

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

AstraZéneca

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

www.spapex.org

Editor:

Jaime J. Cuervo
Valdés

EDITORIAL

Internet como formación continuada para el Peditra
de Atención PrimariaPAG 2

LA OPINIÓN DE

José M^a Vergeles BlancaPAG 3

NOTICIAS

Ultima información del estado de la
OPE.....PAG 4

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE ASMA EN EXTREMADURA

Grupo de Asma y respiratorio de la SPAPex.....PAG 5



CONGRESOS 2002-03

7-8 de Marzo de 2003

III Foro de Pediatría de
Atención Primaria en
Extremadura.

Lugar de celebración:
Complejo Cultural San
Francisco. Cáceres

Avance Programa

Talleres

Exploración ORL

Traumatología práctica en
A. P.

Exploración en el
adolescente

Mesa redonda

Salud Mental

Debate profesional

Enfermería pediátrica

EDITORIAL

Internet como formación continuada para el Pediatra de Atención Primaria

Internet se está convirtiendo en un medio de difusión de información clave en el campo de la medicina (al igual que en otras áreas). Se estima que más de la mitad de los profesionales médicos en Estados Unidos lo utilizan de forma habitual y, además, debemos de tener en cuenta que más del 40% de las personas que navegan por Internet buscan información relacionada con la salud.

Accedemos a Internet habitualmente desde el domicilio, y la aplicación que es más utilizada es el correo electrónico. En España, aproximadamente el 50% de los hogares españoles tienen equipo informático, y el 30% están conectados a Internet. Se prevé que para finales del 2002 haya en España, unos nueve millones y medio de internautas.

El mayor problema con el que nos encontramos para el aprovechamiento al máximo de todas las posibilidades que nos ofrece Internet es la lenta velocidad de las conexiones (exceptuando las líneas de banda ancha, cable y ADSL) y el coste de la llamada, hoy en día aliviado, en parte, por las tarifas planas existentes. En los próximos años es previsible un claro cambio, por una parte con una ampliación del número de navegantes médicos, y por otra con una mejora de las redes de comunicación, con un aumento en la velocidad y, en teoría, una bajada de los precios.

Con todo, una vez que nos conectamos, podemos estar relacionados con otros colegas, a través del correo electrónico, mediante las listas de distribución que no son más que foros de debate entre profesionales de un determinado campo. En ellas se pueden intercambiar puntos de vista o aportar conocimientos, experiencias o dudas y, al mismo tiempo, aprender de las experiencias transmitidas por los demás (en nuestro ámbito tenemos la lista PEDIAP a la cual todos deberíamos estar suscritos:

<http://www.rediris.es/list/>).

Tenemos acceso a las revistas de más impacto en el ámbito pediátrico, claro está que no todas a texto completo. Nos podemos suscribir a las tablas de contenido de las revistas, con lo cual nos enviarán al correo electrónico los sumarios de los números que van saliendo y así ni siquiera es necesario ir a la revista para ver si hay algo que te interesa.

Otro tema muy interesante relacionado con las revistas es el de las Alertas bibliográficas: Para estar al día sobre un tema concreto y si queremos recibir de forma periódica la bibliografía que aparece, lo que necesitamos es activar una alerta bibliográfica. Las dos más importantes son: *Amedeo* (www.amedeo.com), que permite escoger un tema (de entre una amplia lista de temas posibles) y seleccionar las revistas en las que se desea que realice la búsqueda, o bien optar por el *Biomail de Infodoctor* (<http://infodoctor.org/alerta/>), en el que lo que escogemos es una o varias palabras claves. Ambos servicios ponen en nuestro correo electrónico con la periodicidad elegida (semanal, mensual...) todo lo aparecido en Medline en dicho periodo sobre aquella temática que hayamos elegido.

Igualmente accederemos a páginas de interés pediátrico, que cada vez son más y mejores en castellano (imprescindibles AEPap: www.aepap.org; AEP: www.aeped.es).

Además podemos hacer nuestros pinitos en el terreno un poco más complicado de las búsquedas bibliográficas y de pediatría basada en evidencias (en la web de la AEPap, existen manuales de uso tanto de PubMed como en bases de MBE, bastante sencillo).

Ahora bien, hasta aquí todo muy bonito y no muy complicado, podemos, casi sin problemas, estar

al día de todo lo que se cuece en nuestro trabajo, pero (en todo hay un pero) ¿No deberíamos tener a nuestro alcance, en el centro de trabajo, todas estas posibilidades tan interesantes y a la vez tan importantes? ¿No debería haber una exigencia a través de las sociedades científicas, sindicatos... en ese sentido? Probablemente en poco tiempo tengamos todos la posibilidad, desde nuestro

centro de salud, de acceder a todo el amplio abanico de información que nos ofrece internet. Hasta que ese día llegue, desde aquí os animo, a quienes todavía no habéis entrado en este mundo fascinante, a que os vayáis enganchando e intentéis sacarle todo el provecho que nos ofrece.

Jaime Javier Cuervo Valdés
Editor web SPAPex

P.D. Aquellos que tengáis dirección de correo electrónico y aún no la hayáis comunicado a la Sociedad, por favor enviarla lo más pronto posible a: jjmorell@teleline.es, de esta forma podréis estar informados con mayor rapidez de todas aquellas novedades que vayan surgiendo.

LA OPINIÓN DE...

José María Vergeles Blanca. Presidente de la Sociedad Extremeña de Medicina de Familia y Comunitaria.

Pediatras y médicos de familia dentro de un mismo equipo, el de Atención Primaria de Salud.

Desde hace varios años en nuestro país, a diferencia de otros países, trabajamos dentro del mismo equipo de Atención Primaria de Salud pediatras y médicos de familia, con funciones asistenciales distribuidas por edades. La relación que se ha establecido entre los dos tipos de profesionales no ha escapado a otras relaciones que se han establecido entre el resto de los miembros de los Equipos de Atención Primaria.

De hecho tras varios años de la reforma de este primer nivel de asistencia, deberíamos reflexionar sobre la potenciación que necesita ese trabajo en equipo que es lo que debe definir y diferenciar una atención ambulatoria del espíritu biopsicosocial de la Atención Primaria. Múltiples son los motivos que han llevado a que se establezcan este tipo de relaciones, desde los modelos de gestión mal llamados descentralizados, la selección de personal, el origen diferente de los múltiples integrantes de los equipos y otras razones que se han argumentado.

Sin embargo, en innumerables ocasiones seguimos reclamando parcelas de asistencia todos los profesionales, sin reflexionar si los servicios con los que actualmente contamos en Atención Primaria podrían beneficiarse de una distribución de tareas y de una dotación mayor de contenido biopsicosocial. Ambas líneas de trabajo deberían convertirse en un objetivo prioritario de las sociedades científicas que trabajamos en Atención Primaria de Salud, en aras de una mayor calidad de los servicios ofertados.

Es difícil entender departamentos estancos basados en la edad, basados en programas, basados en niveles asistenciales, en unos momentos donde la expansión verdadera de los servicios sanitarios deben ser guiados al valor añadido del enfoque biopsicosocial. Sólo tenemos que centrarnos en cualquiera de los pacientes que atendemos y nos daremos cuenta de la trascendencia de esta cuestión. Es difícil concebir un programa de asma infantil sin tener en cuenta

a la familia, es tremendamente complicado prevenir las enfermedades psiquiátricas en la infancia sin tener en cuenta el entorno más próximo del niño,... es difícil la cumplimentación de un tratamiento, la utilización adecuada de los recursos, el proceso de desarrollo del individuo y las actividades de prevención sin una comunicación fluida entre los profesionales de un equipo que trabajamos con las mismas familias, la misma comunidad. De la misma forma para el médico de familia resulta difícil entender esos síntomas sin conclusiones en el diagnóstico diferencial sin conocer que está ocurriendo con la sobrecarga que está produciendo la enfermedad en el niño. Es difícil conocer el alcance de repercusión en la familia de una disfunción familiar identificada, es difícil excluir a la comunidad de su función dentro de la salud.

Llegan momentos de reflexión en este sentido para aprovechar el potencial, llegan momentos de trabajo en equipo estrecho entre

médicos de familia y pediatras para dar ese enfoque biopsicosocial. Desde la formación adecuada de todos y cada uno de los profesionales, llega el momento de desarrollar y utilizar sistemas de registros que permitan esta comunicación, e identificar que servicios debemos priorizar. Sin embargo, para todos resulta más fácil lo tangible, lo que se puede expresar en diagramas de flujo, en algoritmos de tomas de decisiones, y aun así a veces no lo hacemos con la mayor calidad.

Queda mucho trabajo en este sentido, queda un trabajo por hacer por parte de las sociedades científicas para promover esta forma de trabajar en la Atención Primaria de Salud, el resto, lo que hacemos requiere una mejora continua. Para lo biopsicosocial se requiere una reingeniería de procesos y eso debe ser promovido por las sociedades científicas.

NOTICIAS

Ultima información del estado de la OPE.

En el BOE del 24 de septiembre de 2002, se publica la resolución por la que se nombran a los miembros de los Tribunales Centrales de las pruebas selectivas para acceso a las plazas de Facultativos Especialistas de Área en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social y Facultativos Especialistas de Pediatría-Puericultura de Área y en Equipos de Atención Primaria.

Tras la reunión de la Comisión Paritaria de Desarrollo y Seguimiento de la OPE extraordinaria, celebrada en la tarde del día 20 de septiembre, se ha podido confirmar la intención del Ministerio de Sanidad de finalizar el proceso de consolidación de empleo en la primavera del año que viene, con lo que se cumplirían los plazos que marcaba la propia ley. No obstante, los servicios jurídicos

de Sanidad ya están estudiando las repercusiones legales y los pasos que habría que dar por si al final, se supera el periodo fijado de año y medio, que expira el 30 de junio de 2003. Aunque según han indicado a las organizaciones sindicales se han comprometido a establecer una reunión en próximas fechas con todos los asesores jurídicos de todos los servicios regionales de Salud para analizar este aspecto de los plazos. Así, el análisis previo apunta que no habría grandes problemas, pero en cualquier caso va a haber un informe jurídico para ver cómo se salva el tema, y de hecho, la empresa que gestiona las pruebas está contratada hasta el 2004.

El 27 de octubre a las 10 de la mañana es el día señalado para realizar la primera prueba de la

OPE extraordinaria, en la que se examinará a los aspirantes de las 46 especialidades de Facultivos Especialistas de Área y de Pediatría de Primaria. Todos los candidatos adscritos al desaparecido territorio Insalud realizarán los ejercicios en Madrid con excepción de los de Baleares, Ceuta y Melilla que, dado el importante desplazamiento que tendrían que hacer, se examinarán en las propias islas, y en las citadas ciudades autónomas.

Asimismo, todas las comunidades autónomas, que tenían asumidas las transferencias antes del 1 de enero de 2002 y que se han sumado a este proceso extraordinario, también realizarán esta primera prueba el domingo 27 de octubre, una fecha que se ha elegido al considerar que produce menos impacto asistencial que la otra barajada, la del 26 de octubre, en sus respectivas capitales. En el caso de Canarias, la hora de inicio serán las 9 de la mañana.

En cuanto a la memoria, el mensaje de Sanidad ha sido también bastante claro: no se va a dar ninguna instrucción ni concreción, ya que se considera que la ley (BOE 22-11-2001) es muy

clara al indicar que hay que contestar a cuatro ítems: "análisis detallado de las funciones que se deben desarrollar en la categoría o especialidad a la que se opta, determinación de los conocimientos y medios necesarios para su desempeño, nivel de responsabilidad, así como la importancia de las funciones que haya de desempeñarse tengan en la organización" y que los tribunales son soberanos. Por lo tanto, la prueba se realizará tal y como indica la ley, sin ninguna delimitación o aclaración adicional, que es lo que esperaban muchos de los aspirantes.

Por último, la CESM puso sobre la mesa que se estudie si es aplicable un artículo de la ley 30/99, según el cual es posible incrementar hasta un 15 por ciento las plazas que se ofertan sin modificar la convocatoria porque el proceso se alarga. El Ministerio de Sanidad ya ha respondido que se trata de una convocatoria totalmente al margen y que es complicada esta vía porque, además, requeriría del consenso de todas las comunidades autónomas, si bien en todo caso se iba a analizar esta posibilidad.

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

ESTUDIO DE SITUACIÓN DEL ASMA PEDIÁTRICO EN EXTREMADURA

I.- PREVALENCIA DE ASMA DIAGNOSTICADO

Juan J. Morell Bernabé, Jaime J. Cuervo Valdés
Grupo de Trabajo de Asma y Respiratorio de la SPAPex*

Introducción

El asma es el problema crónico de salud de mayor prevalencia en la edad pediátrica, afectando a la calidad de vida de un elevado número de niños y sus familias, que origina una importante demanda y consumo de recursos sanitarios, y genera un gran impacto social y un coste elevado¹.

La revisión GINA/2.002 establece como estrategia fundamental para conseguir mayores beneficios en el cuidado del paciente con asma, el diseño de programas locales/regionales, con participación de los profesionales sanitarios del primer nivel de salud y de las autoridades sanitarias, que tengan en cuenta las necesidades y peculiaridades de su población².

En nuestro país se han concretado ya algunos programas regionales, conscientes de la necesidad de mejorar la organización de los cuidados al niño y adolescente asmático (Plan Regional de Atención al Niño y Adolescente con Asma –PRANA- en Asturias³, Gestión del proceso “Asma en el niño y adolescente” en Andalucía⁴).

Estudios recientes, a nivel nacional y pendientes de publicación (como la Encuesta de Recursos y Organización sanitaria sobre manejo del asma pediátrico en Atención primaria del Grupo de Vías Respiratorias de la AEPap, o el Estudio TRAP de Tratamiento y Recursos en el Asma Pediátrico), reflejan que el pediatra de Atención primaria está capacitado y convencido de su papel fundamental en el cuidado del asma en el niño y adolescente.

Es evidente que, dadas sus características de accesibilidad, continuidad en la atención, enfoque integral de la salud infantil, implicación en la promoción de autocuidados y conocimiento de la familia, e integrado en el entorno donde vive el

niño y recibe sus cuidados de salud, el pediatra de Atención primaria debe jugar un papel central en el manejo del niño y adolescente con asma y en cómo organizar la atención coordinada con los servicios de atención continuada, enfermería, el hospital y demás profesionales implicados (educadores, pedagogos, entrenados-deportivos, . . .)⁵.

Programas de atención al niño asmático basados en intervención comunitaria, y realizados en nuestro país, han demostrado su efectividad tanto en la situación clínica del proceso y reducción en la utilización de los Servicios de Urgencias, como, sobre todo, en la mejora de la calidad de vida del niño y adolescente con asma y de sus familias⁶.

Cuando se pretende conocer cómo afecta un proceso a la población con objeto de organizar la asistencia sanitaria, resulta imprescindible evaluar su impacto en la población (prevalencia) y diferentes niveles asistenciales, conocer los factores de riesgo o predisponentes, así como la evolución y pronóstico del proceso (niveles de gravedad)⁷; asimismo, es imprescindible conocer los recursos y medios disponibles y necesarios para hacer un diagnóstico y seguimiento adecuados, y para poder plantear alternativas que promuevan la participación y compromiso del Equipo de Atención primaria en programas de atención al niño y adolescente con asma que garanticen la mejora continua del proceso.

Durante los últimos años se viene asumiendo que la prevalencia de asma oscila entre un 5-10% de la población infantil. Éste porcentaje está sometido a importantes fluctuaciones según el ámbito geográfico y la metodología empleada⁸. En nuestro medio desconocemos la cifra real de niños afectados.

La mayoría de los estudios realizados en nuestro país hacen referencia a la prevalencia acumulada del asma, es decir, niños con diagnóstico de asma independientemente de si están o no sintomáticos. Recientemente se presta mayor atención al concepto de prevalencia actual o de asma activo, es decir, niños diagnosticados de asma y que han presentado síntomas en los 12 meses previos al estudio, ya que es hacia este grupo de pacientes al que irán dirigidas, especialmente, las actividades a desarrollar tanto a nivel diagnóstico, como terapéutico y preventivo⁹.

Además, son escasos los trabajos que citan la prevalencia de la enfermedad en el lactante y preescolar. La causa de ello posiblemente sea que el término asma del lactante es objeto de gran controversia; sin embargo, hoy día está perfectamente definido, aunque se admita que su evolución pueda ser incierta^{10,11}.

Para incluir los grupos de edad de lactante y preescolar, los métodos de investigación epidemiológica basados en cuestionarios (a niños y/o padres) no sirven, siendo necesario recurrir a aquellos otros en los que a través de la revisión de historias clínicas se realiza la identificación de los pacientes asmáticos sobre la base del diagnóstico médico; es decir, utilizando criterios clínicos y, cuando sea posible, criterios de medición de la función pulmonar.

Las diferencias en el diseño de los trabajos, tamaño de la muestra y criterios de inclusión, o interpretación de los resultados, hacen difícil las comparaciones entre los distintos métodos de estudio epidemiológico. En 1.999 el Grupo Regional de Trabajo sobre Asma Infantil en Atención Primaria de Asturias publica su estudio de "Prevalencia de asma diagnosticado en la población infantil en Asturias" y establece los criterios para un diagnóstico médico de asma como base de estudios de prevalencia⁹; y es sobre este modelo sobre el que está basado nuestro estudio.

En Extremadura no existe un programa de atención al niño y adolescente con asma, aunque los pediatras de Atención primaria ocupan una gran parte de su tiempo, tanto en consulta a demanda como en ocasiones de forma programada, para atender los problemas agudos y el seguimiento de estos niños.

Tampoco tenemos en nuestra región informatizadas las historias clínicas; si bien la mayoría de los pediatras tienen abierta, en sus Centros de Salud, una historia clínica pediátrica individual; y la usan de forma habitual¹².

Además, hemos constatado que, mayoritariamente, nuestros compañeros no disponen de un registro de diagnóstico de sus pacientes, y tampoco de niños y adolescentes con asma. Y esto, a pesar de que el asma representa hasta el 70% del total de niños con enfermedad crónica atendidos en una consulta de Atención primaria¹³.

Y, aunque desde hace dos años prácticamente todos los Centros de Salud en Extremadura disponen de espirometría, y por lo tanto hay posibilidad de llevar a cabo un diagnóstico funcional, ésta es una técnica, aún, infrutilizada.

Por todo ello, creemos que es importante conocer la situación del asma pediátrico en nuestra Comunidad, propósito del estudio iniciado hace un año por el Grupo de Trabajo de Asma y Respiratorio de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura.

Esta primera fase tiene como objetivo: conocer la prevalencia de asma diagnosticado en la población infantil de 0-14 años en la Comunidad de Extremadura (objeto de este Documento); así como la disponibilidad de los recursos materiales y humanos y la organización de la asistencia sanitaria para hacer posible el diagnóstico y manejo del niño y adolescente con asma en su entorno socio-sanitario natural, la Atención Primaria de Salud (objeto de un próximo Documento).

Material y métodos

Para ello, se realiza un estudio transversal de prevalencia de base poblacional siguiendo el método aplicado por el Grupo Regional de Trabajo sobre el Asma Infantil en Atención Primaria de Asturias en 1.999.

Se convocó a participar en el estudio a todos los pediatras de Atención primaria de Extremadura, y aquellos médicos generales que atienden una consulta de Pediatría de forma exclusiva y en el seno de Equipos de Atención Primaria; a los que se envió información escrita del proyecto de investigación, sus objetivos, y el material necesario (3 fichas y dos anexos) para recoger los datos a incluir en el estudio. Así, como una encuesta sobre recursos disponibles y organización de la atención sanitaria para el

manejo del asma del niño y adolescente en el Centro de Salud.

A cada pediatra-investigador se le pide evaluar el conjunto de historias clínicas correspondientes a la población de niños entre 0 y 14 años de edad asignada a su cupo en su Zona Básica de Salud, con objeto de elaborar un registro individual de niños asmáticos, aplicando los criterios de definición de asma diagnosticado (**Tabla I**). La investigación se realizó basándose en la historia clínica y utilizando el listado de niños de tarjeta sanitaria (TIS) o bien ficheros manuales. El período de trabajo de campo se extendió hasta el 1 de Diciembre de 2.001.

Tabla I.- Criterios Diagnósticos de Asma*

Criterio	Validez del criterio	Condición
0 a 24 meses		
Tres episodios de sibilancias	Criterio SUFICIENTE para aceptar como <u>asma confirmado</u>	
2 a 5 años		
Tres episodios de disnea y sibilancias o Dos en el último año, con respuesta a tratamiento broncodilatador	Criterio SUFICIENTE para aceptar como <u>asma confirmado</u>	
Mayor de 5 años en el que no se pueda realizar función pulmonar (por falta de colaboración o no disponibilidad de espirometría)		
Tres episodios de disnea y sibilancias o Dos en el último año, con respuesta a tratamiento broncodilatador	Criterio SUFICIENTE para aceptar como <u>asma confirmado</u>	
Mayor de 5 años en los que se realiza función pulmonar		
Tres episodios de disnea y sibilancias o Dos en el último año, con respuesta a tratamiento broncodilatador	Criterio ORIENTATIVO de asma. Precisa cumplir la condición; si la cumple: asma confirmado	Test de broncodilatación con reversibilidad positiva en al menos uno de los episodios
Síntomas continuos (tos nocturna, tos matutina, sibilancias, disnea nocturna, fatiga o tos con el ejercicio, el frío o las emociones), o Síntomas con el ejercicio	Criterio ORIENTATIVO de asma. Precisa cumplir la condición; si la cumple: asma confirmado	Al menos una prueba funcional alterada : Test de <i>broncodilatación</i> con reversibilidad positiva y/o test de <i>esfuerzo</i> positivo y/o <i>variabilidad</i> en registro de FEM positiva

*Tomado del Grupo de Trabajo sobre Asma Infantil en Atención Primaria (Asturias)

Las variables del estudio que se pretenden obtener son:

- Número total de niños de 0 a 14 años que atiende cada pediatra, y distribución por

sexo y grupos de edad (se establecen tres intervalos de edad: de 0 a 23 meses, de 2 a 5 años, y de 6 a 13 años); punto de corte del estudio: 1 de Julio de 2.001.

- Porcentaje y número total de niños de 0 a 14 años de edad que cumplen los criterios que definen asma basándose en un diagnóstico médico (clínico y/o funcional), según los criterios de Consenso del Grupo Regional de Trabajo sobre el Asma Infantil en Atención Primaria de Asturias; y distribuidos por sexo y grupos de edad.
- Total de niños asmáticos con síntomas de asma en los 12 meses previos, o asma activo.

- Identificación y registro de niños asmáticos de entre 0 y 14 años susceptibles de padecer un episodio de riesgo vital (en la **Tabla II** se recogen los criterios de inclusión para considerar a un niño o adolescente con asma de riesgo vital).
- Asimismo, se identifica el porcentaje de niños mayores de 6 años de edad a los que se les ha realizado pruebas funcionales (espirometría) para el diagnóstico de asma.

Tabla II.- Criterios de niño susceptible de tener un episodio de riesgo vital

CRITERIOS DE INCLUSION
Ingreso en UCI-Pediátrica por asma en los 12 meses anteriores
Tres o más ingresos por asma en los 12 últimos meses (no en UCI-P)
Niños con crisis asmáticas graves de inicio y empeoramiento muy bruscos
Niño con crisis asmáticas moderadas o graves y con más de una hora de viaje al centro hospitalario más próximo
Función pulmonar en intercrisis alterada; cumpliendo FEV1, FVC o FEV1/FVC en condiciones basales menor del 70% del previsto
Asma moderada o grave asociada a patología crónica grave (cardiorrespiratoria, malformaciones o neurológicas)
Asma dependiente, por razones clínicas y funcionales, de corticoides orales para el tratamiento de fondo
Asma en tratamiento con dosis altas de corticoides inhalados en mayores de 2 años: Igual o Más de 1.200 mcg de budesonida o dipropionato de beclometasona, o igual o más de 1.000 mcg de fluticasona
Niño con crisis asmáticas moderadas o graves y en los que se cumple al menos uno de los siguientes criterios: 1.-poca percepción por parte de los padres de los síntomas y de la enfermedad 2.-mal cumplimiento del tratamiento de fondo 3.-familia disfuncional 4.-inicio tardío de beta2 de rescate, negativa a usarlos o mala técnica 5.-adolescente 6.-negación de la enfermedad, no querer colaborar 7.-Uso abusivo e indiscriminado de beta2 de acción corta

Resultados

Se reciben un total de 29 respuestas, pero se aceptan como válidas 23 (28.75% del total de pediatras posibles; 22 pediatras y 1 médico

general), correspondientes a 19 Zonas de Salud, urbanas y rurales, estando representadas 6 de las 8 Áreas sanitarias de la región. Los motivos para invalidar los 6 restantes son: los datos recogidos

de su cupo son incompletos, o mala aplicación de los criterios clínicos diagnósticos de asma en el grupo de edad de lactantes y niños pequeños (infradiagnósticos de asma).

El estudio se realizó sobre un total de 23.049 niños de 0 a 14 años de edad (51.07% varones y 48.93% mujeres), lo que supone el 15.83% de la población pediátrica de Extremadura; de los que 3.747 son menores de 2 años, 6.675 entre 2 y 5 años, y 12.627 son de 6 ó más años.

De ellos, 2.328 niños cumplieron los criterios diagnósticos de asma preestablecidos, lo que supone una prevalencia total de 10.1%.

El 60.82% de los niños con diagnóstico de asma son varones y 39.18% son mujeres, que confirma el predominio de asma infantil en el sexo varón, a diferencia del adulto.

Por grupos de edad, nos encontramos que el 7.90% de los niños menores de 2 años cumplen criterios diagnósticos de asma; así como el 12.34% de los niños entre 2 y 5 años, y el 9.56% de los mayores de 6 años; con predominio por el sexo varón en todos los grupos de edad.

Del total de niños con diagnóstico médico de asma, 1.684 han tenido síntomas de asma en los 12 meses previos al estudio; es decir, un 72.34% del total de niños con asma. Lo que supone una prevalencia de asma activo para el conjunto de la población pediátrica en Extremadura de 7.31%.

Un total de 14 niños cumplían criterios de asma de riesgo vital; lo que supone el 0.6% del total de niños con asma.

El diagnóstico médico de asma incluye datos clínicos y, en mayores de 6 años, también criterios funcionales. Un 73.91% (17) de los pediatras-investigadores utilizan, aunque no de forma sistemática, pruebas de función pulmonar para el diagnóstico de asma en su población escolar; pero, durante el período de estudio (la espirometría se ha ido implantando en nuestros Centros de Salud a lo largo de los dos últimos años) sólo 173 niños con diagnóstico de asma en el grupo de edad de 6 a 14 años disponían de, al

menos, una prueba de función pulmonar (realizada en el Centro de Salud u Hospital); esto supone el 14.32% de este grupo de edad.

Comentarios

Los estudios de prevalencia basados en el diagnóstico médico de asma nos permiten evaluar su impacto en todos los grupos de edad de la población pediátrica y recoger información útil para organizar la asistencia sanitaria. En nuestro medio, esto es posible gracias a la universalidad del sistema público de salud y a la existencia de una historia clínica pediátrica individual que usan de forma mayoritaria los pediatras de Atención primaria.

En nuestra región, uno de cada diez niños ha tenido síntomas de asma (entendido como la repetición de tres o más episodios de sibilancias); esta prevalencia de 10.1% está acorde con la mayoría de los estudios previos publicados en nuestro país (**Tabla III**¹⁴⁻¹⁸), y se puede considerar en un rango medio-alto, teniendo en cuenta nuestra situación geográfica y las condiciones ambientales.

Es importante destacar los datos obtenidos en prevalencia activa de asma, pues esto supone que tres de cada cuatro niños con diagnóstico de asma han tenido síntomas recientes, a lo largo del último año. Esta situación, que se mantiene en los tres grupos de edad (97.9% de los menores de 2 años, 78.6% de los preescolares, y 61.7% de los niños mayores), al igual que se detecta en otras regiones españolas⁹, tiene un gran valor para resaltar el impacto que éste proceso tiene en la salud de nuestra población pediátrica y en la organización de los recursos asistenciales.

Nuestro estudio también demuestra la preferencia por el sexo varón que el proceso del asma tiene a esta edades, a diferencia de la época adulta donde hay un claro predominio en la mujer; la relación varón-mujer de 1.55:1 entre la población pediátrica con asma diagnosticado es similar a la de otros estudios, y se mantiene a lo largo de todos los grupos de edad analizados.

Tabla III.- Estudios de prevalencia de asma infantil en España

Lugar y Año	Muestra	Edad	Método	Prevalencia acumulada (%)	Prevalencia activa (%)
Gijón, 1993 ¹⁴	3.611	0-2	Diagnóstico médico	11.1	
Sevilla, 1994 ¹⁵	698	11	Cuestionario	17	8
Guipúzcoa, 1995 ¹⁶	2.884	5-13	Diagnóstico médico	8,8	
Palencia, 1999 ¹⁷	979	10-14	Diagnóstico médico	4,6	
Madrid, 1994 ¹⁸	274	2-4	Cuestionario	6.2	5.3
	512	5-9		8.8	2.7
	569	10-14		10.2	4.5
	Total: 1.355	2-14		8.9	4
Asturias, 1999 ⁹	3.182	0-2	Diagnóstico médico	7.6	7.1
	6.763	2-5		13.5	11.3
	17.566	6-13		11.5	7.8
	Total: 27.511	0-13		11.5	8.4
Extremadura, 2001	3.747	0-23 m	Diagnóstico médico	7.9	7.7
	6.675	2-5		12.3	9.7
	12.627	6-13		9.5	5.9
	Total: 23.049	0-14		10.1	7.3

Son escasos los trabajos que hacen referencia a la prevalencia de asma en el lactante y menor de 2 años, en parte debido a la controversia existente para definir como asma a todos los episodios de sibilancias que ocurren en estas edades. Sin embargo, existe el consenso de aplicar la misma definición de asma para todos los grupos de edad, pues está demostrada la eficacia de aplicar tratamientos similares. En la actualidad, son diversas las líneas de investigación abiertas para conocer los factores predictivos o de riesgo para que un lactante con sibilancias tenga asma en edades posteriores, y para conocer mejor los múltiples factores implicados en la historia natural del proceso asmático.

De cualquier forma, hay que tener en cuenta que una prevalencia de asma diagnosticado del 7.9% se convierte también en el problema de salud de mayor trascendencia a esta edad, con sus importantes repercusiones en la familia, en gasto farmacéutico y en utilización de los recursos sanitarios.

Es importante considerar en éste punto, el beneficio que ha supuesto para estos niños y la

evolución de su proceso la posibilidad de utilizar también la vía inhalada para la administración de fármacos, con la aparición en el mercado de dispositivos de inhalación adaptados que permiten el uso eficaz de estos medicamentos; y la paradoja existente con la limitación para su prescripción médica establecida por algunas administraciones sanitarias (incluida la nuestra).

Aunque es una situación rara en pediatría (en nuestra serie supone el 0.6% del total de niños con asma) es muy importante tener identificados a aquellos sujetos susceptibles de presentar crisis de asma con riesgo vital. Pues esto supone un control y seguimiento más exhaustivo de estos niños, establecer pautas muy precisas y por escrito sobre el uso de medicamentos y recursos sanitarios, y obliga a una perfecta coordinación entre los profesionales de Atención primaria, Hospital y los Servicios de Urgencias, o de Atención continuada en áreas rurales, para atender adecuadamente las posibles crisis¹⁹.

La medición objetiva de la función pulmonar, cuando la edad del niño lo permite, es junto con la clínica el pilar fundamental del diagnóstico de asma. En Atención primaria ésta técnica, fácil de

realizar, es también aplicable y de gran utilidad en el seguimiento longitudinal-evolutivo del niño y adolescente con asma, y en la valoración y respuesta al tratamiento de la crisis aguda de asma²⁰.

En Extremadura se ha generalizado la implantación de la espirometría en los Equipos de Atención primaria en los últimos 3 años, como técnica muy útil para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con patologías tan prevalentes como la EPOC y el asma. Si bien los medios técnicos son de una gran precisión y calidad, el mantenimiento y, especialmente, la formación de los profesionales que deben utilizarla es insuficiente.

Aunque 3 de cada 4 pediatras disponen de espirómetro en su Centro de Salud, sólo el 61% de ellos lo utilizan de forma habitual para el diagnóstico de asma en el niño²¹.

Es importante resaltar la idea de la necesidad de objetivar el diagnóstico de asma mediante pruebas de función pulmonar en el niño y adolescente, así como su utilidad y aplicación en el manejo y seguimiento de este proceso, y su disponibilidad y facilidad de uso. Para ello, es necesario demandar programas de formación específicos sobre técnica e interpretación de la espirometría en niños y adolescentes para los profesionales sanitarios (pediatras, enfermeras y médicos generales) de los Equipos de Atención primaria.

La elaboración de un listado o censo de niños con asma, y clasificados por su gravedad, permite al pediatra de Atención primaria optimizar el tiempo y recursos de que dispone para la atención de estos niños; facilita su seguimiento, permite establecer protocolos diversos (de tratamiento, derivaciones, . . .) y estrategias de intervención preventiva (vacunación antigripal), organizar y priorizar la realización de estudios complementarios accesibles y aplicables desde Atención primaria (como la espirometría y las pruebas cutáneas para el diagnóstico de alergia), o, junto con la enfermera pediátrica, fomentar programas de autocuidado y educativos.

En el ámbito de la Salud Pública, el conocimiento de la prevalencia de asma pediátrico en nuestra región constituye el primer paso para el desarrollo de planes globales de atención al niño y adolescente con asma, que permitan una mejor organización y eficacia de la asistencia sanitaria (incluida la coordinación entre niveles asistenciales) en relación con este proceso, y tengan como objetivo prioritario la mejora de la calidad de vida del niño con asma y de su familia.

**Grupo de Asma y Respiratorio de la SPAPex: Juan J. Morell Bernabé (coordinador), Jaime J Cuervo Valdés, Catalina Durán Iglesias, Nuria Menéndez González, Ángeles Osuna Díaz, M^a José Garrido Cañadas, Urbano L Redondo Pardo, Luis J de Dios Escobero*

***Investigadores del Estudio: M^a Pilar Arenas García (CS Casar de Cáceres), Isabel Botana del Arco (CS Talavera la Real), Jaime J Cuervo Valdés (CS Urbano I, Mérida), Catalina Durán Iglesias (CS Malpartida de Cáceres), José A Fernández Merchán (CS Plasencia I), Esther García Soria (CS Plasencia I), M^a José Garrido Cañadas (CS Fuente del Maestre), Cecilia Gómez Málaga (CS Pueblonuevo del Guadiana), Pilar Gómez Meleno (CS Sta Marta), Carmen González Galindo (CS Urbano II, Mérida), M^a Rosario Hernández Sáez (CS Montijo), José M^a Ibáñez Valdés (CS Zafra I), M^a del Prado Leo Canzobre (CS Oliva de la Frontera), M^a Jesús Martínez López-Coterilla (CS San Fernando, Badajoz), Nuria Menéndez González (CS Urbano II, Mérida), Juan J Morell Bernabé (CS Barcarota), M^a Concepción Ortiz Barquero (CS Almendralejo), Ángeles Osuna Díaz (CS Urbano II, Mérida), José L Paz Azcárate (CS Mérida Norte), Jorge Pérez Civantos (CS Alburquerque), Urbano L Redondo Pardo (CS Pza Argel, Cáceres), Matilde Santos Gómez (CS Aldea Moret, Cáceres), Ambrosia Tena Raya (CS Castuera).*

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Carazo, Alba Moreno F, Bamonde Rodríguez L, Montón Álvarez JL. La importancia del asma en niños y adolescentes. En: Asma en el niño y adolescente. Aspectos fundamentales para el pediatra de Atención primaria. Exlibris ediciones S.L.; 1ª ed., 2001
2. National Heart, Lung and Blood Institute. National Institutes of Health. Global strategy for asthma management and prevention. GINA revised 2002
3. Carvajal Ureña I y cols. Plan Regional de Atención al Niño y Adolescente con Asma (PRANA). Dirección Regional de Salud Pública. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. 2002
4. "Asma en el Niño y Adolescente". Plan de Calidad y Eficiencia. Gestión por procesos asistenciales. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2002 (en fase de publicación)
5. Lora Espinosa A. Aplicación de la gestión por procesos a la mejora del tratamiento del asma bronquial en la infancia. *An Esp Pediatr* 2002; 56 (Supl 6): 289-292
6. Díaz Vázquez C. Intervención comunitaria en el asma del niño y adolescente. *Pediatría Integral*. 2000; 3: 6-10
7. Abramson JH. Métodos de estudio en medicina Comunitaria. Ed. Díaz Santos, Madrid 1990
8. The ISAAC Stering Comité. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema. *Lancet* 1998; 351: 1225-1232
9. Grupo Regional de Trabajo sobre el Asma Infantil en Atención Primaria de Asturias. Prevalencia de asma diagnosticado en la población infantil en Asturias. *An Esp Pediatr* 1999; 51(5): 479-484
10. Martínez FD et al. Asthma and wheezing in the first six years of life. *N Engl J Med* 1995; 332: 133-138
11. Castro-Rodríguez JA, Holberg CJ, Wright AL, Martínez FD. A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162: 1403-1406
12. Álvarez Gómez J, Morell Bernabé JJ. Resultados de una encuesta sobre la situación actual de los pediatras de atención primaria en Extremadura. *Primer Nivel* 2000; 4(4): 145-151
13. Fernández Carazo C. Fuente propia, no publicada. Centro de Salud El Valle, Jaén. 2000
14. Meana A y cols. Asma infantil en una zona de salud: población afecta y características de la misma. *Atención Primaria* 1993; 12(1): 36-40
15. Egea y cols. Prevalencia del asma en la población infantil de Sevilla. *An Esp Pediatr* 1994; 40(4): 284-286
16. Callén M y cols. Prevalencia y factores de riesgo de asma en Guipúzcoa. Estudio multicéntrico caso-control. *An Esp Pediatr* 1995; 43(5): 347-350
17. Sacristán A, González A, De Diego MA. El asmático adolescente en Atención Primaria. *Revista Pediatría Atención Primaria* 1999; 1(4): 545-552
18. Galán I, Martínez M. En cesta de prevalencia de asma de la Comunidad de Madrid. Documentos técnicos de Salud Pública nº 20, 1994
19. Mora Gandarillas I. Manejo del asma en situaciones especiales. En: Asma en el niño y adolescente. Aspectos fundamentales para el pediatra de Atención primaria. Exlibris ediciones S.L.; 1ª ed., 2001
20. Díaz Vázquez C. Espirometría: ejecución e interpretación. En: Asma en el niño y adolescente. Aspectos fundamentales para el pediatra de Atención primaria. Exlibris ediciones S.L.; 1ª ed., 2001
21. Grupo de Trabajo de Asma y Respiratorio de SPAPex. Estudio de situación del asma pediátrico en Extremadura. Documento nº 2 (pendiente de publicación); 2002