

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

GSK

**Sociedad de
Pediatría de
Atención Primaria
de Extremadura**
Colegio Oficial de
Médicos
Avda. Colón 21

www.spapex.org

Editor:

Jaime J. Cuervo Valdés

SUMARIO

EDITORIAL

Mirando hacia adelante.....PAG 2

NOTICIAS

Documento sobre Salud Escolar.....PAG 4

Manifiesto contra la guerra del Grupo de Trabajo de
Inmigración de la SPAPex.....PAG 5

Curso de actualización AEPap Pediatría
2003.....PAG
6

Coordinación Atención Primaria y Especializada.
Visión desde la Pediatría de Atención Primaria
Juan José Morell Bernabé.....PAG 9

CONGRESOS 2002-03

**Curso de formación
continuada de la Sección
de Badajoz**

29 de Mayo

Taller de EKG
Dr. Francisco Campo
Sampedro. Cardiología
infantil. HMI Badajoz

**Curso de actualización
AEPap Pediatría 2003**

**Madrid. 16-18 de
Octubre 2003**



Mirando hacia adelante

El pasado mes de Febrero la SPAPex, junto con otras Sociedades representativas de los demás profesionales que trabajan en Atención primaria, firmó un documento mostrando nuestro desacuerdo con el desarrollo actual del programa de Salud escolar y apoyando su integración en el programa de Niño sano.

Esta fue la principal conclusión de una serie de reuniones a las que nuestra Sociedad había sido convocada por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura con la intención de revisar los contenidos y eficacia del programa actual de Salud escolar.

Algunos compañeros han mostrado su preocupación porque esto pueda suponer un incremento de las actividades programadas dentro de nuestras ya sobrecargadas consultas de pediatría; aún coincidiendo que es un programa inútil, ineficaz y que consume mucha actividad en el Centro de Salud.

Y tienen razón; pero no podemos dejar el programa de Salud escolar como está y mirar hacia otro lado.

Parece lógico que tengamos que preocuparnos más de los niños mayores de 4 años y de las actividades de cribaje, prevención, promoción y educación para la salud adecuadas para los distintos tramos etáreos y hasta el final de la edad pediátrica. Definir estas actividades, evaluarlas con criterios de eficacia y evidencia científica y en una línea de continuidad asistencial en el marco de su propia historia clínica y de los controles anteriores del programa de Niño sano debían ser los objetivos de discusión.

En las condiciones actuales de desarrollo de nuestra propia sanidad extremeña no parece tener sentido seccionar las actividades del programa de Niño sano en dos grupos de edad: de 0-5 años y de 6-14 años; y menos aún que en éste 2º grupo sólo se desarrollen actividades "independientes" y en un marco distinto (la Salud Escolar, entendida como un problema de . . . ¿Salud Pública?). Esto sólo ha llevado a que muchos pediatras, con una gran presión asistencial, descuiden actividades que les serían propias y de gran utilidad en la detección precoz y en la prevención y promoción de salud y que debían completar un programa de Niño sano hasta la adolescencia.

Las variaciones en el calendario de vacunaciones, la preocupación creciente por detectar precozmente causas de fracaso escolar, trastornos de conducta, reforzar hábitos y estilos de vida saludables en el niño y, muy especialmente, en el adolescente, la certeza de que hay que incorporar a la enfermería pediátrica en Unidades funcionales pediátricas en el seno de los EAP y de una participación multidisciplinar

y comunitaria en la atención a la salud integral del niño y del adolescente, son razones suficientes para pensar que hay que hacer cosas de un modo "diferente".

De cualquier forma, en el contexto actual de la situación del pediatra de Atención primaria en Extremadura, es cierto que tenemos que ser muy exigentes y críticos con todas aquellas actuaciones "puntuales" que tiendan a modificar aspectos de nuestra labor asistencial sin tener en cuenta el contexto "global" de lo que debiera ser una atención pediátrica de calidad y accesible al conjunto de la población pediátrica en nuestra región.

Se nos dice que estos "nuevos exámenes de salud" podrían incorporarse a nuestra cartera de servicios y nosotros reclamamos una nueva cartera de servicios que contemple todos aquellos servicios que "ya" hacemos en pediatría. Y también que estos "nuevos controles" pasarían a formar parte del programa del Niño sano, y nosotros reclamamos un programa del Niño sano renovado y completo desde el nacimiento hasta la adolescencia.

No se trata de cambiar el "lugar" dónde realizar las mismas actividades actuales se trata de mejorar la eficacia y eficiencia de las actividades que dirigimos hacia la prevención y promoción de la salud en el niño y adolescente con objeto de mejorar su estado de salud. Pero, para todo ello, hay que empezar diferenciando las peculiaridades de la atención pediátrica que son básicas para conseguir criterios de calidad: más tiempo para cada niño, cupos máximos de 1.000 niños por pediatra, enfermería pediátrica, límite de la edad pediátrica. . . ., y evaluar razonablemente y con realismo la labor que realiza el pediatra en los Centros de Salud.

Desde este punto de partida muchas cosas son mejorables y podemos y debemos trabajar para hacerlas realidad. Nuestra Sociedad (SPAPex) mantiene un alto grado de compromiso y colaboración con el Sistema sanitario público extremeño apoyando todas aquellas iniciativas dirigidas a mejorar la calidad de la atención a la salud integral de niños y adolescentes, con la implicación y participación directa de muchos de nosotros pero, también, defendiendo las condiciones adecuadas para poder desempeñar nuestra labor profesional en el seno de los Equipos de Atención primaria.

Sin embargo, desde mi punto de vista, el pediatra de Atención primaria se encuentra en una situación límite.

Límite, porque autogenera una actividad para la que se encuentra capacitado, que es satisfactoria para la población y que da resultados en salud, pero que es poco reconocida y valorada

por la Administración e, incluso, en el seno de los propios Equipos de Atención Primaria.

Y límite, porque faltan muchos pediatras en Atención primaria en Extremadura y no hay ningún indicio que nos haga pensar que el Servicio Extremeño de Salud esté de acuerdo con este punto de vista. Nosotros creemos que una reflexión en éste sentido en los primeros momentos de las transferencias sanitarias podría hacer posible un aumento progresivo de los recursos humanos apropiados (pediatras y enfermeras de pediatría) junto con un desarrollo de la pediatría de Atención primaria en nuestra Comunidad. Seguro que se ha hecho, pero ¿cuáles son las expectativas?.

Tras un año de transferencias sanitarias pocos o ningún cambio ha habido en relación con la pediatría de Atención primaria en Extremadura, ¿debemos congratularnos por ello?

Desconocemos si la Administración sanitaria y los pediatras de Atención primaria coincidimos en nuestros objetivos; pero, dos cuestiones me parecen básicas como punto de partida:

1. Admitir que faltan pediatras en los Centros de Salud. Y ya hay Comunidades que han planteado una redistribución de sus recursos humanos y concursos de oposición y traslados dentro de la Atención primaria: ¿se puede hacer!.

2. Y admitir a la Pediatría, sin complejos, en el seno de los Equipos de Atención primaria. Porque, el desarrollo de la Atención primaria nos ha llevado en la actualidad a disponer de un equipo de profesionales que, en conjunto pero cada cual con sus tareas específicas, prestan su atención y cuidados al individuo, la familia y la comunidad de una manera integral y a lo largo de las distintas etapas de su vida. Adecuar los servicios y los profesionales del Equipo a las necesidades de la población y hacerlos eficientes puede conducirnos a conseguir una mejor calidad de vida y un

mejor estado de salud y bienestar a la población que atendemos. En éste contexto es necesario reconocer las tareas y peculiaridades específicas del pediatra y la enfermera pediátrica, así como de la población que deben atender.

“Hasta ahora, la asistencia médica a los niños se ha venido haciendo en función de los intereses administrativos de la Administración: ajustando los niños a las plantillas y no en función de las necesidades objetivas de la población.

Esta política se puede cambiar; y nosotros podemos hacerlo ahora en Extremadura puesto que tenemos competencias en materia sanitaria, ajustando las plantillas a las necesidades objetivas del desarrollo de los niños” (referido a la atención pediátrica).

Estas palabras fueron pronunciadas por el Presidente de la Junta de Extremadura, D. Juan Carlos Rodríguez Ibarra, en el transcurso del XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente celebrado en Cáceres el 5 de Abril de 2.002.

Quizás, la cuestión está en convenir cuáles son esas necesidades objetivas en la atención a la salud de nuestros niños y adolescentes.

Juan J. Morell Bernabé
Presidente SPAPex

NOTICIAS

Documento sobre Salud Escolar.

Badajoz. 20-Febrero-2003.

El Jefe de Servicio de Prevención y Promoción de la Salud de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, D. José María Iglesias Sánchez, convocó a las sociedades científicas representativas de los profesionales de

la salud que trabajan en el ámbito de la Atención Primaria a una reunión el 20 de Enero con el siguiente orden del día:” Revisión de los contenidos del Programa de Salud Escolar”, para trabajar en ello en posteriores reuniones.

Hoy, 20 de Febrero, los representantes de las siguientes sociedades científicas: Sociedad Extremeña de Medicina Familiar y Comunitaria (Sexmfyc), Sociedad Extremeña de Medicina Rural y Generalista (Semergen), Sociedad Extremeña de Medicina General (Semeg), Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (Spapex) y Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Extremadura (SEFyCEX), a tenor de la reunión mantenida el 6 de Febrero y la del día de hoy, quieren exponer las razones que les llevan a mostrar su desacuerdo con ciertas partes del Reglamento de Salud Escolar, a partir del cual se desarrolla el Programa de Salud Escolar actual. Las puntualizaciones que a continuación se detallan, se hacen respetando los principios fundamentales de la ley de Salud Escolar.

La ley 2/90, de 26 de Abril, de Salud Escolar (Preámbulo, III) “ (...) pretende, como objetivo fundamental, garantizar la realización de un Programa de Salud Escolar, que contemple la promoción, protección y conservación de la salud del preescolar y escolar en todos sus aspectos, mediante el desarrollo de tareas y actividades en las áreas siguientes: educación para la salud, exámenes de salud, prevención de aquellos procesos o enfermedades propias de la infancia, higiene del medio ambiente escolar. (...) El programa de salud escolar, desarrollado mediante el trabajo en equipo de los distintos profesionales de la salud con participación activa de los educadores, padres, escolares y de la comunidad en general, formará parte integrante de la atención primaria de cada zona de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura”.

Teniendo en cuenta el cambio del mapa sanitario extremeño, con la implantación de los centros de salud, que ha llevado a todos los puntos de la geografía extremeña el modelo de Atención Primaria de Salud, con la atención integral a la persona mediante el trabajo en equipo, consideramos que los exámenes de salud de los niños/as en edad escolar deberían ser realizados de forma individualizada por el médico al que está adscrito el niño/a (pediatra, médico general o médico de familia), como continuación del programa del niño sano que se inicia desde el nacimiento.

A continuación exponemos las razones por las que creemos que el examen de salud, tal como está contemplado actualmente, no ha cumplido, en los 15 años en los que lleva realizándose, los objetivos.

En cuanto a infraestructura:

- Los locales, en la gran mayoría de casos, no reúnen las condiciones mínimas exigidas.
- El mantenimiento de material es inadecuado, aún cuando periódicamente se envíe material nuevo
- Falta de políticas globales que impliquen y coordinen a todos los estamentos cuya participación es necesaria para el correcto desarrollo del programa: padres, profesorado, equipos de atención primaria.
- En el expediente de salud del alumno/a deben estar recogidos todos los exámenes de salud, y las incidencias relevantes para la salud individual o colectiva. Nuestra experiencia es que en gran número de centros escolares se abre un nuevo expediente en cada examen de salud, habiendo duplicidad y hasta triplicidad de expedientes, quedando simplemente almacenados, sin utilidad alguna para el centro docente y con frecuentes pérdidas de expedientes, con lo que hay dudas de la confidencialidad absoluta de los datos allí recogidos.

En cuanto a organización y funcionamiento:

- La evaluación del Programa de Salud Escolar, competencia de la Consejería de Sanidad y Consumo (artículo 23º), no se ha hecho, realizando cada año una descripción exhaustiva de las patologías encontrada, pero sin datos contrastados, pues muchas de ellas ya eran conocidas.
- Teniendo en cuenta que el Programa de Salud Escolar está planteado como un programa de prevención y screening, no se le ve utilidad al no dar solución a los problemas de salud prevalentes, objetivo final de cualquier programa de screening.
- De las patologías encontradas, hay una total falta de seguimiento por pérdida de la continuidad asistencial.
- El examen es, desde hace dos años, voluntario para los padres, lo que lleva a una disminución significativa de la cobertura año tras año a la hora de realizar estos exámenes en los colegios

Por tanto, el examen de salud tal como está planteado actualmente, no asegura la total cobertura, ni el seguimiento ni la resolución de los problemas de salud de la población escolar.

Tal como se ha indicado al principio, hay otras tres áreas de trabajo: educación para la salud, medidas preventivas e higiene medioambiental. Estamos convencidos de su utilidad dentro del entorno escolar, y éstos deberían ser los objetivos prioritarios del programa de salud

escolar, teniendo como pilar fundamental la educación para la salud (tal como recoge la propia ley de Salud Escolar) y, por supuesto, realizándose estas actividades en los colegios ya que es el único lugar donde convergen padres, profesores y alumnos.

Estamos dispuestos a colaborar en la modificación del programa de salud escolar, de

Documento firmado en Badajoz el día 7 de Marzo de 2003.

Bartolomé Leal Correa (SEMERGEN)
Manuel Carpi Abad (SEMEG)
Teresa Muñoz de la Montaña (SEFYCEX)
Mercedes Reymundo García (SPAPEX)

acuerdo con lo expuesto, que, lejos de contradecir la ley 2/90, de 26 de Abril, de Salud Escolar, tiene como objetivo fundamental la salud integral del escolar, por supuesto con la colaboración y coordinación con la comunidad, la Consejería de Educación y Cultura (coautora de la ley) y los Servicios Sociales.

Ignacio Maynar Mariño (SEXMFYC)
Cecilia M. Gómez Málaga (SPAPEX)
Inmaculada Molero Bejarano (SEFYCEX)

Dirigido a D. José María Iglesias Sánchez, Jefe de Servicio de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

Manifiesto contra la guerra del Grupo de Trabajo de Inmigración de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura.

NIÑOS OCUPADOS Y EMBARGADOS

Ante la grave situación y los acontecimientos dramáticos y tensos en las relaciones internacionales que se viven actualmente en el mundo en general y en las zonas del Golfo Pérsico y Oriente Próximo en particular, los pediatras y todos aquellos otros profesionales sanitarios que trabajamos con los niños como guardianes de su salud y bienestar, tenemos motivos extras para manifestarnos y denunciar, ahora más que nunca, la situación de violencia en la que vive la población infantil embargada y ocupada en el mundo.

Los niños iraquíes están sometidos desde hace 10 años a un embargo "legal", que tiene el apoyo de la comunidad internacional, y que les priva de todo lo que necesitan para sobrevivir. Ellos son, además, víctimas de una política errónea y despótica de sus gobernantes, enzarzados en guerras regionales, que devora todo tipo de vida y de desarrollo compatible con una supervivencia digna. Ahora, dejarán de recibir lo más preciso: leche, pan y todo tipo de alimentos, medicinas y hasta el cariño de los suyos; a cambio les van a bombardear, y su mayor sufrimiento se llamará "daños colaterales".

La población infantil palestina lleva años sobre-viviendo a unas circunstancias que no entienden. Sometidos a una ocupación militar

implacable, asediados y con un embargo alimenticio y de medicamentos que viola todos sus derechos a nacer, a crecer, madurar y desarrollarse; bloqueando su educación y negándole, incluso, una atención sanitaria adecuada (el acceso a los centros de salud se hace prácticamente imposible por el toque de queda, sin saber cuándo podrán ir al médico). Sus casas están siendo demolidas, sus familias humilladas y marginadas por colonos de otros países que no vienen a integrarse sino a adueñarse de la tierra ocupada por la fuerza. Todo esto se llama limpieza étnica y ocurre ante la mirada y la pasividad de la legalidad y derecho internacional representada por la ONU.

Conviven con el odio y la violencia. La ocupación y el embargo practicado a estos niños conlleva una experiencia que suele tener consecuencias traumáticas sobre la salud mental de los niños palestinos.

También los niños israelíes sufren la política de espacio vital y seguridad total de sus gobernantes y de las circunstancias, basada en el bloqueo global y sellamiento de los territorios ocupados. Situaciones de miedo, inseguridad y desesperación que alimentan el odio entre los dos pueblos.

Son muchos los niños que viven en países ocupados o embargados, también en otras zonas del mundo; niños que les ha tocado nacer y vivir en países o momentos "equivocados", como Cuba o el pueblo saharauí o la población indígena "indocumentada" de algunos países centroamericanos, etc.....; niños cuya situación es, en muchos casos, moneda de discusión y

presión en las altas esferas de la política internacional, incluido el Consejo de Seguridad de la ONU.

¿Y los niños africanos?. Padecen hambre crónica, incluso desde antes de nacer; desnutrición, enfermedades, SIDA, sin recursos y sin posibilidades de tratamiento o de profilaxis, ni siquiera de acceso a información. Son países hundidos, con guerras a menudo fomentadas desde el exterior con el fin de adueñarse de sus riquezas, bloqueando su desarrollo y prosperidad.

Son niños en grave situación sanitaria; y, lo que es peor, sin futuro ni esperanza.

Por todos estos motivos de insulto y humillación a la infancia mundial creemos que éste es un momento para lanzar un grito de NO A LA GUERRA, NO A LOS EMBARGOS, NO A LA LEY DE LA SELVA. Pedimos que toda la alta tecnología y el pensamiento humano sean

Curso de actualización Pediatría 2003. Organizado por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

Nuestras exigencias actuales son de formación práctica. Este es el espíritu del 1º Curso de la AEPap, un curso nada aburrido, con interesantes talleres prácticos. No te lo querrás perder ¿verdad?. Apunta **ya** la fecha en tu agenda.

Programa preliminar

Sede del Curso: Pabellón Docente del Hospital General Universitario "Gregorio Marañón", Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. C/ Ibiza, 45. 28009 – Madrid.

Fechas: 16-18 Octubre 2003

Presentación: Queridos colegas y amigos: AEPap está decidida a promover actividades de formación y habilitación profesional así como foros de debate profesional. Y en consonancia con estos objetivos, por fin un deseado proyecto de todos los que conforman AEPap ve la luz este año. Convocamos a todos los pediatras de Atención Primaria a unas jornadas de actualización de contenido técnico y científico. Durante los **días 16 a 18 de octubre** pondremos a debate algunos de los temas pediátricos de mayor interés, de la mano de colegas de reconocido prestigio y experiencia. También habrá lugar para talleres prácticos con el objetivo de proporcionar a los pediatras herramientas y

habilidades para manejar los problemas mas frecuentes de su consulta. Serán casi tres días de intensa actividad y que esperamos sean de gran utilidad.

Curso dirigido a: Pediatras de Atención Primaria de todas las Comunidades españolas.

Metodología:

puestos al servicio y al desarrollo de todos los niños de la tierra; ellos son el futuro y la esperanza de nuestra especie, es nuestro deber colaborar en que puedan ser hombres sanos y libres en todos los aspectos de la vida.

- Sesiones tipo Mesa Redonda para actualización de temas clásicos y de interés en Pediatría expuestas por expertos, con metodología interactiva y participativa.
- Talleres Prácticos de debate y habilitación en herramientas útiles en la consulta del pediatra.

Agenda del curso:

Jueves 16 de octubre

14,00 a 15,30h. **Recogida de documentación.**

15,30h. Aula Magna. **Inauguración.**

- 16,00 a 18,00h. Aula Magna. **Mesa Redonda: Temas Imprescindibles En Salud Infantil.** Moderadora: M. Duelo Marcos C. S. "El Naranjo", Fuenlabrada, Madrid.
- **Novedades en Vacunas.** Jesús Ruiz Contreras. Hospital Universitario "12 de Octubre", Profesor Titular Universidad Complutense, Madrid.
- **Novedades en Alimentación; fórmulas infantiles, pro y prebióticos, suplementos minerales y vitaminas.** M^a L. Arroba Basanta. Pediatra, C. S. "El Naranjo", Fuenlabrada, Madrid.
- **Manejo de niños inmigrantes y de adopción internacional en las consultas.** Gloria Orejón de Luna. C.S. "Gral Ricardos". Madrid

18,00 a 18,30h. Café

18,00 a 20,00h. Aulas 1-6. **Talleres simultáneos.**

Viernes 17 de octubre

9,30 a 11,30h. Aula Magna. **Mesa Redonda:**

Patología Respiratoria Prevalente. Moderadora: B. Domínguez Aurrecochea. C.S. Otero. Oviedo, Asturias.

- **Actualización en Asma.** Carlos Pardos Martínez. C.S. "Perpetuo Socorro", Huesca.
- **Novedades terapéuticas en Laringitis y Bronquiolitis.** Maite Callén Bleuca. C.S. de Lezo, Guipúzcoa.

- **Actualización de Sinusitis y Otitis.** Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce. C.S. "Centro", Getafe, Madrid.
- **Prescripción de Antibióticos; teoría y realidad.** Benjamín Herranz Jordán. C.S. Las Rozas, Madrid.

11,30 a 12,00h. Café

12,00 a 14,00h. Aula Magna. **Mesa Redonda: Otras Patologías Prevalentes En La Consulta Pediátrica De Atención Primaria.** Moderador: R. Ugarte Libano. C.S. "Aranbizkarra I", Vitoria-Gasteiz.

- **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).** Xabier Txakartegi. C.S. de Gernika, Bizkaia.
- **Novedades en Gastroenterología. Tratamiento de la diarrea aguda. Infección por H. Pylori.** Víctor Ormaetxea. C.S. de Villabona, Guipúzcoa.
- **Novedades en Dermatología. Últimos avances en el tratamiento médico de la dermatitis atópica.** Juan Antonio Ratón Nieto. Servicio de Dermatología, Hospital de Cruces, Barakaldo, Bizkaia

14,00 a 16,00h. Comida de trabajo

16,00 a 17,45h. Aulas 1-6. **Talleres simultáneos.**

17,45 a 18,15h. Café

18,15 a 20,00h. Aulas 1-6. **Talleres simultáneos.**

Sábado 18 de octubre

9,00 a 11,00h. Aulas 1-6. **Talleres simultáneos**

11,00 a 11,30h. Café

11,30 a 13,30h. Aula Magna. **Mesa Redonda: Actividades Preventivas En La Infancia Y Adolescencia.** Moderador: Javier Soriano Faura C.S. "Virgen de la Fuensanta", Valencia.

- **El lactante que fue prematuro.** Carmen Rosa Pallás Alonso. Servicio de Neonatología, Hospital Universitario "12 de Octubre", Madrid.
- **Prevención en el pre-escolar y escolar.** Juan José Delgado Domínguez. C.S. de Labañou, A Coruña.
- **Prevención en el adolescente.** José Galbe Sánchez-Ventura. C.S. Actur Norte, Zaragoza.

13,30h. Resolución del ganador del concurso público "Nuevo Logotipo AEPap". Clausura del curso

TALLERES PRÁCTICOS SIMULTÁNEOS:

Traumatología En La Consulta Del Pediatra:

Manejo de pequeños traumatismos de extremidades: exploración física, petición de estudios radiológicos y vendajes funcionales.
ORL – Otoscopia: Otitis Media Aguda (OMA) y Otitis Media con Exudado (OME), imagen del tímpano normal y patológico, técnica de la otoscopia neumática (videotoscopio), enfoque terapéutico de OMA y OME.

ORL – Timpanometría: Indicaciones, técnica e interpretación. Su correlación con otras técnicas de exploración del oído. Manejo de la OME.

Pediatría Basada En Evidencias. Conceptos básicos de MBE aplicados a la Pediatría de Atención Primaria

Oftalmología. Exploración Oftalmológica en la consulta de Pediatría. Anomalías de la visión, Fondo de ojo, Urgencias oftalmológicas.

Entrevista Con Adolescentes: ¿Cómo afrontar con seguridad la entrevista clínica con adolescentes?.

Educación Del Niño Asmático Y Su Familia:

Intervenciones educativas en el niño asmático, su familia y colegio.

Detección Precoz De Los trastornos Del Espectro Autista: Herramientas válidas para la detección del autismo y trastornos afines en las consultas.

Internet Para Pediatras De Atención Primaria Atareados. ¿Cómo empezar a usar los recursos científicos que ofrece Internet? Usos básicos del correo electrónico y la navegación por Internet. Repaso de los recursos más útiles para el pediatra de Atención Primaria. Internet como herramienta en la consulta.

Los pediatras informatizados y OMI. Revisión de los aspectos prácticos más importantes relacionados con el manejo de la aplicación informática OMI-AP en las consultas del pediatra de Atención Primaria

Fechas a recordar:

- Inscripciones a partir del 25 de Abril.
- Inscripción hasta el 15 de Septiembre de 2003. Se aceptarán inscripciones por riguroso orden de recepción hasta completar el aforo de la sede del curso. Número de participantes limitado.

Información general:

- Se solicitará la solicitud de acreditación docente a la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.
- Se solicitará la declaración de "Actividad de Interés Sanitario" a la Comunidad de Madrid.
- La cuota de inscripción da derecho a asistir a las mesas redondas y a 4 talleres, cafés de media mañana y tarde, comida de trabajo del viernes y Libro del Curso.
- Talleres prácticos y seminarios. Se ofertan 10 talleres diferentes, pero cada participante podrá hacer sólo 4 de ellos. Al hacer la inscripción señalará 6 talleres por orden de preferencia. El Comité Organizador tratará de garantizar que todos los inscritos puedan participar en los talleres elegidos.
- No estará permitido fumar durante el desarrollo del Curso, salvo en las áreas reservadas expresamente.
- La organización facilitará los traslados y alojamientos de los participantes al Curso que lo soliciten.

- Medios audiovisuales. Los ponentes dispondrán de los medios habituales de proyección electrónica con soporte en CD; no se admiten dispositivas

Con la colaboración de: Hospital General Universitario "Gregorio Marañón. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid y Instituto Madrileño de la Salud (IMSALUD)

Secretaría Técnica del Curso

TILESA OPC, SL.

Dirección postal: c/ Londres 17, 28028 – Madrid.

Teléfono 91-91-361-26-00 y Fax 91-355-92-08.

<http://www.tilesa.es>

Boletín de inscripción y reserva de alojamiento

Disponible a partir del 25 de abril de 2003 en:

- cursoaepap@tilesa.es a través de
- <http://www.aepap.org>
- <http://www.pediatrasandalucia.org/>
- <http://www.spapex.org/>
- <http://www.avpap.org/>

COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. VISIÓN DESDE LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Juan J. Morell Bernabé. Pediatra de Atención Primaria. CS Barcarrota (Badajoz).

Ponencia de inauguración del V Curso Pediatría en Atención Primaria de Madrid, 23 de Enero de 2.003

COORDINACIÓN ENTRE NIVELES

ASISTENCIALES: ¿de qué estamos hablando?

La coordinación entre niveles es un viejo problema del sistema sanitario español, que no ha sido suficientemente atendido o desarrollado.

Entre los propios profesionales sanitarios, yo creo que más en Atención primaria, es un problema sentido que redundo, no sólo en la atención que prestamos a nuestros pacientes sino también en la relación personal y el desarrollo de nuestra actividad profesional.

Pero hoy día, la coordinación entre niveles asistenciales se empieza a plantear como una necesidad cada vez más evidente y prioritaria para la propia Administración sanitaria, se convierte entonces en un problema de gestión; y también, en un problema sentido por la propia sociedad que demanda una continuidad y una asistencia de calidad.

La reforma sanitaria emprendida en España en la década de los 80 da como resultado la creación de dos niveles de atención sanitaria: la atención primaria y la especializada, cada una con unas funciones específicas, que convierten al médico general en puerta de entrada al sistema sanitario y principal responsable del paciente, y al especialista le otorga el papel de "consultor" y la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieren un alto grado de especialización.

De otro lado, el concepto actual de asistencia sanitaria comprende no sólo la medicina curativa, sino también la prevención de riesgos y enfermedades, la educación y promoción de la salud, la rehabilitación y re-adaptación psicosocial; hablamos más de salud, salud en relación con bienestar y calidad de vida, salud como un bien social.

Todo ello implica un desplazamiento de la práctica clínica desde el hospital a la comunidad, y otorga mayor protagonismo a la Atención primaria, plantea cambios en la estructura y organización de los hospitales y obliga a un entendimiento entre ambos niveles asistenciales que debería redundar en una mejor organización y gestión sanitaria, mayor beneficio para el paciente y satisfacción para los profesionales sanitarios.

Pero no ha sido así; y el ciudadano, en el centro del nuevo modelo sanitario, demanda una continuidad en la asistencia y una atención integral dirigida a mejorar su calidad de vida. Se hace necesario entonces, el uso racional y eficaz de los recursos sanitarios para garantizar la continuidad asistencial con los objetivos concretos de mejorar la calidad de los servicios y la rentabilidad del sistema.

De esta forma, la coordinación entre niveles se hace imprescindible, pero va mucho más allá de lo que podamos desear y creer como necesario en nuestra actividad diaria, y se convierte en un pilar esencial del Sistema Sanitario Público, que trata de dar una respuesta sanitaria integral, de calidad y satisfactoria para las necesidades del ciudadano.

Y la Administración se ha puesto a trabajar en éste sentido; y de un modo u otro nos va a imponer un nuevo modelo de trabajo. En mayor o menor medida, todos hemos empezado a familiarizarnos con términos como: Gestión por procesos, Continuidad asistencial, Uso racional de los recursos, mejora de la Calidad asistencial, . . . Para conseguir sus objetivos es imprescindible implicar a los profesionales sanitarios, y allá donde esto se ha tenido en cuenta se van obteniendo resultados concretos; aquí tenéis un par de ejemplos, a distintos niveles:

✓ Gestión por Procesos asistenciales integrados, dentro del Plan de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que ya tiene editados y en marcha más de 30 Procesos (se está terminando el que será el primer proceso asistencial en el niño y adolescente: el asma, como problema de salud crónico más importante);

✓ o el Plan Regional de Atención al Niño y Adolescente con Asma promovido por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, ya en marcha; un ambicioso plan en cuya elaboración han participado los distintos niveles asistenciales y los diferentes profesionales implicados en el manejo del niño con asma; con el objetivo de mejorar la calidad de vida del niño y adolescente con asma y de su familia, aproximándola lo más posible a su calidad de vida diana.

✓ o a nivel local, la Gerencia Única del Área de Badajoz ha elaborado un Documento de consenso para la mejora de las relaciones entre Atención Primaria y Atención Especializada. En realidad, son Grupos de trabajo que integran profesionales de ambos niveles y que, desde el respeto mutuo, acuerdan la utilización de los recursos sanitarios, establecen criterios de derivación y protocolos de actuación (de momento, ninguno de pediatría)

Cada vez hay más experiencias prácticas y evaluables de colaboración e integración, y los pediatras no podemos quedar atrás (se espera de nosotros que lo podamos tener más fácil) porque todo ello, no sólo va a redundar en el objetivo de mejorar la calidad de vida de nuestros niños y adolescentes, sino también, debería conseguir incentivar y mejorar el desarrollo de nuestra propia actividad profesional.

¿Cuáles son los problemas que dificultan la relación y coordinación entre niveles asistenciales?

Inicialmente, uno puede pensar que hay realidades distintas y puntos de mira diferentes para identificar y abordar los problemas de coordinación entre niveles asistenciales. Os voy a poner un ejemplo.

Extremadura es una región que cuenta con una población de alrededor de 1 millón de habitantes, con un predominio de zonas rurales (la mayoría son núcleos con menos de 10.000 habitantes; una sola ciudad tiene más de 100.000 habitantes, Badajoz con 136.000) y, además, muy distantes entre sí.

Se caracteriza por tanto, por su predominio rural, una gran dispersión geográfica, una baja densidad de población, y una baja tasa de natalidad con envejecimiento de la población.

Consecuencia de esta estructura y distribución poblacional, Extremadura se ordena sanitariamente en 8 Áreas de Salud (casi el doble de las que corresponden según la Ley General de Sanidad: 200-250.000 hab/Área de salud) en aras de acercar los servicios a la población. Cada Área de Salud se divide en Zonas de Salud, hasta un total de 103 (algunas con muy poca entidad poblacional), y dispone de, al menos, un Hospital de Área suficientemente dotado, pero, evidentemente, a gran distancia de la dotación humana y tecnológica con la que cuentan, por ejemplo, la mayoría de los Hospitales de Madrid. A pesar de esto el 19.3% de la población extremeña reside en poblaciones situadas a más de 50 kms del Hospital de referencia, el 20% está situado a más de media hora del mismo, y hasta un 60% reside en localidades donde no existe centro hospitalario.

Podría parecer evidente que la visión que pudiéramos tener en Extremadura fuese distinta a la de otra Comunidad como Madrid, o a la que pueda tener un pediatra que trabaje en Galicia o en Cataluña, o a la que pueda tener un pediatra urbano a diferencia de uno rural o de otro que ejerza como pediatra de Área, en función de lo que se espera y desea conseguir en la coordinación entre niveles asistenciales; porque las realidades son muy distintas, y las necesidades probablemente también.

Este es el resultado de una encuesta rápida realizada por internet entre pediatras de nuestra Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura; y que detectan como problemas cercanos y que dificultan la relación entre pediatría de Atención primaria y el Hospital en nuestro entorno:

- Ausencia de protocolos y guías clínicas comunes
- El Servicio de Urgencias
- Listas de espera en la derivación a especialista

- Falta de comunicación y ausencia de informes médicos
- Retraso y alguna restricción a pruebas complementarias
- ¿Porqué no hacer la 1ª receta?; ¿y asumir la cita de revisiones?
- Derivaciones “internas” entre especialidades
- Repetición de exámenes complementarios: desconfianza en AP

Hecha la pregunta de otra forma, los resultados en el Área 1 de la Comunidad de Madrid: un Área urbana, con pediatras más o menos jóvenes, unos cupos grandes y una “buena” presión asistencial; son Centros casi todos ellos con más de un pediatra, pero que no reciben MIR de pediatría ni tienen posibilidad de hacer rotaciones formativas por el Hospital, y que mantienen una escasa y mejorable relación con su Hospital de referencia (Hospital Gregorio Marañón). Llama un poco la atención cierta fijación por el Hospital: quieren rotar, hacer guardias en el Hospital, tener acceso a protocolos hospitalarios, . . . , pero el resto de problemas a mejorar son similares a los que hemos visto anteriormente en Extremadura: las listas de espera, el Servicio de Urgencias, la derivación al especialista, el acceso a pruebas complementarias,

¿Y cómo lo ven los demás?. Quizás podría entenderse que el punto de vista fuese diferente para la Administración o para los distintos profesionales sanitarios.

Este es el resultado de un análisis, realizado el pasado año por el propio Ministerio de Sanidad y Consumo, que hace balance de 17 años de experiencia del INSALUD en Atención Primaria, en relación con los problemas detectados en la coordinación entre niveles: (Fijaos bien; seguro que los ratificaríais uno por uno):

- Desatención mutua entre los dos niveles
- Dos unidades de gestión distintas
- El sentir residual y rancio de que la ciencia reside en el Hospital
- Falta de estímulo y motivación profesional
- Presión asistencial creciente
- No continuidad en la provisión de servicios
- No conciencia de corresponsabilidad en el uso de recursos
- Escasa información clínica sobre un mismo paciente

Este es el resultado de un estudio Delphi realizado en la Comunidad Valenciana entre Directores médicos de Área en Atención primaria, Directores médicos de Hospital, Coordinadores médicos de Centros de Salud, Jefes de Servicio de Medicina Interna y de Urgencia Hospitalaria, seleccionados como grupo de expertos e implicados en el tema en ese momento, con objeto de conocer las principales dificultades de la relación entre hospital y atención primaria. Desde la Atención Primaria, los problemas planteados son:

- Falta de comunicación y diálogo
- Falta de seguimiento a pacientes hospitalizados
- Falta de consideración profesional hacia el MAP
- Falta de uniformidad de criterios
- Desconocimiento de actividades del “otro nivel”
- Falta de “visión integral del paciente”
- Distinto concepto de “salud”
- Masificación de la demanda asistencial
- Prescripción delegada
- Barrera de los especialistas No integrados

Y este otro es el análisis que realiza la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, en un Documento sobre “Relación entre niveles asistenciales”, de las dificultades encontradas en esa relación; y que agrupa de la siguiente forma:

1. Generales

Desconfianza entre especialistas y MG/MF
Retención excesiva de pacientes en circuitos hospitalarios

2. Estructurales / organizativas

Insuficiente desarrollo de la Reforma Sanitaria
Tamaño excesivo del Área de Salud
Ubicación de la tecnología en el nivel especializado

3. Deficiencias formativas

Desconocimiento de lo que es APS a nivel secundario
Idealización de los medios de alta tecnología y hospitalarios
Persistencia de la relación MF-Especialista como alumno/profesor

El siguiente, mucho más cercano, es un estudio realizado en el año 1994, a través de encuesta anónima, entre pediatras de Centros de Salud del área urbana de Valencia, tratando de identificar las dificultades para conseguir una atención pediátrica coordinada. De mayor a menor frecuencia recogía los siguientes problemas:

- El mayor peso se centra en el proceso de derivación: más de la mitad (51%) echa en falta una información médica derivada del paso de un niño por una Consulta externa de especialidades, después de soportar una larga lista de espera (25%) y los problemas derivados de una accesibilidad dificultosa y un exceso de burocracia (8%).
- También, en la falta de comunicación entre el pediatra hospitalario y el pediatra del Centro de Salud: en general, hay poco conocimiento personal (45%), no se celebran sesiones/reuniones conjuntas (37%), y se percibe una falta de respeto mutuo, con cierta desconsideración del pediatra hospitalario hacia el pediatra de Atención primaria (14%).
- Desde un punto de vista organizativo y asistencial: se echa en falta la existencia de

protocolos asistenciales y terapéuticos conjuntos (35%) y el acceso a determinadas exploraciones complementarias, hay distancia con el Hospital, no sólo geográfica-4%, sino que no se tiene sensación de “formar equipo” con el Hospital (8%) ni con los compañeros de la propia Área sanitaria (4%); el pediatra de Atención primaria no se siente bien valorado (10%) y tiene un exceso de demanda asistencial (25%) que le hace difícil la búsqueda de tiempo para coordinarse. Además, se percibe que hay una falta de formación en algunos terrenos de la especialidad (trauma, oftalmología, salud mental, . . .) y que, a veces, nuestros niños tienen que derivarse a especialistas no pediátricos (2%).

- También, un porcentaje alto, echa en falta un sistema de coordinación institucional (31%). De todo ello, parece deducirse que los problemas están bien definidos; y que, aunque las realidades puedan ser muy distintas y el punto de mira diferente, los problemas que se detectan y que se sienten en la coordinación entre niveles no son tan contrapuestos, imponiéndose medidas organizativas globales y consensuadas con la administración y con todos los profesionales y sectores implicados.

¿CÚAL ES LA SITUACIÓN EN PEDIATRÍA?

Aparentemente, esta coordinación entre niveles y la relación entre pediatras debería ser más fácil: comparten un objetivo común, que es la salud y bienestar del niño, y tienen la misma formación; incluso, hay un mayor conocimiento personal en muchos casos. Sin embargo, hemos visto que en el trabajo diario encontramos los mismos problemas que se detectan en la relación entre nivel primario y especializado: hay descoordinación, por desconocimiento de las funciones, capacidades y recursos del otro nivel, y hay desconfianza, por escasa valoración y respeto hacia el otro nivel.

Pero, además, hay dificultades en la Pediatría que afectan a esta relación.

A.-Dificultades en la Pediatría. La clave: la formación pediátrica

La Pediatría es la especialidad médica encargada del cuidado integral de la salud del ser humano en desarrollo, tanto en aspectos asistenciales, preventivos como sociales.

Tras la reforma sanitaria la medicina hospitalaria parece que debiera quedar orientada preferentemente a la curación y cuidado de la enfermedad concreta, con contactos sólo episódicos o intermitentes con el niño y adolescente (ingresos y consultas); sin embargo, todo ello no ha provocado grandes cambios organizativos ni estructurales.

De otro lado, la reducción drástica de las enfermedades infecciosas y trastornos nutricionales, y sobre todo, los grandes avances

tecnológicos y científicos de los últimas décadas del siglo XX han ido perfilando nuevas patologías y nuevos problemas en Pediatría, como la supervivencia neonatal, las enfermedades crónicas, la cirugía cardíaca y los trasplantes, el desarrollo de la biología molecular y la genética, . . . , así como el desarrollo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos con un alto grado de especialización; todo ello ha dado lugar al nacimiento y desarrollo de las especialidades pediátricas, sin lugar a dudas el hecho más relevante de la medicina infantil hospitalaria de las últimas décadas.

Todos estos cambios son coincidentes en el tiempo y llevan a que en el momento actual, tanto la formación del pediatra como la labor asistencial hospitalaria tengan un reto fundamental: hacer frente a la coexistencia de la pediatría general con la especialización pediátrica.

En España, desde siempre, la atención primaria de salud de la población infantil corre a cargo mayoritariamente de pediatras. Sin embargo, la formación de especialistas en pediatría sigue siendo propiedad casi exclusiva de los hospitales, a pesar de que la mayoría de los nuevos pediatras trabajarán en el primer nivel asistencial y del desarrollo de una “nueva pediatría” que tiene más en cuenta el cuidado del niño normal y la repercusión de cualquier acontecimiento en su futuro biopsicosocial.

Así, cuando el pediatra termina su período de formación y comienza a trabajar fuera del hospital aparece entonces el *síndrome del pediatra insatisfecho*, derivado de una formación casi exclusivamente hospitalaria (con un enfoque individual, una preparación excelente en el manejo del niño enfermo, rodeado de tecnología de vanguardia) y del hecho de que la Atención Primaria es infravalorada, incluso por los propios profesionales sanitarios. Se produce en muchas ocasiones una inadaptación a la forma de trabajar en los Equipos de Atención Primaria, le falta motivación y confianza y mantiene una dependencia científica del Hospital: acude a sus sesiones clínicas, comienza una tesis, o decide hacer guardias voluntarias, según dice para “mantenerse actualizado”.

Pero, a pesar de las dificultades en su trabajo (excesiva presión asistencial, mucha burocracia, nula actividad formativa, aislamiento profesional, . . .), de los “ataques” que se siguen recibiendo hoy día por parte de algunos colectivos médicos y de la desidia y escasa valoración recibida por la propia Administración, el pediatra ha logrado afirmarse en los Equipos de Atención Primaria y adaptarse al cambio que esto supone, ofreciendo las garantías de competencia y capacitación necesarias para asegurar un nivel adecuado de salud a la población de niños y adolescentes de nuestro país.

Se ha hecho un especialista de Atención primaria, siendo capaz de ofrecer al niño una medicina integral, con una atención continuada a

lo largo de su desarrollo desde el nacimiento hasta la adolescencia, integrada en su entorno familiar y comunitario, y enfocada no sólo a la curación y solución de problemas, sino, sobre todo, a la anticipación diagnóstica y prevención, al seguimiento de crónicos y su adaptación psicosocial, a la educación y promoción de la salud. Y va aprendiendo a conocer también los problemas de salud y prioridades de su área, a disponer de los recursos sanitarios y sociales a su alcance, y convertirse en coordinador de la asistencia entre niveles y “abogado” del niño.

Cada vez se encuentra más a gusto y se reconoce en el trabajo realizado (3º Foro de PAP de Extremadura)

Y, además, su trabajo está bien valorado por la población general; así lo demuestran las encuestas de satisfacción realizadas en la Sanidad Pública, tanto en el trato personalizado y atención recibida, accesibilidad y en la resolución de los problemas percibidos por los pacientes. De hecho, la prestación sanitaria a los niños por pediatras es sentida como una conquista a la que nadie está dispuesto a renunciar, a pesar de que la administración se empeña en darle poco valor.

Por tanto, es imprescindible que el propio pediatra de Atención primaria tenga confianza en el valor de su trabajo y esté motivado para desarrollar una pediatría de alto nivel.

Es por ello que pensamos que es necesaria la rotación del MIR de Pediatría por los centros de Atención Primaria, para paliar sus lagunas formativas en el terreno donde va a desarrollar su trabajo. Los pediatras que trabajan en éste nivel han demostrado capacitación y profesionalidad; de hecho, la rotación por sus consultas es muy bien valorada, tanto por los residentes de Medicina de Familia como por los escasos residentes de Pediatría que por allí rotan. Es necesaria la acreditación de tutores de Pediatría en Atención Primaria y la elaboración de un programa docente que pueda integrarse en el período de formación del MIR de pediatría.

Por tanto, no basta con cambiar los programas de formación sino también quién y dónde realizar esta formación.

A mi entender, éste sería un buen punto de partida para mejorar la relación entre ambos niveles asistenciales en pediatría, aumentaría la confianza mutua y la motivación profesional.

B.-Definir funciones y niveles de responsabilidad. Bidireccionalidad y respeto mutuo

Pero, vamos a aproximarnos un poco más a la realidad.

Desde luego, cualquier iniciativa que se realice para intentar aunar los esfuerzos de ambos niveles con el objeto de mejorar la calidad de la atención que prestamos a los problemas de salud de nuestros niños y adolescentes, proceda de donde proceda, debe ser acogida con entusiasmo e ilusión, más aún si satisface también a los

profesionales sanitarios. Pero, uno de los obstáculos más frecuentes cuando se aborda el tema de la coordinación entre niveles asistenciales es que se tiende a pensar desde una perspectiva unidireccional con punto de partida hospitalario, en la que los servicios y profesionales del hospital deban extender su ámbito de actuación hacia la atención primaria.

Sin embargo, hay que empezar a asumir que el nivel primario puede y debe contribuir a la mejora de la asistencia hospitalaria y al intercambio de conocimientos, iendo a la búsqueda de puntos de colaboración y coordinación que sean valorados positivamente por ambos niveles.

Porque, uno de los aspectos más importantes para conseguir la colaboración necesaria para coordinar la atención de los procesos de salud es definir cuáles son las funciones de cada nivel y conocer las capacidades y recursos del otro nivel.

Desde mi punto de vista, no se puede pensar en la consulta del pediatra del Centro de Salud como en una consulta externa del hospital de referencia; al igual que no se puede admitir que el pediatra de atención primaria sea el especialista consultor de los médicos generales de un Equipo de Atención Primaria. El pediatra de Atención primaria es un especialista cualificado y tiene a su cargo la responsabilidad global de la salud integral del niño y adolescente.

Por ello, siempre hay que partir del respeto mutuo y de la bidireccionalidad de las actividades que se promuevan.

A nivel docente, las sesiones clínicas conjuntas son muy bien valoradas por el pediatra de Atención primaria; pero en muchas ocasiones son organizadas dentro del plan de formación de sesiones de contenido hospitalario.

El pediatra de Atención primaria tiene una necesidad imperiosa de formación continuada pediátrica, casi ausente en el programa de los Equipos en su Centro de Salud; se hace necesario organizar reuniones periódicas con los pediatras de su Área, en jornada laboral (aunque falta tiempo, por distancia y por carga asistencial), y mucho mejor si en ellas participa el Servicio de pediatría de su hospital de referencia: Revisiones de casos clínicos, sesiones bibliográficas o temas de actualización, que tengan un contenido útil y de aplicación práctica y cuenten con la participación de los profesionales de ambos niveles. Es una buena oportunidad para el conocimiento personal y de las posibilidades y limitaciones de cada uno; y esta organización zonal pediátrica podría aportar también soluciones a la creación de guías de actuación conjuntas, atención continuada, sustituciones...

Dentro de las prioridades del pediatra de Atención primaria para su formación y actualización está también la rotación temporal por distintos servicios hospitalarios (del Servicio de pediatría o no): Derma, ORL, Trauma, Salud

mental son también muy demandadas (aunque es muy difícil que la administración las conceda).

Por último, ya se ha citado la necesidad de compartir la formación de los MIR de pediatría con rotaciones obligatorias por Centros de Salud.

En el terreno de la **investigación** hay mucha dependencia hospitalaria, no sólo por el aislamiento, la presión asistencial y la falta de tiempo, sino también por la ausencia de formación y la dependencia de medios tecnológicos. Aunque cada vez más, el pediatra de Atención primaria, perfectamente cualificado, va saltando estas barreras, la realización de ensayos clínicos y trabajos conjuntos con la pediatría hospitalaria son deseables y deberían ser habituales.

Pero, el mayor interés de la colaboración entre pediatras y la coordinación entre niveles se centra en el ámbito **asistencial**, que debe tratar de acercarse al cumplimiento de algunos objetivos concretos:

- ✓ Mayor calidad del proceso asistencial
- ✓ Mejorar la comunicación de datos de un mismo paciente
- ✓ Utilizar más correctamente los servicios de urgencias
- ✓ Mayor racionalización del gasto sanitario
- ✓ Incremento de la satisfacción del usuario

1. El proceso de Interconsulta y Derivación

Una de las funciones más importantes del Pediatra de Atención Primaria es la de poner a disposición del niño y adolescente todos los recursos sanitarios y sociales disponibles para la solución de su problema de salud. Se dice que en un escenario ideal el paciente debería recibir una atención personalizada, de calidad y continua sin percibir la división entre niveles; ¡entre pediatras esto debería ser más sencillo!!.

Con los recursos a su alcance, el pediatra de Atención Primaria es capaz de resolver casi el 95% de las demandas asistenciales de este nivel, está preparado para el seguimiento de una gran parte de los problemas crónicos (con la ventaja adicional de poder ofrecer una atención de calidad al niño en su propio entorno familiar y comunitario, lo que facilita su readaptación psicosocial) y conoce los problemas de salud de cada niño y adolescente a su cargo.

Las razones por las que solicita una interconsulta pueden ser numerosas; de acuerdo con Coulter y cols. estas pueden ser:

- Como ayuda para establecer el diagnóstico, ante un diagnóstico incierto
- Para realizar una prueba determinada que corrobore un diagnóstico de presunción
- Para realizar un tratamiento o intervención ante un diagnóstico ya conocido
- Para solicitar consejo sobre el seguimiento o realizar un tratamiento específico de un problema ya conocido

- Para una segunda opinión que confirme, bien al pediatra y/o al paciente y su familia que se ha hecho todo lo necesario
- Por otras razones

En general, cuando realiza una interconsulta busca servir a la solución del problema, pero mantiene o debería mantener la responsabilidad global sobre el estado de salud del niño. El pediatra hospitalario, con un enfoque más específico y para el que está más cualificado y con recursos más especializados, debe ejercer de consultor; y ser resolutivo en sus actuaciones diagnósticas y/o terapéuticas sobre el problema motivo de consulta, ofreciendo soluciones tanto al niño y su familia como a su pediatra.

El proceso de interconsulta es el acto concreto de comunicación entre ambos niveles asistenciales, y conviene analizar el porqué y, también, el cómo se hace.

La capacidad resolutoria y la atención integrada para determinadas patologías o procesos asistenciales debería ser una preocupación relevante tanto de los responsables de gestión como de los clínicos. En este sentido, es preciso priorizar en razón de los recursos y de los problemas de salud más relevantes, el diseño conjunto de protocolos o guías de actuación, no sólo diagnóstico-terapéuticas, sino también preventivas y de seguimiento; donde se establezcan las funciones y capacidades de cada nivel y los criterios de derivación en ambos sentidos: hacia el hospital, para estudio o tratamiento, y, también, de vuelta hacia atención primaria para su seguimiento o control.

Establecer que muchos procesos de carácter leve o moderado o crónicos pueden seguirse por su pediatra de Atención primaria, sin necesidad de saturar las consultas de especialidades, facilitando una comunicación fluida y la accesibilidad ante cambios en la evolución del proceso, es una prueba de confianza mutua, de utilización racional de recursos y de mejora de la calidad de vida del paciente.

Lo mismo sucede con la práctica habitual en atención especializada de derivar al niño de un especialista a otro cuando encuentra problemas que no son de su área específica, sin contar con el pediatra del niño, que quizás conoce ese segundo problema, lo maneja o, de lo contrario debería conocerlo y decidir sobre el mismo. Porque muchas veces tampoco se está mejorando la calidad asistencial de ese niño, que de pronto tiene que acudir a dos o tres Unidades especializadas, por supuesto en fecha y horas distintas.

La segunda cuestión importante en el proceso de interconsulta, y uno de los principales problemas de la comunicación entre niveles, es la transmisión de la información. Aparte los aspectos burocráticos y administrativos que producen muchos quebraderos de cabeza; hay que admitir errores que pueden subsanarse:

- los documentos de derivación son deficientes, y no se rellenan completamente. Faltan datos de filiación o el motivo de consulta no se explica adecuadamente; no se remiten las pruebas complementarias realizadas o se desconfia de ellas, repitiéndolas en cualquier caso innecesariamente; las respuestas del especialista o no existen, se realizan verbalmente a través del paciente, llegan tarde o se dan sin planes terapéuticos o de seguimiento concretos, y sin fecha de revisión, lo que ofrece poca utilidad para las necesidades del pediatra de Atención Primaria. (Es en el regreso de la información donde más se aprecia la descoordinación entre niveles; en estudios realizados sobre éste tema, en las mejores series apenas se llega al 50% de respuestas por parte del especialista).
- No se hacen prácticas de evaluación de interconsultas (que podrían formar parte de esas actividades que hemos dado en llamar de “cuidados compartidos”)
- Aunque pueda existir comunicación verbal, telefónica o directa (frecuente en Pediatría), este tipo de comunicación no está normalizada y se realiza de forma personal y no reglada (perdiéndose información); debiendo hacerse siempre por escrito.

Es necesario crear la infraestructura y los medios adecuados para facilitar un correo interno ágil y eficaz, que incluya el uso del fax o el internet. La existencia de una cartilla o historia clínica unificada, la implantación de la informática y la telemedicina pueden ser realidades que contribuyan, a corto plazo, a mejorar la organización y conseguir la comunicación entre niveles. También las consultas telefónicas y las interconsultas presenciales, del especialista en el Centro de Salud (como consultor) o del pediatra de Atención primaria en el hospital (para colaborar en la atención de “sus” pacientes), pueden ser caminos a abrir en la comunicación entre niveles.

La creación de una comisión institucional formada por pediatras de ambos niveles permite evaluar resultados e intentar solucionar problemas específicos.

2. La atención continuada y las urgencias en pediatría

Otro de los puntos de conflicto de la relación entre niveles en pediatría viene dado por el mal uso de las urgencias hospitalarias; que son utilizadas muchas veces por comodidad, buscando una vía rápida de solución de problemas, otras veces por temor a una enfermedad grave, o simplemente por un apego a la especialización y alta tecnología derivado de un desprestigio social de la Atención Primaria y de falta de educación sanitaria, y facilitada por un libre acceso al Hospital.

Bien es cierto que en éste punto la atención primaria actúa como un buen filtro, estando demostrado que los pacientes que acuden derivados por su pediatra lo hacen más justificadamente e ingresan más que los que acuden de forma espontánea; debiendo potenciarse ésta vía.

Pero hay otros dos aspectos, que sí dependen de nosotros y a los que debemos buscar soluciones.

Los pediatras de Atención Primaria reclamamos la atención del niño y adolescente, en manos a veces de médicos generales; pero cuando se acaba nuestra jornada laboral el niño tiene que ser atendido en los puntos de atención continuada, donde generalmente no hay pediatras. Antes o después tendremos que afrontar éste problema.

La familia busca entonces una atención apropiada en las urgencias del hospital infantil, atraída por un fácil acceso y por medios más resolutivos. Allí encuentra muchas veces una atención médica apoyada en el uso (o abuso) de pruebas complementarias (incluso para problemas banales) y tratamientos derivados de una actuación puntual y episódica que trata de ser resolutiva con el problema del usuario; sin contar con que el pediatra de Atención Primaria tiene a su favor la atención continua (puede verlo en unas horas) y entre sus armas la educación sanitaria. De nuevo hacen falta pautas de actuación conjuntas y conocimiento de las capacidades de cada nivel.

No estoy de acuerdo con la incorporación de los pediatras de Atención Primaria a las guardias hospitalarias, ni externas ni internas, y deben ser totalmente voluntarias. No es lógico que un pediatra de Atención Primaria quiera hacer guardias en UCIP o Unidades de neonatología, el interés, pasados los primeros años, sólo puede ser económico. Y no me parece bien que la atención continuada pediátrica se ubique en la puerta de entrada de los hospitales, porque vuelve a derivar la atención del paciente hacia el hospital.

3. Corresponsabilidad con la gestión de los recursos sanitarios

Por último, quiero hacer una breve mención a la corresponsabilidad que todos debemos tener con la gestión de los recursos sanitarios, con el buen uso de los mismos y de la contención del gasto farmacéutico.

El conocimiento de los recursos disponibles, tanto de los nuevos servicios que se implanten en

el hospital como de los recursos sanitarios y sociales de la zona; es decir, el mapa de recursos: con listado de nombres de especialistas y servicios ofertados, listado de pediatras de la zona de salud que abarca el hospital, pero también de las unidades de salud mental, los centros de apoyo escolar; en primaria; los colegios, guarderías, institutos, centros de ocio y tiempo libre, asociaciones, constituye un elemento esencial para poder articular el sistema de cuidados más óptimo y adecuado, y debería estar presente en el cajón de cada consulta o servicio.

También, la atención especializada debe articularse mejor con el nivel primario y ser corresponsable con el gasto farmacéutico originado:

- aplicar la misma política de uso de medicamentos (los genéricos parecen exclusivos del primer nivel),
- circunscribirse a tratamientos hospitalarios, y que el diagnóstico vaya acompañado de consejos que permitan al pediatra de primaria decidir sobre el tratamiento a seguir,
- prescribir recetas o dar la medicación necesaria para completar un determinado tratamiento;
- el pediatra de primaria deberá asumir además la prescripción de tratamientos crónicos, como parte de nuestra actividad de continuidad y accesibilidad en la atención; no es lógico que el usuario tenga que contactar con el sistema sanitario, pedir cita en la consulta, para temas burocráticos (emisión de recetas, altas y bajas, petición de citas, . . .) pero debe ser el resultado de la derivación realizada a un especialista libremente elegido como aceptación de algo propio, . . .

SOLUCIONES?????

Se imponen soluciones consensuadas, promovidas desde la Administración, entre ambos niveles, que busquen resultados que favorezcan la continuidad en la atención y la satisfacción de los profesionales. Hay que sentarse en una mesa, respetar al de enfrente y proponerse encontrar soluciones.

La sociedad nos lo demanda y la administración nos lo exige, los pediatras de Atención primaria debemos tomar la iniciativa y "buscar los caminos" para conseguir que la atención pediátrica sea única y satisfactoria para todos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morell Bernabé JJ. Relación profesional entre el pediatra hospitalario y de atención primaria. An Esp Pediatr 2001; 54 (Supl 4): 363-367
2. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. En: http://www.csalud.junta-andalucia.es/contenidos/profesionales/procesos/libro_completo.pdf

3. Plan Regional de Atención al Niño y Adolescente con Asma (PRANA) 2002. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias.
En: <http://www.accesible.org/prana/prana2002.pdf>
4. Hacia la mejora de las relaciones entre Atención primaria y Atención especializada. Grupo de trabajo Relaciones Primaria – Especializada, 2002. Gerencia del Área de Salud de Badajoz
5. Plan de Salud de Extremadura 2001-2004. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura
6. Encuesta de situación de la pediatría de Atención Primaria en la Comunidad autónoma de Madrid, 2002 (Datos sin publicar)
7. Alfaro Latorre M y col. Coordinación entre niveles asistenciales. En: Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Atención Primaria. Madrid 2002
En: <http://www.msc.es/insalud/docpub/internet/ap17/Completo.pdf>
8. Gómez Moreno N, Orozco Beltrán D, Merino J. Relación entre atención primaria y especializada. Aten Primaria 1997; 20: 25-33
9. Alonso Fernández M y col. Relación entre niveles asistenciales. Documentos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. En: <http://www.semfyc.es/Nueva/Actividades/Publicaciones/index.html>
10. Boscá Berga J, Paricio Talayero JM. ¿Está coordinado el Servicio de Pediatría?. Encuesta a pediatras de Valencia y soluciones. An Esp Pediatr 1997; 46: 565-570
11. Muriel Fernández M. Continuidad de cuidados. Atención integral. Relación entre niveles. An Esp Pediatr 2000; 52 (Supl 5): 106-111
12. Martín Zurro A. Compartir y coordinar la atención de los pacientes entre el hospital y la atención primaria: algunas propuestas prácticas. Aten Primaria 2000; 26: 26-27
13. Cruz Hernández M. Deberes y derechos del pediatra en atención primaria. An Es Pediatr 2000; 53: 393-394
14. Escribano E. La pediatría en el modelo español de atención primaria. Rev Pediatría Atención Primaria 2000; 2: 9-13
15. García Puga JM. Dificultades en el ejercicio pediátrico en atención primaria. An Esp Pediatr 2001; 54 (Supl 4): 368-374
16. Mir B. Categorización y definición pediatra atención primaria. An Esp Pediatr 2002; 56(Supl 6): 19-22
17. Fernández M. Calidad en pediatría de atención primaria, prescripción y calidad asistencial: ¿podemos mejorarlas?. An Esp Pediatr 2002; 56(Supl 6): 7-17
18. Crespo M. Formación especializada en pediatría general. An Esp Pediatr 2000; 52 (Supl 5): 479-488
19. Crespo M. Formación de especialistas en pediatría y las subespecialidades pediátricas. Rev Pediatría Atención Primaria 1999; 1 (2): 37-58
20. García Puga JM. Formación MIR-Pediatría: ¿Rotación obligatoria por Atención Primaria?. Pediatría de Atención Primaria 2001; 3 (9): 17-29
21. García Puga y col. Rotación de residentes por Atención Primaria. Pediatría de Atención Primaria 2002; 4 (15): 13-28
22. Torregrosa MJ. Formación continuada y docencia. An Esp Pediatr 2002; 56(Supl 6): 23-26
23. García-Sicilia López J. La coordinación entre niveles asistenciales: futuro de la relación entre pediatras. Pediatría 2001; 21 (9): 315-316
24. Brañas PM y cols. Informe sobre la relación Atención Primaria y Especializada. Servicio Gallego de Saúde, 1996
25. Herranz Jordán B y col. Consultas pediátricas urgentes en un Centro de Salud. An Esp Pediatr 1997; 47: 591-594
26. Hurtado Sendín P, Casado Blanco M. Demanda asistencial pediátrica de un Servicio de Urgencias Hospitalario, en horario de Centro de Atención primaria. Rev Esp Pediatr 2000; 56 (3): 243-246
27. Fernández Cano G, Martín Carballo G. Urgencias pediátricas atendidas en una consulta de atención primaria. Atención Primaria 2000; 26(2): 76-85
28. Calvo Rey C y col. Patrones de prescripción de antibióticos en atención primaria. ¿Usamos racionalmente los antibióticos en pediatría?. An Esp Pediatr 2000; 52: 157-163