliativo ni prepara a los profesionales para prestar atención de calidad los pacientes que van a morir.	X	X	X	X	X	X	X

2.2. ELEMENTOS DIFERENCIALES

Se enumeran en la siguiente tabla Excel la relación de lo que se consideran elementos diferenciales entre el área funcional de capacitación profesional de un Especialista en Pediatría y sus Áreas específicas frente al área funcional del Área Específica correspondiente (Cuidados Paliativos Pediátricos).

REALIZACIÓN DE TÉCNICAS Y EXPLORACIONES		
INVASIVAS	NO INVASIVAS	ESCALAS
Canalización de vías centrales y periféricas	Ecografía abdominal	Escala de sedación
Colocación de dispositivos subcutáneos	Ecografía torácica	Escala de analgesia
Manejo de bombas de infusión	Electrocardiograma	Escala de abstinencia
Cambio de traqueostomía	Fisioterapia respiratoria	Escala de coma de Glasgow
Manejo de aspirador de secreciones	Ecografía musculoesquelética	Escala de Menten
Paracentesis	Ecografía transcraneal	Muerte encefálica
Toracocentesis	Monitorización domiciliaria	Escala de delirio
Artrocentesis	Videollamada	Escala de valoración funcional (Karnofsky, PPS)
Ventilación con bolsa y máscara	Capnografía	Escala de valoración de síntomas (Edmonton ESAS)
Ventilación mecánica no invasiva		Escala valoración pronóstico supervivencia: PPI y PaP score
Ventilación mecánica invasiva		Escala de complejidad
Manejo de respiradores		
Manejo de máquinas asistentes para la tos		
Resucitación hídrica		
Sondaje nasogástrico		
Sondaje trasplórico		
Manejo de gastrostomías		
Manejo de yeyunostomías		
Manejo de colostomías		
Manejo de bombas de alimentación		
Sondaje vesical		
Manejo de vesicostomías		
Punción lumbar		
Cura de úlceras y heridas		
Bloqueos regionales con control ecográfico		
Gasometría capilar		
Punción suprapúbica		

INTERPRETACIÓN DE TÉCNICAS Y EXPLORACIONES		
PRUEBAS FUNCIONALES	LABORATORIO	RADIOLOGÍA
Pulsioximetría	Hemograma	Radiografías
Capnografía	Bioquímica de sangre	Ecografías
Electrocardiograma	Reactantes de fase aguda	TC de cráneo
Ecografía abdominal	Citoquímica orina	TC de tórax
Ecografía torácica	Líquido cefalorraquídeo	RM de cráneo



▲		
Presión intracraneal	Líquido pleural	Densitometría
Electroencefalograma	Líquido ascítico	TC de abdomen
Gráficas de ventilación invasiva y no invasiva	Cultivos y antibiogramas	PET-TAC
Escalas de sedación	gasometría	Gammagrafía
Escalas de analgesia		
Escalas de abstinencia		
Escala de coma de Glasgow		
Ecografía musculoesquelética		

MANEJO DE TRATAMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD			
FARMACOLÓGICOS	DISPOSITIVOS	DIETÉTICOS (MEDICAMENTOS)	TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS
Antibióticos	Oxigenoterapia	Nutrición enteral	Rehabilitación
Antivirales	Oxigenoterapia de alto flujo	Dietas monoméricas	Fisioterapia
Antifúngicos	Ventilación no invasiva	Oligoméricas	Psicología
Antihipertensivos	Ventilación invasiva	Poliméricas	Mindfulness
Antiarrítmicos	Diálisis peritoneal	Fórmula para insuficiencia renal	Musicoterapia
Antiagregantes	Vía central	Fórmula para insuficiencia hepática	Terapia ocupacional
Anticoagulantes	Vía subcutánea	Fórmula MCT	
Fibrinolíticos y antifibrinolíticos	Drenaje pleural	Proteínas	
Hemoderivados		MCT	
Diuréticos		Suplementos H de C	
Insulinoterapia		Nutrición parenteral	
Antiepilépticos		Sueroterapia	
Analgesia opioide			
Analgesia no opioide			
Analgesia coadyuvante			
Bloqueos por infiltración de anestésicos locales			
Bloqueos de nervios periféricos			
Bloqueos centrales			
Óxido nítrico			
Sedación inhalatoria			
Hipnóticos			
Relajantes musculares			
Antiácidos			
Quimioterapia			
Fármacos emergencia metabólica			
Fármacos en insuficiencia renal			



▲			
Fármacos en insuficiencia hepática			
Toxina botulínica			
inotrópicos			
Sueroterapia			

MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS
Enfermedades derivadas de la prematuridad y sus complicaciones
Enfermedades neurológicas graves
Daño cerebral adquirido no recuperable
Enfermedades neuromusculares
Enfermedades metabólicas graves
Enfermedades neumológicas graves
Enfermedades oncohematológicas
Paciente inmunodeprimido
Síndromes de inmunodeficiencias graves
Enfermedades gastrointestinales graves
Paciente postrasplantado
Enfermedades cardiológicas graves
Enfermedades nefrourológicas graves
Enfermedades endocrinológicas graves
Enfermedades infecciosas graves
Enfermedades del sistema óseo y locomotor graves
Enfermedades dermatológicas graves
Enfermedades psiquiátricas graves

OTRAS DIFERENCIAS
Trabajar en un equipo interdisciplinar
Capacidad de liderazgo dentro del equipo
Identificar a los pacientes con una enfermedad limitante o amenazante para la vida y que son subsidiarios de recibir CPP
Poner en el centro de la atención al paciente y a su familia
Dar un enfoque integral a la atención de los pacientes y sus familias
Reconocer las necesidades clínicas del paciente y su familia
Identificar los factores que marcan el punto de inflexión o el cambio de trayectoria en la vida del paciente
Demostrar una comprensión clara de la fisiología, fisiopatología y neurofarmacología del dolor
Control de síntomas. Manejar síntomas intratables
Manejar las necesidades cambiantes de la alimentación e hidratación en el contexto de los CPP
Formular un enfoque racional en la prescripción, en cuanto a la polifarmacia y a las interacciones farmacológicas
Entender la farmacodinamia y farmacocinética de los opioides
Conocer las relaciones de conversión de los opioides
Evaluar y manejar los efectos secundarios a los tratamientos
Conocer y realizar la sedación paliativa
Facilitar la rehabilitación



▲
Reconocer las necesidades psicológicas del paciente y su familia
Reconocer las necesidades sociales del paciente y su familia
Reconocer las necesidades espirituales del paciente y su familia
Asesoramiento a otros profesionales sanitarios
Entender y reconocer el proceso final de vida
Manejar situaciones de incertidumbre en cuanto al pronóstico y a la probabilidad de muerte
Facilitar el alta del hospital al paciente en el proceso final de vida a otros entornos como el domicilio
Habilidad en la toma de decisiones. Toma de decisiones difíciles
Realización de planes anticipados de decisiones
Habilidades de comunicación. Comunicación de malas noticias
Realizar la adecuación de las medidas terapéuticas
Tener en cuenta la opinión de los pacientes
Comprender las necesidades de las familias
Diseñar un proceso para resolver los desacuerdos que puedan surgir en relación con el mejor interés del paciente
Ser capaz de confirmar y certificar la muerte de un paciente
Manejo en la donación de órganos y tejidos
Atención al duelo
Manejar los conflictos éticos y jurídicos en los CPP
Demostrar habilidades para gestionar problemas éticos
Apoyar la transición a los servicios de adultos
Reconocer el impacto de trabajar bajo situaciones estresantes
Buscar mecanismos de apoyo tanto personales como organizacionales para desarrollar resiliencia y reducir el riesgo de <i>burn out</i> y fatiga por compasión
Ser responsable de la educación sanitaria a pacientes y familiares
Ser responsable de formación a otros profesionales
Contribuir a las actividades de investigación
Contribuir al conocimiento social de los cuidados paliativos pediátricos
Aprender a trabajar el entorno domiciliario
Incorporación de la telemedicina y las nuevas tecnologías en el cuidado del paciente
Proporcionar atención 24 horas en entorno domiciliario

3. PROPUESTA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS

3.1. ESPECIALIDADES MÉDICAS DESDE LAS QUE SE ACCEDE A LA ESPECIALIDAD PEDIÁTRICA ESPECÍFICA

Pediatría y sus Áreas Específicas.

3.2. CENTROS EN ESPAÑA QUE CUMPLEN LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA ENTRENAR/ FORMAR A LOS ESPECIALISTAS EN LOS ELEMENTOS DIFERENCIALES

Ver punto 2.2 de este documento.



Desde el punto de vista de la atención en Cuidados Paliativos Pediátricos, se establecen dos tipos de centros:

- Centros de nivel III: centros con plena capacitación docente. Hablamos de centros de nivel III aquellos que cumplan los siguientes requisitos:
 - Atención de todo el espectro de edad pediátrico (de los 0 a los 18 años).
 - Atención integral paliativa que incluye el trabajo multidisciplinar de pediatras, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales.
 - Atención de pacientes con cualquier tipo de patología que sea tributaria de recibir atención paliativa.
 - Atención de pacientes, como mínimo de lunes a viernes. Para atender a las necesidades de los pacientes tributarios de cuidados paliativos es necesario ofrecer una atención continuada durante todos los días del año, incluyendo sábados, domingos y festivos, sin embargo, son pocos los recursos que disponen de este horario de atención en España.
 - Realización de sesiones docentes regulares.
 - Centros con compromiso docente y proyectos de investigación.
- Centros de nivel II: con capacitación docente parcial. Unidades en las que, para completar la formación, serían imprescindibles rotaciones complementarias por unidades de nivel III.

En octubre de 2020 los recursos que ofrecen Cuidados Paliativos Pediátricos en España, según los datos recogidos por el GdT de epidemiología de PedPal son:

I. Unidades de tercer nivel:

- En Andalucía:
 - Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
 - Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga
- En Aragón:
 - Hospital Universitario Materno Infantil Miguel Servet. Zaragoza
- En Cataluña:
 - Hospital Universitario Vall d’Hebrón. Barcelona
 - Hospital Universitario Sant Joan de Déu. Barcelona
 - Hospital Parc Taulí. Sabadell
- En la Comunidad de Madrid:
 - Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid
- En la Comunidad Valenciana:
 - Hospital General Universitario de Alicante. Alicante
 - Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.
- En la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares:
 - Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca
- En Murcia:
 - Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

II. Unidades de segundo nivel:

- En Andalucía:
 - Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería
 - Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz
 - Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
 - Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves. Granada
 - Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva
- En Asturias:
 - Hospital Universitario Central de Asturias.
- En Castilla-La Mancha:
 - Hospital Universitario Virgen de la Salud. Toledo
- En Castilla y León:
 - Hospital Universitario de Burgos. Burgos
 - Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca
 - Hospital General de Segovia. Segovia
 - Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid
- En Cataluña:
 - Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona
 - Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Gerona
 - Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona
 - Hospital Arnau de Vilanova. Lleida
- En la Comunidad de Madrid:
 - Fundación Vianorte-Laguna. Madrid.
- En la Comunidad Valenciana:
 - Hospital General Universitario de Elche. Alicante
- En la Comunidad Autónoma de Canarias:
 - Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife
 - Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canarias
- En el País Vasco:
 - Hospital Universitario Cruces. Bilbao.
- En Extremadura:
 - Hospital Materno Infantil de Badajoz. Badajoz



3.3. PLAN DE FORMACIÓN ESPAÑOL DE LA ESPECIALIDAD

3.3.1. PROGRAMA FORMATIVO ESPECÍFICO

Las competencias que hay que desarrollar en Medicina paliativa pediátrica y su evaluación se adjuntan en un documento aparte (**Anexo 1**).

Los contenidos de la formación son los recogidos por el plan de estudios europeo (Syllabus) de Cuidados Paliativos Pediátricos (**Anexo 2**).

3.3.2. ITINERARIO FORMATIVO Y ROTACIONES

En base al reconocimiento actual de la especialidad por el Ministerio de Sanidad se considera un tiempo de especialización mínimo de 4 años (aunque sería recomendable 5 años), distribuido de la siguiente forma:

- Un periodo troncal común de 3 años en Pediatría y sus Áreas Específicas: residencia en hospital de nivel II/III que ofrezca atención a pacientes de todas las edades pediátricas.
- Un periodo de 1 año de formación en Cuidados Paliativos Pediátricos: durante este periodo si el centro del residente no cumple todos los criterios señalados para ser considerado un centro de Nivel III la formación de este debe realizarse en forma de módulos en distintos centros, completando al menos una rotación ininterrumpida de una duración total de 4 meses por una unidad de Nivel III.

3.3.3. EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS

Será una evaluación teórico-práctica, con la realización de un dossier escrito donde se documentará y se pondrá de manifiesto la adquisición de las competencias requeridas según los objetivos descritos y los conocimientos técnicos auditados. La memoria será evaluada por el tutor.

Cabe la posibilidad de realización de un examen teórico al finalizar el periodo de rotación.

Además, el residente debe realizar actividades relacionadas con la investigación:

- Participación de actividades científicas: congresos, sociedades científicas, etc.
- Publicación (sin importar orden de autoría) de al menos un artículo sobre atención paliativa pediátrica.

3.3.4. DURACIÓN DE LA FORMACIÓN

De forma ideal, el médico pediatra podrá capacitarse para ejercer la Medicina Paliativa Pediátrica tras una formación mínima de 1 año mediante su participación en una unidad de cuidados paliativos de nivel III, o bien haber cursado al menos 1000 horas de formación específica en este campo.

3.3.5. PROPUESTA DE REQUISITOS DE ACREDITACIÓN DE TUTORES

Nuestra propuesta es la siguiente:

- Estar en situación de servicio activo en el centro o la unidad docente acreditada de que se trate.
- Contar con una experiencia mínima de 3 años desempeñando una actividad asistencial específica de su especialidad en el mismo centro o unidad docente acreditada.

- Experiencia docente. Acreditación como docente en formación continuada en los dos últimos años.
- Haber participado en un proyecto de investigación o comunicación científica, relacionado con la especialidad de cuidados paliativos pediátricos en los últimos 5 años.

4. DESCRIPCIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

4.1. NOMBRE DE LOS CENTROS SANITARIOS, DESAGREGADOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, QUE DESARROLLAN DE FORMA COMPLETA LAS ACTIVIDADES DESCRITAS COMO “ELEMENTOS DIFERENCIALES”

4.2. NÚMERO DE PROFESIONALES DESAGREGADOS POR CENTRO Y POR COMUNIDAD AUTÓNOMA QUE ESTÁN DESARROLLANDO DE FORMA COMPLETA LAS ACTIVIDADES DESCRITAS COMO “ELEMENTOS DIFERENCIALES”

4.3. CURVA DE EXPERIENCIA DE LOS CENTROS SANITARIOS, DESAGREGADOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, QUE DESARROLLAN DE FORMA COMPLETA LAS ACTIVIDADES DESCRITAS COMO “ELEMENTOS DIFERENCIALES”

4.4. ESTIMACIÓN DE LOS PEDIATRAS ESPECIALIZADOS NECESARIOS ACTUALMENTE

La información de los cuatro puntos anteriores se resume en las siguientes tabla, que recoge los recursos nacionales y la estimación de necesidades actuales.

CC. AA.	CIUDAD	HOSPITAL	AÑO CREACIÓN	DOTACIÓN HUMANA										ATENCIÓN HOSPITAL	ATENCIÓN TELEFÓNICA	ATENCIÓN DOMICILIARIA
				Médico		Enfermería	Trabajador social	Psicólogo/a	Atención espiritual	Administrativo	Conductor	Fisioterapia	Farmacéutico			
				Pediatra	Otros											
Andalucía	Almería	Hospital Torrecárdenas	2014	1,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	L-V: 8-15 h	L-V: 8-14 h	
	Sevilla	Hospital Virgen del Rocío	2016	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	L-V: 8-15 h	L-V: 8-15 h	
	Málaga	Hospital Regional Universitario de Málaga	1999	2	0	2,5	0,5	0,5	0	0	0	0	0	L-V: 8-8 S: 8-15,00	L-V: 8-8 S: 8-15,00	
	Cádiz	Hospital Puerta del Mar	2019	0,25	0	0,25	0	0	0	0	0	0	0	L-V: 8-8 S: 8-15,00	L-V: 8-8 S: 8-15,00	
	Huelva	Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez	2019	0,95	0	1	0	0	0	0	0	0	0	L-V: 8-15 h	L-V: 8-15 h	
	Córdoba	Hospital Reina Sofía	2019	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	L-V: 8-15 h	L-V: 8-15 h	
	Granada	Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves	2018	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	L-V: 8-20 S: 8-14,00	L-V: 8-20 S: 8-14,00	



Aragón	Zaragoza	Hospital Universitario Materno infantil Miguel Servet	2017	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	L-V: 8-15 h	L-V: 8-15 h
	Oviedo	Hospital Central de Asturias	2019	2 (parcial)	0	1 (parcial)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	L-V: 8-15 h	
Castilla-La Mancha	Toledo	Virgen de la Salud	2015	0,5	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	L-V: 8-15 h	L-V: 8-15 h
	Burgos	Hospital Universitario Burgos	2018	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	L-V: 8-15 h	L-V: 8-15 h
Castilla y León	Salamanca	Complejo Asistencial Universitario de Salamanca	2016	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Segovia	Hospital General de Segovia	2018	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Valladolid	Hospital Universitario Río Hortega	2016	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	L-V: 8-15 h	L-V: 8-15 h

Cataluña	Barcelona	Hospital Universitario Vall'd Hebron	1997	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	L-V: 8-16 h	L-V: 8-16 h
	Barcelona	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	2016	1 (20 h semanales)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20 h semanales	20 h semanales
	Barcelona	Hospital Sant Joan de Déu	1991	4,5	0	2	1,5	0,5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24/7	24/7
	Sabadell	Hospital Parc Taulí	2016	1	0	1	0,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Gerona	Hospital Universitario Dr. Josep Trueta	2020	0,4 + 0,2	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Tarragona	Hospital Universitario Joan XXIII		0,25	0	0,25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Comunidad de Madrid	Madrid	H. Infantil Universitario Niño Jesús	2008	7	0	7	2,5	0	2	1	1	0,8	1	1	0,8	0,8	0,8	24/7	24/7
			Fundación Vianor-te-Laguna	2014	0,25	0	1	0,1	1	0	0	0,25	0	0,25	0	0,25	0	0	L-V 9-16 h	L-V 9-16 h

Islas Baleares	Palma de Mallorca	Hospital Universitario Son Espases	2013	3	0	3	0,5	1,5	0	0	0	0	0	0	0	L-V 8-15 h	L-V 8-15 h	
La Rioja	Logroño	Hospital San Pedro	EN DESARROLLO 2019															
País Vasco	Bilbao	Hospital Universitario Cruces	2012	1,4	0	2	0	0,2	0	0	0	0	0	0	0	L-V: 8-15 h	L-D: 8-22 h	
R. Murcia	Murcia	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca	2013	2	0	3	2	2	0	0	1	0	0	0	0	L-D 8-21 h	L-D 8-21 h	
Extremadura	Badajoz	Hospital Materno-Infantil de Badajoz	2019	1	0	1	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0	L-V 8-15 h	L-V 8-15 h	
Navarra	Pamplona	Complejo Hospitalario de Navarra - Hospital Virgen del Camino	2019	EN DESARROLLO														



	0-4	5-9	10-14	15-19	POBLACIÓN TOTAL <20 AÑOS	POBLACIÓN DE TRIBUTARIA DE PALIATIVA (28/10 000 = 25 000 + 12,9%)	PEDIATRAS ESPECIALIZADOS EN PALIATIVOS PEDIÁTRICOS
Ambos sexos							
Andalucía	356 509	430 400	490 434	464 884	1 742 227	4878	24
Aragón	51 473	62 094	67 221	64 292	245 080	686	3
Asturias, Principado de	28 577	36 541	41 696	39 769	146 583	410	2
Baleares, Illes	50 515	57 927	62 532	59 187	230 161	644	3
Canarias	73 502	91 487	107 448	112 273	384 710	1077	5
Cantabria	19 704	25 328	29 070	27 552	101 654	285	1
Castilla y León	75 564	94 863	105 051	103 363	378 841	1061	5
Castilla-La Mancha	82 944	102 517	113 732	107 714	406 907	1139	6
Cataluña	321 888	386 928	428 838	408 221	1 545 875	4328	22
Comunidad Valenciana	197 255	242 852	276 954	262 215	979 276	2742	14
Extremadura	39 485	46 747	53 046	52 646	191 924	537	3
Galicia	87 029	105 880	117 338	112 049	422 296	1182	6
Madrid, Comunidad de	288 747	339 325	362 199	344 672	1 334 943	3738	19
Murcia, Región de	73 836	85 537	93 183	88 234	340 790	954	5
Navarra, Comunidad Foral de	28 333	34 617	36 688	35 405	135 043	378	2
País Vasco	82 437	102 470	109 431	105 604	399 942	1120	6
Rioja, La	12 777	15 425	16 799	15 943	60 944	171	1
Ceuta	4343	5635	6144	5644	21 766	61	0
Melilla	5859	6920	6428	5897	25 104	70	0
	1 880 777	2 273 493	2 524 232	2 415 564	9 094 066	25 463	127



Premisas:

- En cada hospital de tercer nivel debería haber un pediatra especializado.
- En comunidades con baja prevalencia podría ser suficiente con profesionales especializados con dedicación parcial.
- Se han establecido unas ratios globales de 200 pacientes con necesidades paliativas por pediatra especializado con formación avanzada. Contando con una formación básica en primaria y una formación intermedia de los especialistas que atienden niños con alta prevalencia de necesidades paliativas (oncólogos, neonatólogos, neuropediatras...).
- El modelo de atención de cada comunidad puede condicionar estas ratios, por ejemplo, por la organización de la Atención Primaria, considerándola una pieza fundamental que debe tener una formación general en atención paliativa.
- Potencial aumento de la complejidad en enfermedad crónica avanzada.

