

SUMARIO

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

MSD

**Sociedad
de Pediatría de
Atención Primaria
de Extremadura**

Colegio Oficial
de Médicos
Avda. Colón 21
Badajoz

www.spapex.org

Editor:

Jaime J.
Cuervo Valdés

Imprime:

Imprenta Rayego
Badajoz

EDITORIAL

Rotación Mir Pediatría en Atención Primaria PAG 2

LA OPINIÓN DE

Antonio Jiménez Matas PAG 3

CARTAS y NOTICIAS PAG 5

CONSEJOS PARA PADRES

Salud bucodental PAG 7

RECONOCIMIENTO DE CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA COMO "UNIDADES DOCENTES ASOCIADAS"

PARA LA FORMACIÓN MIR-PEDIATRÍA PAG 9



CURSOS -CONGRESOS 2003-04

24 de Enero de 2004

I Jornada sobre Pediatría e
Inmigración

Lugar de celebración:
Navalmoral de la Mata

Organiza: Grupo de
Trabajo sobre Inmigración
de la SPAPex

13 de Marzo de 2004

III Jornadas de Actualiza-
ción en Pediatría de Atenci-
ón Primaria de la SPAPex

Lugar de celebración:
Don Benito

Avance programa

Mesa Redonda: Fallo
de medro

Taller: Exploración
neuroológica del lactante y
signos de alerta
neuroológicos

Conferencia: Aspectos mé-
dico-legales de la do-
cumentación médica en
Pediatría

Curso de formación continuada de la Sección de Badajoz

27 de Noviembre 2003

Inmunodeficiencias y
Pediatría

Febrero

Seguimiento del
prematureo en Atención
Primaria



ROTACIÓN MIR PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Recientemente ha sido aprobado, por la Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas y el Comité de Acreditación del Consejo Nacional de Especialidades, el documento sobre el Reconocimiento de Centros de Salud de Atención Primaria como «Unidades Docentes Asociadas» para la formación MIR de Pediatría.

Con ello se da otro paso adelante, siendo de esperar que, con el necesario desarrollo de los puntos contenidos en él, permita la puesta en práctica de una rotación que, en teoría, es reconocida como necesaria desde 1979.

En ese año aparecía en el Manual de Docencia MIR que «el 4º año tendrá un periodo de 6 meses de formación extrahospitalaria durante los cuales el residente de pediatría rotará por los centros de atención primaria acreditados para la docencia de Pediatría o, en su defecto, en servicios o unidades de Pediatría Social Hospitalarios».

Pero la Comisión Nacional de Especialidades aún sigue sin concretar sobre temas imprescindibles como **acreditación de tutores de atención primaria, acreditación de centros de AP, periodo de rotación y año de residencia en que se realizará la misma.**

Hoy por hoy la rotación en Atención Primaria sigue sin ser una realidad exceptuando esporádicos acercamientos (pero en la mayoría de los casos sin ningún tipo de control) ante la necesidad sentida por los residentes en su último año de formación, pues la mayoría de ellos son conscientes de que ejercerán su especialidad fuera del ámbito hospitalario

El Hospital, su Unidad Docente (UD) sigue siendo el único supervisor docente, y los pediatras de atención primaria seguimos sin gozar de una representación. No ocurre así con la Medicina de Familia (MF), que tiene en la figura del Coordinador de la Unidad Docente su valedor en la Comisión

de Docencia. No es lógico que seamos meros receptores de lo que las Unidades Docentes tanto de Medicina de Familia como Hospitalaria, programen en una actividad que nos atañe tan directamente.

Desde los grupos docentes de las Sociedades pediátricas de AP (<http://www.pediatrasandalucia.org/>) se está trabajando en temas como:

- acreditación de Unidades Docentes Asociadas,
- acreditación de Tutores,
- desarrollo del marco teórico-práctico,
- coordinación e intermediación con Unidades Docentes,
- supervisión, etc.

Y consideramos que no se nos debe seguir excluyendo en este tema que para nosotros es de gran importancia.

Igualmente, hay que señalar la demostrada disposición por nuestra parte en la formación de residentes, puesto de manifiesto en la rotación regulada de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria desde hace casi 10 años y de MIR de Pediatría de manera esporádica. Lo que es relevante si tenemos en cuenta la sobrecarga de trabajo y complejidad que genera la dedicación que precisa un residente y la escasa o nula compensación que recibimos.

Quiero desde aquí alentar a los Tutores hospitalarios, Jefes de Servicios de Pediatría, de Unidades Docentes y Autoridades Sanitarias a que propicien la rotación de los MIR de Pediatría por los centros de atención primaria consiguiendo así mejorar su formación como pediatras.

Nosotros estamos a disposición de todos ellos.

Mercedes Reymundo García
PAP CS La Paz. Badajoz



PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICAS: TAN DIFERENTES, TAN IGUALES, TAN LEJOS, TAN CERCA

Antonio Jiménez Matas
Pediatra. SES

Si algo debiera enseñarnos la historia de la humanidad es a intentar ser objetivos en nuestras apreciaciones, a observar el escenario con suficiente perspectiva y a considerar la relatividad de todos los hechos, sean o no susceptibles de modificarse por la acción del hombre, en especial el espacio (nuestro espacio) y, sobre todo, el tiempo (nuestro tiempo).

Desde la época de los persas, en el siglo IX a.C., habitantes de ese rincón donde, según diversos testimonios no fehacientemente contrastados se localizó el Edén, -y cuyos médicos despreciaban cualquier honorario para la atención a los niños, por encontrarse éstos en la escala más baja de la consideración social (tras los varones, los animales y las mujeres, por ese orden)-, hasta el inicio del siglo XXI, los avances fundamentales en el ordenamiento tecnológico, ya que no en el ético, nos sitúan en un escenario que, básicamente, ha cambiado poco para las dos terceras partes de la población mundial, pero que ha supuesto un inmenso salto desarrollista, lleno de opciones, para parte del tercio restante.

Si analizamos detenidamente ese intervalo de 3.000 años, observaremos cómo la Medicina «oficial» comienza a considerar a los niños como dignos de una atención algo más específica a partir de los últimos 150-200 años.

Parejo al desarrollo económico occidental se va materializando una atención cada vez más especializada, pero aún generalista, que desea atender al niño como una entidad singular y diferenciada del ser adulto. Y, evidentemente, el progreso conlleva, de forma paralela pero asincrónica con el devenir de la Medicina Interna, el planteamiento de una subdivisión de saberes, de una subespecialización lógica e inevitable.

Ni que decir tiene que dicha evolución no tiene aún demasiado sentido en lugares tan lejanos, o tan cercanos, como Liberia, Afganistán o Haití, donde la sencilla presencia de un médico, -no ya pediatra sino, al menos, con una formación pediátrica básica-, ha de ser considerada un verdadero lujo.

De qué le serviría a un cardiólogo, pediatra o

no, ejercer su labor en Monrovia; ¿cómo obtener una humilde radiografía de tórax? ¿dónde podría conectar su electrocardiógrafo?. Inútil imaginar aquello del ecocardiógrafo con sonda pediátrica y lo del cateterismo para diagnosticar, quizá salvar la vida, a ese neonato disneico y azulado que trae su madre envuelto en un trapo de color indefinido; ya nos sugiere una escena imposible.

No desearía caer en una lógica idealista pueril y simplista, ni mucho menos demagógica, de consideraciones tan poco prácticas, por repetidas, que ya apenas nos distraen de nuestros afanes diarios, pero que no por ello dejan de continuar vigentes, por reales.

Porque no debemos olvidar que, en efecto, nuestro entorno también es real, sus concretos problemas constituyen nuestra realidad cotidiana, y las consideraciones de la ciencia que intentamos, con algo de arte, poner en práctica deberían primar sobre cualesquiera otras, por el bienestar de la población a la atendemos, trascendiendo incluso de argumentaciones que pertenecen, sin duda alguna, a la pura razón política de un mundo, en opinión de muchos, inevitablemente globalizado.

Además, no deberíamos dejar de pensar que, si nos comparamos con otros países, en áreas anglosajonas ya existe un sistema de formación y acreditación en al menos 12 subespecialidades pediátricas que se inició hace más de 30 años, algo que va acorde con el nivel de desarrollo económico de tales países y con su condición adquirida de liderazgo científico y tecnológico mundial.

Por ello, nuestro objetivo actual debe centrarse en todo esfuerzo que, con el transcurrir del tiempo, conlleve un desarrollo de parcelas de conocimiento específicas en un área de la medicina que, como en el caso de la Pediatría, adquiere una complejidad cada vez mayor que imposibilita un dominio exhaustivo de todos los campos propios.

En nuestro país el proceso ha seguido una trayectoria iniciada, ya en el primer tercio del siglo pasado, con las aportaciones del Dr. Arce que, en sintonía con las corrientes europeas



contemporáneas, brindaron a la Neonatología el privilegio de ser la primera piedra en el camino que desarrollaría la mayoría de la subespecialidades pediátricas.

El espíritu continuista estuvo en manos de sucesivas cohortes de discípulos y colaboradores que, como Sánchez Villares, Crespo o Tovar, por citar a algunos y sin ánimo de olvidar a otros muchos, defienden y contribuyen al desarrollo tanto de un sistema sanitario público capaz de ofertar Servicios especializados de calidad como de una normativa legal que contemple aspectos formativos y docentes básicos exigibles para lograr la titulación oficial de Especialista en Pediatría y sus Áreas de Capacitación Específicas, y que comparativamente con otros países europeos es mucho más avanzada, de llevarse definitivamente a efecto.

Sin embargo, a pesar de que filosóficamente el proyecto marca el acento a la hora de dejar claro que la Medicina infantil no ha cambiado en sus condicionamientos intrínsecos, porque continúa siendo inmutable la naturaleza del sujeto al que debe atender durante un periodo singular de la vida humana, reconoce el peligro que podría suponer la atomización de los especialistas respecto al núcleo primordial de la Pediatría.

Aún reconociendo difícil y compleja la integración de la labor de los distintos pediatras subespecializados, y aún teniendo en cuenta que los importantes cambios socioculturales y científicos hacen inevitable y necesario contar con Servicios asistenciales que garanticen una atención especializada altamente cualificada, creemos que la verdadera capacitación pediátrica debe cubrir la labor integradora primordial del Médico Especialista en Niños adaptada al momento actual.

Con el ordenamiento y planificación sanitaria de la mayoría de los servicios autonómicos de salud se tiende, por un lado, a la asignación de «pediatra» a poblaciones cada vez más zonificadas, materialización lógica del derecho del ciudadano a una atención integral cada vez más capacitada, y por otro, a la necesaria continuidad asistencial de dichos servicios especializados.

En consecuencia, los niveles asistenciales adoptan inevitablemente una fisonomía piramidal, donde la base concentra el mayor número de profesionales que atenderán a la población.

No nos cabe la menor duda de que, como ya nos recordó la Dra. Santos en un magnífico edito-

rial, el Pediatra de Atención Primaria también existe. Y también quedó claro que la labor que deberá desarrollar ha de ser la constatación de que ningún otro profesional estará más capacitado que el pediatra para dar respuesta a la expectativas actuales de la sociedad en su campo.

Y quizá por ello es más necesario que nunca que la Pediatría de Atención Primaria, con todo lo que su definición conlleva, sea considerada como el Área de Capacitación Específica primordial, no solo encabezando sino integrando la potencial lista de subespecialidades.

No deberíamos desembocar en la situación de la Medicina Interna, donde algunos de sus representantes aseguran que «otras especialidades están tratando de minar terrenos que son propios de la especialidad», o que un «gremialismo tremendo y una compartimentalización rígida» haga que un paciente tenga que ser atendido por multitud de especialistas, en un acto desintegrador absurdo que crea «huérfanos con muchos tíos».

Incluso se da el caso, recogido recientemente en la prensa, de la denuncia que presenta una organización sindical contra un servicio autonómico de salud que, acuciado por las largas listas de espera generadas en determinadas especialidades, «contrata a internistas» para cubrir dichas consultas, ante la falta de profesionales para atenderlas. Paradójicamente, lo que son las cosas, parecen aceptar con menos escrúpulos que los mismos especialistas asuman guardias de Medicina Interna en Hospitales comarcales.

El internista parece haber perdido aquel espíritu integrador inherente a su especialidad y muchos se muestran «pesimistas» respecto al futuro de la misma.

Ante el desplazamiento de su «nicho ecológico» natural, desean reconocer que «existen áreas en las que los internistas pueden desarrollarse, como la atención primaria o las consultorías de los servicios quirúrgicos». Algunos abogan incluso por la creación de la figura del «internista de referencia para cada centro de salud».

Habrà que asumir que no hay tiempos mejores o peores, sino mayor o menor capacidad de adaptación a la época y lugar en que nos ha tocado vivir.



Guardias hospitalarias

En relación con la opinión recogida recientemente sobre el desacuerdo con la incorporación de los pediatras de Atención Primaria a las guardias hospitalarias quisiera manifestar mi postura al respecto, que es a favor de participar en las mismas.

Desde mi experiencia personal son motivo de satisfacción; si bien reconozco que imponerlas como una obligación es disparatado, máxime cuando las condiciones en que se llevan a cabo son un tanto penosas pues no se contempla el merecido descanso postguardia.

La formación del MIR de Pediatría está orientada, salvo puntuales excepciones, a la pediatría hospitalaria; acabada la residencia somos Pediatras de Hospital y la tarea pendiente es la formación en Atención Primaria, ¿por qué renunciar a llevar a cabo una labor para la que estamos capacitados?. Cuatro años de formación no merecen ser dejados en el baúl de los recuerdos, y hoy por hoy no existe otra vía de «relación» con el hospital.

Por otra parte definiendo la atención al niño como un continuo, Atención Primaria y Hospital deben actuar en coordinación y con las guardias se favorece el acercamiento, una vez más con nuestro esfuerzo pero volvemos a lo mismo, son y deben ser voluntarias.

Trabajar en Atención Primaria y en el Hospital, con las guardias, no son dos cosas incompatibles sino complementarias desde mi punto de vista.

Esther García Soria

C.S.Plasencia I

Se estrena la web de la Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura

En el mes de septiembre se ha inaugurado la web de la Sociedad Regional de la AEP a la que pertenecemos.

La dirección es www.spaoyex.org. En ella encontraréis información sobre las distintas actividades que realiza la Sociedad, sus reuniones y formularios para el envío de comunicaciones a dichas reuniones, becas y premios que patrocina. Igualmente se encuentra disponible la revista Vox Pediatrica a texto completo, en la actualidad se dispone de los 2 últimos números correspondientes al año 2002.

Nuestra web está de enhorabuena

La revista Atención Primaria en el número del 31 de Mayo de 2003 publicó el artículo «Evaluación de las páginas web en lengua española útiles para el médico de Atención Primaria».

En este artículo se analizaron 877 webs de las que se excluyen 597 (por no cumplir los criterios de inclusión establecidos por los autores), con lo cual se analizaron 280, quedando nuestra web clasificada en 10º lugar.

CADEX, CENTRO DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD EN EXTREMADURA

El CADEX de Badajoz pertenece a la Consejería de Bienestar Social y a la Dirección General de Servicios Sociales.

Es un Centro en el que se prestan servicios diversos todos relacionados con la discapacidad: información, valoración y/o tratamiento a las personas afectadas de cualquier discapacidad o en presunción de padecerla.

Las tareas que se realizan en el Centro, se engloban en las áreas siguientes:

1. En el área de Información, una trabajadora Social informa y asesora a las personas que presentan alguna discapacidad o sus familiares, respecto a recursos, ayudas, orientación laboral...

2. El área de Valoración está formada por un médico, un psicólogo y un Trabajador Social

Actualmente existen el CADEX de Badajoz cuatro equipos de valoración y Orientación.

Cada una de las personas que componen el EVO, atendiendo a su profesión, realiza su informe correspondiente, explorando los aspectos físicos, psíquicos y sociales, valorándose las secuelas de las enfermedades padecidas. Esta valoración se realiza ateniéndose a los baremos establecidos por el Real decreto 1971/1999.

Una vez a la semana en Junta de Valoración, se determina el Grado de Minusvalía con los informes aportados por cada uno de ellos.

El Grado de Minusvalía, reflejado en el Certificado, se obtiene sumando el tanto por ciento de la valoración de la discapacidad (siempre que se supere el 25%) y los puntos obtenidos de la valoración de los factores sociales.

Además de valorar el Grado de Minusvalía, el EVO, también valora: la necesidad de ayuda de terceras personas, cuando se tiene un 75% de minusvalía y se supera el baremo correspondiente con 15 puntos. También se valoran las solicitudes de ingresos en centros y dificultades para utilizar el transporte público.

3. En el área de Tratamiento se realizan programas individuales destinados a personas que presentan alguna discapacidad o con alto riesgo de padecerla, como es el caso de niños nacidos con bajo peso o prematuros.

El equipo de tratamiento está formado por: tres psicólogas, un médico rehabilitador, un trabajador social, una psicopedagoga, una logopeda, una psicomotricista, dos fisioterapeutas, tres terapeutas de atención temprana y una terapeuta ocupacional.



Las psicólogas, el médico, la trabajadora social y la psicopedagoga son los encargados de coordinar el tratamiento y las terapeutas de llevar a cabo el programa rehabilitador.

Atención temprana

Es el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlas.

Estas intervenciones se planifican desde un equipo de profesionales atendiendo a la globalidad del niño.

Psicomotricidad

Es un conjunto de técnicas destinadas a aportar al sujeto una serie de mecanismos y hábitos en áreas que exigen reeducación.

Se trabaja a nivel global, aspectos: motores, cognitivos y emocionales, a través de ritmos, lateralidad, motricidad fina y gruesa y orientación espaciotemporal, basados en el conocimiento del propio cuerpo.

La edad de los niños atendidos es de 6 a 16 años.

Logopedia

La logopedia se ocupa de la rehabilitación de los trastornos de comunicación, lenguaje y habla.

Está dirigido a niños que presentan trastornos del lenguaje y en la audición hasta los 16 años

Fisioterapia

Es el conjunto de técnicas aplicadas para mejorar la funcionalidad de las personas con discapacidad física. Son técnicas del movimiento, dirigidas tanto a niños como a adultos.

Terapia ocupacional

La terapia ocupacional evalúa las capacidades y habilidades del niño para desempeñar las actividades de la vida diaria y planifica y pone en marcha, programas de tratamiento individualizado cuando estas habilidades se encuentran dañadas con el objetivo final de conseguir la máxima independencia posible.

El CADEX se encuentra ubicado en Badajoz en la calle Agustina de Aragón nº 18.

Para acceder a un reconocimiento de grado de minusvalía es necesario presentar una solicitud que se puede encontrar en el Servicio territorial, asociaciones, servicios sociales de base y en el propio centro

Margarita de la Fuente Gómez
Directora del CADEX

Datos de contacto:

CADEX Badajoz: C/ Agustina de Aragón 18ª
06004 Badajoz. Tel. 924009500 - Fax. 924009502
CADEX Cáceres: Plaza de Gante 3
10001 Cáceres Tel. 927227200 - Fax: 927221978

FECHAS A RECORDAR

7-9 de Noviembre 2003

CONGRESO AUTISMO Y FAMILIA

Organiza: Asociación de padres de niños autistas de Badajoz

Lugar de celebración: Facultad de CC Económicas y Empresariales. Badajoz

e-mail: orexco@bme.es

22 de Noviembre 2003

REUNION SOCIEDAD PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA

Organiza: Sociedad Pediatría Andalucía Occidental y Extremadura

Lugar de celebración: Complejo Cultural S. Francisco. Cáceres

Web: www.spaoyex.org

6-7 de Mayo 2004

X REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS EN PEDIATRÍA

Lugar de celebración: Palacio Euskalduna. Bilbao **Web:** www.seup.org

Secretaría científica: Servicio Urgencias de Pediatría H.de Cruces. Barakaldo

e-mail: jsanchez@hcru.osakidetza.net

Tel.: 94.600.63.88

Secretaría organización: ERGON TIME

e-mail: ergontime@ergon.es

Tel.: 91-636.29.30 Fax: 91-636.29.31

17-19 de Junio 2004

53 CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Lugar de celebración: Palacio de Congresos. Madrid

Web: www.aeped.es

Secretaría científica:

Departamento de Congresos de la A.E.P.

e-mail: info@departamentocongresos.org

Tel.: 902-159.042. Fax: 902-159.053.

Secretaría organización:

Departamento de Congresos de la A.E.P.

e-mail: info@departamentocongresos.org

Tel.: 902-159.042 Fax: 902-159.053

CARTAS

Podéis enviarnos vuestras opiniones y sugerencias:

**Sociedad de Pediatría
de Atención Primaria de Extremadura**

FORO Pediátrico. Colegio Oficial de Médicos.
Avda. Colón 21. Badajoz

Por e-mail: jjcuervov@spapex.org





SALUD BUCODENTAL

A. Erupción

¿A qué edad salen los primeros dientes?

Los dientes de leche (ó temporales) salen, habitualmente, a partir de los 6 meses de edad, empezando los dos dientes centrales inferiores. Hacia los 3 años de edad normalmente ya han hecho su aparición los 20 dientes temporales, aunque pueden considerarse completamente normales ligeras variaciones individuales.

¿Molestan los dientes cuando salen?

Los dientes pueden producir leves molestias al erupcionar y quizá cierta incomodidad en el niño. Se han asociado otros hechos a la salida de los dientes, como la aparición de fiebre, pero no se ha demostrado que la erupción de los dientes sea la causa directa.

Existen en el mercado unas pomadas destinadas a aliviar las molestias de la dentición, pero hay que advertir que algunas contienen gran cantidad de azúcar (en forma de sacarosa) que pueden dañar los dientes, y también contienen alcohol (en forma de etanol), nada recomendable para un bebé.

¿Cuándo se cambian los dientes de leche por los permanentes?

El cambio de los dientes tiene lugar en dos periodos: entre los 6-8 años y entre los 10-12 años.

Un hecho importante es la aparición, a los 6 años, del primer molar permanente, que erupciona por detrás de las muelas de leche. Al no hacer caer ningún diente su salida puede pasar desapercibida y confunde a muchos padres que piensan que debe ser reemplazada cuando el niño sea mayor. Esta muela es muy importante, pues es la que con más frecuencia sufre caries, fundamentalmente en los primeros meses después de su aparición

B. Higiene dental

¿Cuándo hay que empezar a limpiarles los dientes a los niños?

La higiene dental debería empezar a realizarse tan pronto cómo salen los primeros dientes (con una gasa humedecida en suero ó agua) y a medida que la dentición se completa se pueden ir introduciendo progresivamente los cepillos dentales y la pasta dentífrica.

¿Cómo se cepillan los dientes?

Se recomienda el barrido horizontal, que es fácil de aprender por los niños. Consiste en cepillar todas las superficies dentales(caras internas y externas) con movimientos horizontales muy cortos (de atrás hacia

delante) y con una suave presión para eliminar los restos de alimentos.

¿Cuántas veces al día hay que realizar la higiene dental?

Al menos dos veces al día: una por la mañana y otra por la noche antes de ir a dormir. Hasta los tres años serán los padres quienes realicen la limpieza bucal de sus hijos, a partir de esa edad y a medida que el niño crece la responsabilidad irá pasando al niño, siempre bajo supervisión de los padres.

¿Cómo tiene que ser el cepillo?

Se debe utilizar un cepillo pequeño (1,5cm) para que pueda llegar a todas las partes del diente.

C. Chupete

¿Qué precauciones hay que tener en cuenta en relación con el chupete?

No debe atarse con cordones o cintas al cuello del niño para evitar que se enreden y dificulten la respiración del niño. Debe mantenerse limpio. Reemplazar el chupete cuando se desgaste

Nunca untarlo con miel, azúcar o jarabes (incrementan el riesgo de caries).

¿A qué edad es aconsejable retirar el chupete?

La utilización del chupete puede producir ciertas alteraciones en las estructuras de la boca. Estas alteraciones son mayores si se utiliza más allá de los 2 años de edad; por lo tanto se aconseja retirarlo como más tarde entre los 24 y los 30 meses de vida del niño.

D. Caries

¿Qué es la caries dental?

La caries es una enfermedad infecciosa que destruye los dientes.

¿Qué factores la desencadenan?

Los factores que influyen en la aparición de caries son múltiples, entre ellos: el propio diente (calidad, forma), la dieta (azúcares), las bacterias (cantidad, tipo), el tiempo (periodo durante el que actúa cada factor), higiene, etc...

¿Pueden tener caries los niños pequeños?

Los dientes de leche pueden sufrir caries igual que los del adulto. Es más, por las características propias de los dientes de leche, una vez se inicia la caries, ésta



tiene un avance más rápido y afecta al tejido nervioso del diente más deprisa que en el adulto.

¿Deben tratarse las caries en los dientes de leche?

Evitar el dolor que producen las caries ya es razón suficiente para conservar la salud de los dientes, pero, además, hay que recordar que la caries es un proceso infeccioso y puede afectar a la formación del diente permanente.

Los dientes temporales tienen muchas funciones y muy importantes para el desarrollo normal del niño (estética, masticación, mantener el espacio para los dientes permanentes, influencia en el crecimiento craneo-facial). No hay que olvidar que los últimos dientes temporales en ser sustituidos (los molares) no caen hasta los 10-12 años y deben realizar sus funciones correctamente hasta entonces.

¿Qué medidas se deben tomar para prevenir la aparición de caries?

1. Higiene dental adecuada

2. Medidas dietéticas.

Disminuir la frecuencia de la exposición a los azúcares (no es tan importante la cantidad, sino el número de veces que se ingiere)

Evitar alimentos que se peguen a los dientes (caramelos blandos, chicles...) ya que permanecen más tiempo en contacto con los dientes favoreciendo, aún más la aparición de caries.

En los lactantes, evitar el contacto prolongado de los dientes-encías con la tetina de los biberones, no dar biberones nocturnos o en la siesta; no endulzar chupetes con miel o sustancias azucaradas y no ofrecer zumos de frutas en el biberón.

Los alimentos más cariogénicos y por lo tanto a limitar su consumo serían:

- Frutas cocidas, en almíbar o enlatadas.
- Mermeladas y confituras
- Pasteles, bollería, churros, turrone, chocolate, caramelos, chicles con azúcar, helados, miel.
- Bebidas refrescantes, zumos no naturales, leche condensada, azucarada, chocolateada.

3. Fluoración

Es la medida más eficaz. El flúor aumenta la resistencia del esmalte, remineraliza las lesiones incipientes y contrarresta la acción de los microorganismos responsables de la caries. Modos de administración:

Sistémico: es el que se ingiere. Básicamente actuará en los dientes en formación, aunque como se ingiere por la boca también tiene un cierto efecto tópico. La medida más eficaz sería la de la fluoración del agua de consumo, con ella se reduciría la

incidencia de caries hasta en un 50%.

Local o tópico: es el que se aplica exclusivamente en los dientes y luego se expulsa (dentífricos, colutorios y por el odontólogo: geles, barnices).

4. Selladores

Aplicados por odontólogos, es la medida más eficaz para evitar caries de fositas y fisuras de las superficies oclusivas de los dientes que estén sanos o tengan caries incipientes.

Está indicado en los primeros molares permanentes que aparecen entre los 6-7 años y en los segundos molares permanentes que aparecen en torno a los 12 años. También aunque como prioridad secundaria, se sellarían los premolares definitivos en niños con alto riesgo de caries

E. Traumatismos (Golpes, fracturas, accidentes)

Mi hijo se ha dado un golpe en los dientes: - ¿qué debo hacer?

Ante un golpe en los dientes es conveniente acudir al odontólogo aunque no se aprecie nada que nos alarme, ya que si se aplica un tratamiento precoz el riesgo de complicaciones posteriores se minimiza.

Los golpes en los dientes de leche pueden afectar directamente a los dientes permanentes en formación (alterando la forma, el color, la dirección de salida, etc...)

En las fracturas de los dientes permanentes, si encuentra el fragmento guárdelo en suero fisiológico, leche ó agua y acuda al dentista con rapidez. En la mayoría de los casos el fragmento puede adherirse al diente roto.

Si un diente permanente, por un golpe, sale por completo de su posición en la boca acuda al dentista con urgencia (cada minuto es vital). Conserve el diente en suero, leche o saliva, incluso reintrodúzcalo en su posición inicial.

F. Maloclusión dental

Es la posición inadecuada de los dientes que produce un ajuste incorrecto al cerrar la boca. Además de resultar poco estético, esto ocasiona un defecto de la masticación pudiendo llevar con el tiempo a alteraciones en las articulaciones mandibulares que son dolorosas

¿Cómo se puede prevenir?

Alimentación: se debe evitar la ingesta exclusiva de dietas blandas, ya que se alteraría el desarrollo muscular perifacial con la aparición de alteraciones en el desarrollo de los huesos si los músculos relacionados con la masticación no están plenamente desarrollados

Determinados hábitos del niño pueden contribuir a la aparición de maloclusiones: uso del chupete después de los tres años; la succión de los dedos (el pulgar suele ser el más frecuente); el empuje de la lengua; el mordisqueo: labial, de uñas, de lápices; la respiración bucal.



RECONOCIMIENTO DE CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA COMO "UNIDADES DOCENTES ASOCIADAS" PARA LA FORMACIÓN MIR - PEDIATRÍA

OBJETIVOS FUNDAMENTALES

1. Cooperar con la Unidad Docente Acreditada hospitalaria en la formación de un pediatra general competente, de forma especial en los ámbitos propios de la Atención Primaria, y en todo caso, bajo la supervisión docente de la Unidad Docente Hospitalaria acreditada

2. Dar respuesta a las necesidades de formación de los especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas en la adquisición de técnicas y habilidades que los servicios hospitalarios no pueden proporcionar, tales como:

A. Atención al niño sano en su desarrollo físico y psicológico.

B. Seguimiento del niño en su contexto familiar, facilitando a los padres la adquisición de técnicas de educación para la salud, capacidad para manejar y resolver conflictos, y desarrollo de habilidades escucha y comunicación.

C. Alcanzar las necesarias habilidades en la entrevista clínica.

D. Manejo de la Historia Clínica propia de Atención Primaria Pediátrica.

E. Desarrollo psicosocial normal del niño, atendiendo a la detección precoz de déficits sensoriales, factores de riesgo y prevención del maltrato infantil.

F. Conocimiento de los problemas éticos que se plantean en Atención Primaria Pediátrica.

G. Prevención y supervisión de la salud bucodental y prevención de accidentes.

H. En general, adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes que permitan atender correctamente como médico, como técnico y como científico los problemas propios de la atención primaria pediátrica, promocionar la salud de la población infantil y trabajar como integrantes y, en su caso como coordinadores, de equipos multidisciplinares de salud.

REQUISITOS

1 DE LA UNIDAD:

1.1 Área física.

La estructura de la Unidad Asociada Docente contemplará como mínimo:

1.1.1 Consultas externas polivalentes de Pediatría y sus Áreas Específicas.

1.1.2 Opcionalmente área de Urgencias.

La estructura física de la Unidad debe garantizar un ambiente adecuado que responda a las peculiaridades de la edad pediátrica y de las relaciones de los niños, de los padres y de los profesionales pediátricos.

1.2 Recursos humanos.

El personal que deberá formar parte de la Unidad asistencial del Centro de Salud será como mínimo:

1.2.1 Un especialista en Pediatría y sus Áreas Específicas por cada MIR en rotación.

1.2.2 ATS/DUE y personal auxiliar y administrativo necesario para desempeñar las funciones propias de la Unidad Asistencial.

1.3 Recursos materiales.

1.3.1 Equipamiento.- La Unidad dispondrá del equipamiento adecuado para el desarrollo de la asistencia especializada y de forma orientadora se señala: camilla de exploración, pesabebés y tallímetro para lactantes, peso y tallímetro para niños y adolescentes, otoscopio, oftalmoscopio, plomada, orquidómetro, podoscopio, optotipos pediátricos, esfigmomanómetros, negatoscopio, peakflows, fonendoscopios.

1.3.2 Sistema de Archivo para Historias Clínicas, preferentemente informatizado.

1.3.4 Sistema de registro de vacunaciones.

1.3.5 Sistema de registro de problemas crónicos.

1.3.6 Medios docentes: La unidad dispondrá de medios propios o compartidos como Sala de Reuniones y medios audiovisuales para la docencia.

1.3.7 La Biblioteca dispondrá de, al menos, dos textos pediátricos de reconocida solvencia en edición actualizada, de uso predominante en Pediatría y de varias revistas especializadas cuyo contenido se relacione de modo preferente, con Atención Primaria en Pediatría. Se considerará la disponibilidad de acceso a Internet en el Centro de Salud y su posibilidad de acceso a bases de datos de bibliografía médica y webs de interés pediátrico.

2 DE LA ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD ASISTENCIAL.

2.1 Existencia de Memoria anual de la Unidad, con una antigüedad mínima de dos años.



2.2 Memoria o plan de actividades formativas propias para los miembros de plantilla.

2.3 Memoria o plan de actividades formativas para los MIR en rotación.

3 DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE Y DE INVESTIGACIÓN.

3.1 Memoria escrita de las actividades docentes realizadas en los dos últimos años, y *curriculum vitae* de los pediatras que se han de responsabilizar de la formación de los MIR.

3.2 Actividades asistenciales:

3.2.1 Mínimo de consultas/día: 20 (óptimo en torno a 30 consultas/día).

3.2.2 Tiempo mínimo para segundas consultas: 10 minutos.

3.2.3 Historia clínica individualizada y archivada.

3.2.4 Programas de Salud activos: Promoción de la Lactancia Materna e Inmunizaciones.

3.2.5 Exámenes periódicos de salud, en los que participará activamente el Residente.

3.2.6 Otras actividades:

Educación sanitaria.

Valoración de crecimiento, maduración y desarrollo.

Posibilidad de colaboración con Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Consultas programadas para revisiones de enfermedades crónicas (una o varias de las siguientes: asma, enuresis, obesidad, hipocrecimiento, epilepsia, diabetes, etc) preferentemente en interconexión con el Hospital de referencia.

3.3 Actividades de investigación y docentes.

Especificar tipo, contenidos y equipos que desarrollan las mismas.

4 DATOS PARA CONOCIMIENTO E INFORME POR LA COMISIÓN NACIONAL DE PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS.

4.1 La solicitud partirá del o de los pediatras con título oficial de la especialidad del Centro de Salud correspondiente, presentado su *curriculum vitae* y Memoria detallada que comprenda los datos a los que se refieren los apartados anteriores (características del área física; recursos humanos; recursos Materiales; organización de la unidad asistencial; actividad asistencial, docente y de investigación).

La solicitud deberá ser tramitada y firmada por la Dirección Gerencia de Atención Primaria del Área.

En ningún caso la acreditación se tramitará por organizaciones o equipos no exclusivamente pediátricos. En todo caso, se ajustará a las directrices

generales para los Convenios de Unidad Docente Asociada intra / extrahospitalaria.

4.2 Compromiso expreso del Centro de Salud de cumplir los objetivos que se incluyen en la parte introductoria de este documento, dentro del marco general establecido para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas.

4.3 Para el reconocimiento de un pediatra como Tutor Docente de Pediatría deberá tener el título de Especialista en Pediatría y sus Áreas Específicas y presentar su *curriculum profesional* detallado.

4.4 Informe de la procedencia de que el Centro de Salud solicitante quede asociado al hospital, desde el punto de vista docente, para la formación MIR de Pediatría, emitido por el Jefe del Departamento o Servicio de Pediatría y por el Tutor de Residentes del mismo.

5. INSTRUCCIONES ORIENTADORAS PARA LA CONSTITUCIÓN DE UNIDADES DOCENTES ASOCIADAS PARA LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS.

5.1 CONVENIO: La Colaboración Docente ha de plasmarse en un convenio específico.

5.2 INFORME DE LOS ÓRGANOS RESPONSABLES DE LA DOCENCIA: la creación de la Unidad Docente Asociada debe ser informada expresamente por la Comisión de Docencia del Hospital.

5.3 CONFORMIDAD DE LOS GERENTES DEL HOSPITAL Y DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA CORRESPONDIENTE, que se plasmará con la firma de la propuesta de acuerdo.

5.4 INFORMES PRECEPTIVOS: La Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas informará la documentación presentada a la Subdirección General de Formación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo antes de ser remitida al Comité de Acreditación del Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

5.5 ACREDITACIÓN: Emitidos los informes que se citan en el número anterior, la Subdirección General de Formación Sanitaria tramitará la propuesta de acreditación de la Unidad Docente Asociada, para su aprobación por las Administraciones Sanitario-Educativas.

Aprobado por la Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas en su Sesión del día 5 de julio de 2002.

Aprobado por el Comité de Acreditación del Consejo Nacional de Especialidades Médicas en 2003.