

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  
CORTECÍA DE

**Casen-Fleet**

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

[www.spapex.org](http://www.spapex.org)

Editor:

Jaime J. Cuervo  
Valdés

## SUMARIO

### EDITORIAL

¿Cuál es la situación actual del Pediatra de Atención Primaria?. ¿Hacia donde dirigir nuestro esfuerzo?.....PAG 2

### CARTAS

Asociación de Intervención Temprana Extremeña.....PAG 4

Nota de prensa 2ª edición encuesta del Instituto de Estudios Médico Científicos (INESME) .....PAG 5

### CONSEJOS PARA PADRES

Prevención de accidentes en la infancia.....PAG 7

### ORGANIZACIÓN Y RECURSOS NECESARIOS PARA EL MANEJO DEL ASMA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Grupo de Asma y respiratorio de la SPAPex....PAG 9



### 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

Educación en asma

#### Mesa redonda

Salud Mental

#### Debate profesional

Enfermería pediátrica

#### Curso de formación continuada de la Sección de Badajoz

17-19 de Febrero

Taller de RCP Avanzada

#### Abril

Taller de radiología práctica

#### Mayo

Taller de EKG

## EDITORIAL

### **¿Cuál es la situación actual del Pediatra de Atención Primaria?. ¿Hacia donde dirigir nuestro esfuerzo?**

Ya han transcurrido algo más de dos años desde que nació nuestra Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura, y esta decisión de crear una sociedad regional única, obedece a unos criterios tan claros y potentes que consiguió reunir a las dos provincias entorno a una nueva filosofía con carácter diferenciador de lo que veníamos conceptualizando como pediatría extrahospitalaria. Aunque su principal objetivo es mejorar la calidad de la asistencia que prestamos a nuestros niños y adolescentes, quizá lo que más tirón tuvo fue la finalidad de defender nuestros intereses profesionales y luchar para optimizar nuestras condiciones de trabajo.

Consolidar una Sociedad es costoso pero ya tenemos un importante rodaje y una organización básica que ha conseguido sacar adelante muchas tareas esenciales y lo que es más satisfactorio existe una predisposición general a colaborar en los proyectos que la Sociedad oferta.

Hemos pasado un primer año, desde que la Comunidad Autónoma recibiera las competencias sanitarias asistenciales, a la expectativa, dando tiempo a que la nueva Administración tome las riendas y consolide nuevas posiciones.

Pero creo que ha llegado el momento de plantear reivindicaciones, os remito a la editorial del número 9 de nuestro Foro Pediátrico. “ El Pediatra de Atención Primaria también existe”. Son muchas las actividades que realizamos y poco lo que se valora nuestra actividad cotidiana.

Me decido a escribir estas líneas desde un sentimiento de rabia e impotencia ante la ignorancia de que somos objeto los Pediatras de Atención Primaria, desde la óptica de gestores e incluso compañeros de Equipo.

Somos la puerta de acceso al Sistema Sanitario, (en los primeros 15 días de la vida del niño/a ya

tiene su historia clínica abierta); somos accesibles; la asistencia que prestamos es de gran magnitud, con una presión asistencial media de 25,57 consultas/día (Memoria Insalud 2000), con una cobertura de los servicios del niño (100 a 106 de Cartera de Servicios) próxima la 100%, cumpliendo con los indicadores de calidad en el proceso (Normas Técnicas Mínimas), y con una continuidad en los cuidados a lo largo de toda la vida, en el área biológica, psicológica y social, con la posibilidad de fomentar actitudes y crear hábitos saludables, de responsabilizar en salud y formar en la autonomía e independencia del sistema, favorecer la aparición de un nuevo ciudadano que pase del actual consumo de servicios a un uso racional de los mismos.

El Pediatra de Atención Primaria es, además, reconocido como el profesional más cualificado para integrar todos los problemas de salud del niño y coordinar a otros profesionales, necesarios para la atención integral, dada la complejidad de los actuales problemas de salud y su multidimensionalidad.

La figura del pediatra es socialmente aceptada y reconocida, demandada por la sociedad para la atención de sus hijos y hay una satisfacción general por los servicios prestados desde la Atención Primaria y sus Programas del Niño.

El pediatra, además, cuida su formación para mantener, aumentar y mejorar su competencia profesional, preparándose para hacer frente a los problemas de salud emergentes que se adivinan en un horizonte cercano: Violencia, Salud mental, Fracaso escolar, Malos tratos, desestructuración familiar, inmigración, adopciones internacionales, supervivencia de niños gravemente discapacitados... y un largo etcétera.

El Pediatra colabora con la Administración en todos aquellas tareas para las que es requerido.

Frente a esto: IGNORANCIA,..... Dificultades y limitaciones para obtener permisos de formación; se obvia la fuerte presión asistencial a la hora de sustituir nuestra ausencias sobrecargando a los compañeros, falta de sensibilidad ante nuestra tarea, la mayoría de los compañeros carecen de enfermería pediátrica en su Unidad Básica Asistencial, los indicadores de evaluación son comunes para todo el EAP, cuando una consulta pediátrica difiere bastante de una consulta de adulto, ... La sensación personal es que no se nos tiene en cuenta, no existimos. Nos ignoran.

Son muchas las dificultades y muchas también las situaciones especiales y particulares de cada uno de nosotros. Por ello creo que ha llegado el momento de reflexionar y determinar entre todos cuales han de ser las líneas estratégicas que debemos seguir y comenzar con el nuevo año a luchar por que la figura del Pediatra de Atención Primaria tenga el lugar que merece en los Servicios de Salud en general y en el Servicio Extremeño de Salud, en particular.

Maria Isabel Corral Muñoz  
Vicepresidenta Sociedad Pediatría de Atención  
Primaria de Extremadura

# CARTAS

## Asociación de Intervención Temprana Extremeña: AITE

### Información

A.I.T.E. es una asociación de ámbito autonómico, sin ánimo de lucro, que se constituyó el 6 de marzo de 1999. En ella tenemos cabida todos los profesionales directamente relacionados con la Atención Temprana, es decir, que nuestra área de trabajo se refiere a los niños menores de seis años, que presentan alguna discapacidad o alto riesgo de padecerla.

En la actualidad los profesionales de la Atención Temprana necesitamos aunar criterios profesionales, tanto dentro de nuestra comunidad como a nivel nacional o interautonómico, dada la diversidad de criterios y de modelos organizativos existentes, y el escaso grado de coordinación entre las administraciones implicadas (sanidad, servicios sociales y educación).

Desde la asociación nos planteamos tanto la difusión de la Intervención Temprana, su relevancia en el desarrollo del niño y en la adaptación familiar, así como contribuir en la mejora cualitativa, bien mediante la formación, el reciclaje profesional o la investigación multidisciplinar. Nos proponemos también el fomento de la coordinación con otras asociaciones y colegios profesionales, así como la colaboración con instituciones u organismos en la elaboración de planes y proyectos de organización de la Atención Temprana.

Para el desarrollo de los objetivos antes mencionados, hemos realizado una serie de actividades directamente relacionadas con la formación y el reciclaje profesional: las I y II Jornadas de Intervención Temprana organizadas por A.I.T.E. En la primera, celebrada el 19 de mayo de 2001, se hizo la presentación oficial en Extremadura del “Libro Blanco de la Atención Temprana”, documento en cuya redacción habíamos participado, con el patrocinio del Real

Patronato sobre Discapacidad. También fue presentado el Trabajo de investigación que obtuvo el Premio Nacional Reina Sofía del 2000, titulado “Apoyo al desarrollo de los niños nacidos demasiado pequeños, demasiado pronto”, y fue hecha la presentación de los recursos que en materia de Atención Temprana, existen en nuestra Comunidad Autónoma. La II Jornada, celebrada el 15 de junio de 2002, se refirió de forma monográfica a la “Evaluación en Atención Temprana”, en función de las áreas de desarrollo y en función de las patologías o minusvalías. En ella contamos con la participación de Dña. Cecilia M. Gómez, que nos informó acerca de la Sociedad de Pediatras de Atención Primaria, y a quien agradecemos su colaboración.

Otras actividades, como la edición del Boletín Informativo de la asociación, nos permiten la comunicación con los socios.

A nivel interautonómico o nacional, participamos en el “Grupo de Trabajo en Atención Temprana”, G.A.T., cuyo primer fruto fue el “Libro Blanco de la Atención Temprana”. Están en marcha otros proyectos como el de la Organización Diagnóstica en Atención Temprana, Historia de la Atención Temprana o el referido a los Recursos en Atención Temprana.

A nivel autonómico, hemos participado en las II Jornadas organizadas por la Asociación Extremeña de Padres por la Integración de Badajoz y colaboramos con la Universidad, en el diseño del Programa de Experto en Atención Temprana

Desde aquí, queremos reiterar nuestra disposición para elaborar proyectos de trabajo conjunto, que nos permitan optimizar nuestro desempeño profesional: bien para el despistaje de niños que pudieran beneficiarse de orientaciones más específicas o de la atención directa en un

centro de Atención Temprana, a través de unos instrumentos adaptados, claros y de rápida utilización.

Nuestra web es: <http://club.telepolis.com/aite>

e-mail: [aite@telepolis.com](mailto:aite@telepolis.com)

Apdo. nº: 580. 06080- BADAJOZ.

Un saludo de todos los miembros de la Junta Directiva de A.I.T.E.

**Nota de prensa de la segunda edición de la encuesta realizada por el Instituto de Estudios Médico Científicos (INESME).** Badajoz, 30 de octubre 2002.-

La meningitis continúa siendo la enfermedad pediátrica más grave identificada por el 86% de los padres extremeños, así como por los responsables de guarderías, por encima de la hepatitis, la neumonía o la infección urinaria. Pero a pesar de que el 76% de los padres afirma haber vacunado a sus hijos frente a algún tipo de meningitis, casi la mitad de los padres (42%) no conoce ninguna vacuna frente a esta enfermedad. Estos datos han sido recogidos en la 2ª edición de la encuesta de ámbito nacional que ha realizado el Instituto de Estudios Médico Científicos (INESME), con la colaboración de la empresa Inner Research sobre el conocimiento que padres de niños menores de 5 años, responsables de guardería, pediatras y farmacéuticos tienen sobre las enfermedades pediátricas.

“Este año el Instituto INESME ha querido incorporar al colectivo científico (pediatras y farmacéuticos) con el fin de comparar si su preocupación por las enfermedades en la infancia era compartida por los padres. En este sentido, se ha observado que mientras la amplia mayoría de los padres apuntan hacia la meningitis como la enfermedad infantil más grave, los pediatras sólo la sitúan en primer lugar de importancia cuando el causante de esta enfermedad es el neumococo”, debido a su elevado índice de mortalidad y las graves secuelas que deja en el paciente, declara el profesor Jesús Honorato, presidente del Instituto de Estudios Médico Científicos (INESME).

**Las meningitis, principal preocupación.**

Como en la pasada edición de la encuesta, los padres y los responsables de las guarderías han mostrado una preocupación generalizada sobre esta enfermedad, pero al mismo tiempo, poco

conocimiento sobre la misma. Así, el 60% de los padres ignoran los diferentes tipos de meningitis bacterianas, y sólo el 52% y el 41% sabe que pueden producir retraso psicomotor o la muerte del niño, respectivamente.

Con respecto a la vacunación, el resultado muestra que aunque el 58% conoce la vacuna frente a los microorganismos responsables de la meningitis, de éstos, el 67% no sabe frente a qué tipo existen vacunas en nuestro país, si bien el 76% afirma haber vacunado a sus hijos frente a ella. “Esto representa una amenaza a la salud de niño, puesto que los padres pueden pensar que sus hijos están inmunizados frente a esta enfermedad y, en cambio, no ser así”, señala el profesor Honorato.

**Las enfermedades infantiles, causa de absentismo laboral.**

Los datos de la encuesta indican que casi 4 de cada 10 padres, principalmente madres (40% de la población trabajadora), reconocen que las enfermedades infantiles alteran su actividad laboral, debido a que tienen que solicitar una media de 6 días al año para atender a sus hijos cuando enferman. Al mismo tiempo, la media de días que el niño se ausenta del centro de educación infantil por baja por enfermedad es de 7. En esta línea, el 60% de las guarderías solicita a los padres que no reincorporen al niño si padece una enfermedad infecciosa hasta que no esté restablecido completamente.

Estos datos coinciden con las afirmaciones de los responsables de los centros de educación infantil y guarderías que afirman en un 97%, que cuando los niños caen enfermos se avisa a los padres, lo que implica que éstos tengan que abandonar su actividad laboral, mientras que dependiendo del diagnóstico de la enfermedad, en el 27% de los casos se les aísla en una sala especial o se solicita directamente por los responsables del centro consulta médica (23%).

Según se recoge en la encuesta, el 91% de los pediatras creen que la vacunación es el mejor método para prevenir las enfermedades en la infancia. “Gracias a ellas, en los últimos 20 años, el calendario vacunal español ha cambiado el panorama epidemiológico. La incidencia de enfermedades víricas como el sarampión y la rubéola se ha reducido significativamente en la población infantil y, como en el caso de la poliomielitis o la meningitis por *Haemophilus influenzae tipo b*, se ha conseguido prácticamente su erradicación. “La cobertura del calendario vacunal pediátrico español es de los mejores del mundo”, añade el profesor Jesús Honorato.

El 82% de los responsables de centros de educación infantil afirman que exigen a los niños que se matriculan que estén vacunados, y el 63% señala que la dirección de los centros debería exigir la vacunación con todas las vacunas disponibles hasta el momento a cada niño que se incorpore, con el fin de evitar el contagio de las enfermedades infantiles. Entre las vacunas que ellos consideran imprescindibles para acceder a estos centros se encuentran la triple vírica (88%), DTP (86%), Polio (86%), Hepatitis B (64%), mientras que la vacunación frente a microorganismos que provocan meningitis sólo es exigida en el 50% de estos centros. Este último porcentaje sorprende si se tiene en cuenta que, este colectivo considera que la meningitis es la enfermedad infantil más grave.

Al mismo tiempo, el 79% de los responsables de guarderías reclaman la posibilidad de tener información para padres sobre vacunación infantil en las guarderías. A este respecto, la encuesta ha señalado que en cuanto al conocimiento sobre vacunación infantil, el 42% de los padres y el 57% de los responsables de guarderías reconoce que no conoce ninguna vacuna frente a la meningitis.

### **Mal empleo de los antibióticos**

En esta línea, el 82% de los padres indica que es mejor aplicar una vacuna para prevenir una enfermedad que los antibióticos para tratarla. A pesar de ello, la tercera parte de los padres desconocen que los antibióticos pierden su eficacia frente a ciertas infecciones con la

aparición de resistencias, que se generan con el abuso. Al respecto, el 16% de los pediatras reconocieron que tuvieron que recetar antibióticos más potentes para tratar algunas infecciones, lo que en ocasiones, implica un mayor riesgo para la salud del niño, debido a las resistencias a antibióticos. En este sentido, la bacteria que mayor número de resistencias presenta al tratamiento con antibióticos, como la penicilina, es el neumococo, responsable de enfermedades tan graves como la meningitis, sepsis o neumonía.

Respecto al diagnóstico y tratamiento médico, los padres afirman que en el último año, el 43% de las enfermedades diagnosticadas por los pediatras fueron de origen vírico, mientras que el tratamiento aplicado en el 65% de los casos fue un antibiótico. Además, los padres añaden que en casi un 100% de los casos se respetó la pauta indicada por el pediatra.

Estos datos no son acordes con la opinión del colectivo de los pediatras, ya que el 68% declara evitar la prescripción de antibióticos hasta conocer el origen de la infección, al tiempo que la tercera parte de los pediatras detecta que los padres no cumplen con la pauta descrita por ellos. “Este dato -añade el profesor Honorato- puede mostrar que, en ocasiones, los padres desconocen qué se le receta a los niños y que, en otras, recurren a la automedicación”.

➤ Para más información: Planner Media.

Maite Herráez/Paz Romero. Tel. 91787 03 00

### **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](mailto:jjcuervov@spapex.org)

## CONSEJOS PARA PADRES

### CONSEJOS PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA

Para conocerlos, primero tendríamos que saber **¿Qué es un accidente? ¿A qué podríamos llamar accidente?**

El origen de la palabra accidente procede del latín, y significa “ que ocurre “. Algo que ocurre. La OMS ( Organización Mundial de la Salud), lo define cómo:

- Un acontecimiento fortuito
- Generalmente desgraciado o dañino
- Independiente de la voluntad humana
- Provocado por fuerza exterior
- De actuación rápida
- Y se manifiesta por daño corporal y/o mental

**¿ Tienen suficiente importancia para sentirnos muy preocupados?** Si, por los efectos que sobre la salud tienen y el ser una fuente de sufrimiento. Pero la verdadera preocupación es que:

- Suponen la primera causa de muerte entre los 1 y 15 años de edad.
- Serían evitables en su mayoría, si los adultos estuviéramos “ más preparados”.
- Los adultos no solemos mirar al mundo que nos rodea desde la óptica o perspectiva del niño.

**¿ Qué justifica desde el “ mundo infantil “ el que ocurran los accidentes?** Lo siguiente:

- La curiosidad por conocer el mundo que le rodea
- La educación que recibe
- El aprendizaje que hace de ese mundo
- La progresiva autonomía que adquiere y la simultanea responsabilidad que deben adquirir sus actos
- La prohibición que se les hace
- Las conductas arriesgadas ( de ahí mayor nº de accidentes en niños que en niñas)
- La dificultad para algunos adultos el “ controlar “ al niño las 24 horas del día.

**¿ Está, por tanto, predestinado el niño a que le ocurran accidentes?** ¡ No!

Siempre que el adulto cercano al niño tuviera la percepción del mundo cercana al menos a cómo la tiene el niño. Y saber que cualquier objeto y cualquier actividad puede dar lugar a un accidente.

**¿ Por tanto, cuáles serían las reglas de oro para evitar los accidentes?** Serían las siguientes:

- No dejar nunca a un niño sólo.
- No confiar siempre en que el niño es incapaz de hacer....
- El niño es capaz de entender todo lo que se le explique (siempre que se haga a su “medida”).
- Y la más importante, es que el niño es capaz de entender lo que “ve en nosotros los adultos”.

**¿ Cada edad presente predominio de determinado tipo de accidente?** Sí. Pero no por la edad en sí, sino porque cada edad manifiesta un grado de desarrollo psicomotor, que matiza en el niño determinadas actividades y que, además, se pueden ejecutar en medios diferentes. Los primeros serían principalmente en el hogar, después en la guardería, el parque, el colegio, etc.

**¿Es la vivienda un mundo apto para que ocurra multitud de accidentes?** Sí. Y es dónde, además, ocurre el mayor número de accidentes en los primeros años de vida. Está diseñada por adultos, y para uso de adultos. No suele pensarse en el diseño que algún día la habitará algún niño.

**¿ Qué tipos de accidentes se pueden dar en el hogar?** Muy diversos, cómo:

- Bañera: Tanto quemaduras por la temperatura del agua, como ahogamiento.
- Estufas, radiadores, chimeneas (quemaduras).
- Cocina: Quizá la zona más peligrosa de la casa, quemaduras por los fuegos (usar los más cercanos a la pared), los mangos de los utensilios al fuego, etc.
- Circular por la casa con líquidos u otros elementos calientes.
- Mantel en la mesa ( objetos diversos encima y con diversas temperaturas).
- Tener al pequeño en brazos mientras se toman elementos calientes.
- No se debe de calentar alimentos en el microondas para el pequeño ( no calor regular).
- Ojo con maquinillas y cuchillas de afeitar, también con objetos de costura.

- Ojo cuchillos y tenedores. Vajilla y objetos de cristal.
- Herramientas de bricolaje.
- Enchufes eléctricos. Las conexiones de los electrodomésticos y ellos en sí.
- Luces de Navidad.
- Superficies blandas en la cuna. Cojines
- Bolsas de plásticos. Globos.
- Juguetes con componentes pequeños. Objetos pequeños en sí.
- No comer nada mientras se está acostado.
- No correr, ni risas, con alimentos en la boca.
- No facilitarles frutos secos ( nunca antes de los 6 años)
- Ojo con pilas de botón
- Ojo piscina de plástico.
- Ojo medicamentos. Insecticidas. Detergentes. Lavavajillas. Raticidas.
- Ojo bebidas alcohólicas.
- Ojo con plantas decorativas por si tienen algún componente tóxico o venenoso.
- Ojo con caídas de la cuna, cama, vestidos, trona.
- No acostarlos con adultos.
- Poner rejas en las ventanas.
- No dejar objetos cerca de los pretilos, barandas de los balcones y terrazas.
- En las escaleras poner puerta de seguridad.
- Ojo con las esquinas de los muebles.
- Ojo con cables, cuerdas, cintas en la cabeza, cadena en el cuello, pulseras, etc.
- Ojo con las mascotas ( perro, gato, etc.), por las lesiones y enfermedades transmisibles.

Y en definitiva, cada objeto es un riesgo en sí.

**¿ Y los accidentes fuera del hogar?** Influyen diversas circunstancias:

Educación vial: Procurar no ir sólo por la calle, enseñarle cómo y por dónde cruzar una calle, cuándo cruzarla, dónde debe de ir dentro del vehículo, no asomar parte del cuerpo por la ventanilla del vehículo, usar casco en las motos y en las bicicletas.

Ojo con las sillas dentro del vehículo si este está al sol (posibilidad de quemaduras). Usar carril-bici ( siempre que estos existan).

Parque: Valorar que las atracciones estén bien mantenidas y cuidadas ( los columpios, los toboganes, etc.). Y que la arena esté limpia.

Piscina: Que tenga valla protectora, que el acceso no esté libre, no perder de vista nunca al niño, seguir las instrucciones de los socorristas, no confiar en los flotadores, o en los manguitos, no bañarse sólo, no arrojar al agua sin reconocer previamente la profundidad o si hay alguien dentro, etc.

Colegio, guardería, y deportes no reglados, sobretodo en las actividades recreativas. Y mención especial por la frecuencia de su uso, y el no uso de la protección debida, es la figura del monopatín ( siendo conveniente el uso de casco, y las protecciones de codos, rodillas, etc.) Y ya en los deportes reglados, los encuentros entre los distintos contendientes los golpes suelen ser más contundentes a más edad, por lo tanto las lesiones mayores. Aquí juega gran papel el monitor-entrenador del mismo. Y tener en cuenta que cada deporte presenta unas lesiones que le son características.

Manuel Aguilar Peral.  
Pediatra. C.S. La Paz. Badajoz

## ESTUDIO DE SITUACIÓN DEL ASMA PEDIÁTRICO EN EXTREMADURA

### II.- ORGANIZACIÓN Y RECURSOS NECESARIOS PARA EL MANEJO DEL ASMA EN ATENCIÓN PRIMARIA

*Juan J. Morell Bernabé, Luis De Dios Escobero  
Grupo de Trabajo de Asma y Respiratorio de la SPAPex\**

En el cuidado y manejo del niño y adolescente con asma cada vez se da más relevancia al papel que desempeña la educación sanitaria en el control de dicho proceso, subrayando la importancia que tiene la participación del propio niño y su familia en la toma de decisiones y adquirir cierto grado de suficiencia en el manejo y control de su enfermedad. Para ello, los modelos de intervención basados en la comunidad han demostrado ser de gran utilidad, tanto para la mejora clínica del proceso y de la calidad de vida del niño y su familia, como del gasto generado en la utilización de los recursos sanitarios y consumo de fármacos.

Por otro lado, se asume que las estrategias de diseño de programas locales/regionales que tengan en cuenta las necesidades y peculiaridades de la población y en la que los profesionales sanitarios de primer nivel estén implicados y motivados, podrían conseguir el máximo beneficio en el manejo y cuidado del paciente con asma.

El pediatra de Atención primaria piensa que el asma es un problema de salud que puede y debe abordarse desde Atención primaria y está capacitado para atender los problemas agudos y el seguimiento de estos niños, así como para llevar a cabo programas de educación.

El asma pediátrico es predominantemente de carácter leve o moderado. Pero, constituye la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y adolescencia, siendo motivo de consulta frecuente, tanto a demanda como de forma programada, en las consultas de pediatría de los Centros de Salud y en los servicios de Urgencias.

El estudio de prevalencia de asma pediátrico en Extremadura, publicado en el número 10 de este mismo Boletín, demuestra que uno de cada

diez niños menores de 14 años ha sido diagnosticado de asma (entendido como la repetición de tres o más episodios de sibilancias), siendo la prevalencia activa de asma, es decir con síntomas en el último año, de 7.3% en nuestra Comunidad.

Para ofrecer una atención de calidad al niño y adolescente con asma es necesario disponer de profesionales motivados y bien formados, estructura y recursos suficientes para desarrollar el trabajo de forma eficaz, y programas dirigidos a garantizar una continuidad del proceso con participación de los diferentes niveles asistenciales. En Asturias y Andalucía ya se han elaborado planes regionales de atención al niño y adolescente con asma con objeto de mejorar su calidad de vida y la de su familia, con programas de intervención centrados en la educación y la coordinación entre niveles asistenciales.

Con objeto de conocer la situación en nuestra Comunidad pasamos una encuesta a todos los pediatras de Atención primaria de Extremadura sobre la disponibilidad de recursos humanos y materiales, así como de la existencia de programas de atención al niño con asma y de la organización sanitaria que haga posible el manejo de dicho proceso desde el nivel primario de salud. El momento de estudio fue último trimestre del año 2.001.

Se reciben un total de 29 respuestas (36.25% del total de pediatras posibles), correspondientes a 27 Zonas de Salud, estando representadas 7 de las 8 Áreas sanitarias de la región.

#### RECURSOS HUMANOS

De los pediatras que contestan, 16 son mujeres y 23 hombres; 11 son titulares de su

plaza y el resto son interinos con un tiempo medio de permanencia en dicha plaza de 2 años.

En relación con el lugar de trabajo, 21 (72%) están en zonas rurales y 8 en áreas urbanas. El número medio de pediatras por Centro es de 1.7; una amplia mayoría (17=58.62%) están solos como único pediatra en su Zona de Salud, sobre todo en los núcleos rurales.

<b>Nº de pediatras por Centro de Salud:</b>		
<b>Nº</b>	<b>Frec</b>	<b>%</b>
1	17	58.62
2	5	17.24
3	6	20.69
4	1	3.45

El 45% trabaja con enfermería pediátrica (la mayoría en Centros urbanos); un 41% comparte la enfermería con médicos generales del Equipo, y el 14% carecen de ella.

## **RECURSOS MATERIALES**

### **a) Recursos para el diagnóstico**

El diagnóstico de asma en Pediatría se fundamenta en la sospecha clínica; pero cuando la edad del niño lo permite es preciso objetivar la obstrucción-inflamación bronquial y su reversibilidad mediante la realización de pruebas funcionales respiratorias.

La mayoría de los Centros de Salud en Extremadura se han dotado de espirómetro en los últimos dos años, de gran utilidad no sólo para confirmar el diagnóstico de asma en el niño mayor sino también para el seguimiento evolutivo y la valoración y respuesta al tratamiento de la crisis aguda de asma.

21 pediatras, el 72% de la muestra, confirman que disponen de espirómetro en su Centro de Salud; sin embargo, sólo 13 (61% de los que lo tienen) hacen uso de él para control del niño con asma. Otros dos realizan espirometrías derivando al niño al Hospital de referencia.

Hay 15 pediatras que disponen de medidores de Flujo Espiratorio Máximo (FEM) en su consulta para adiestramiento y como prueba diagnóstica.

Para completar la valoración diagnóstica del niño con asma es preciso identificar los posibles factores etiopatogénicos y desencadenantes de las crisis de asma; para ello, es esencial realizar una historia clínica detallada y bien orientada que dirija la sospecha, y objetivar los resultados mediante la realización de pruebas diagnósticas de alergia. Las pruebas cutáneas mediante prick-test constituyen el método de elección, siendo una técnica útil y de fácil implantación en Atención primaria, como ya se ha probado en diversas regiones españolas. Sin embargo, en Extremadura no disponemos en la actualidad de la posibilidad de realizar prick-test en los Centros de Salud, lo que conlleva que, en muchos casos, estos niños sean derivados al Hospital únicamente para completar el estudio diagnóstico.

### **b) Recursos para el manejo de la crisis asmática**

La crisis aguda de asma es un motivo de consulta frecuente en las consultas a demanda de los Centros de Salud y servicios de Urgencia (tanto hospitalarios como puntos de atención continuada en el propio Centro de Salud); además, un niño bien adiestrado debe estar capacitado para iniciar y/o continuar el tratamiento en casa por él mismo o con la ayuda de su familia.

Es necesario establecer pautas de actuación comunes que garanticen la eficacia de las medidas propuestas. La educación sanitaria dirigida al niño y la familia debe promover el automanejo y autocontrol de la enfermedad con pautas escritas para ayudar a la toma de decisiones efectivas; también son necesarias guías y actitudes de tratamiento similares y coordinadas entre todos los profesionales sanitarios que pueden estar implicados en la atención de ese niño para que esta sea eficaz.

La vía inhalada es el medio ideal para la administración de fármacos en el asma; también para el tratamiento de la crisis aguda, que debe hacerse, preferentemente, con los dispositivos de inhalación que el niño está habituado a manejar. Cuando esto no es posible, las cámaras espaciadoras y los nebulizadores han demostrado una eficacia similar.

Sin embargo, 1 de cada 4 pediatras (24.1%) no disponen en su consulta de los medios apropiados para tratar una crisis aguda de asma. Un 82.7% dispone de cámaras de inhalación (la mayoría de ellos, incluso de cámaras espaciadoras con mascarilla facial para su uso en menores de 4 años) que, generalmente, usan para adiestrar en técnicas de inhalación y, cuando es posible, en el tratamiento de las crisis agudas de asma.

En el botiquín de Urgencias de los Centros de Salud hay salbutamol para nebulización y en inhalador MDI, corticoides para su administración por vía parenteral y bombonas de O<sub>2</sub> como fuente de nebulización; alrededor de la mitad tienen dispositivos de inhalación, corticoides orales e inhalados; y son muy pocos los que disponen de bromuro de ipatropio y de pulsioxímetros, de gran utilidad para el control de las crisis de mayor severidad.

MEDICACIÓN	N	%
<b>BRONCODILATADORES</b>	<b>26</b>	<b>89.66</b>
<b>SALBUTAMOL</b>	<b>28</b>	<b>96.55</b>
<b>NEBULIZADOR</b>	<b>25</b>	<b>86.21</b>
<b>CORTICOIDES</b>	<b>27</b>	
<b>PARENTERALES</b>		93.10
<b>DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN.</b>	<b>19</b>	65.52
<b>CORTICOIDES ORALES</b>	<b>15</b>	51.72
<b>CORTICOIDES INHALADOS</b>	<b>15</b>	51.72
<b>IPATROPIO</b>	<b>7</b>	24.14
<b>SATURACIÓN</b>	<b>6</b>	20.69

### c) Recursos educativos

La educación es la pieza clave del manejo del asma en el nivel primario de salud y va dirigida a conseguir un mejor control del proceso, favoreciendo el autocontrol y consiguiendo una buena calidad de vida.

Es necesario disponer de tiempo y recursos apropiados para llevar a cabo las actividades educativas. Casi el 90% de los pediatras encuestados tienen diferentes modelos de placebos (dispositivos inhalatorios) en su consulta.

Pero el concepto de educación en asma debe ir mucho más allá del simple adiestramiento de la técnica de inhalación. Sólo 8 pediatras (27.5%) disponen, además, de material educativo de otro tipo (tubos de cartón, dibujos o folletos explicativos, libros-cuentos o videos, hojas con instrucciones escritas, diario de síntomas, . . .) para explicar el asma.

### PROGRAMA DE ATENCIÓN AL NIÑO CON ASMA

En Extremadura no existe un programa regional de atención al niño y adolescente con asma. Tampoco hay en ninguna de las 8 Áreas de Salud un plan que garantice la continuidad en la atención a este proceso entre los diferentes niveles asistenciales (Atención primaria – Urgencias – Hospital).

En Atención Primaria no hay elaborada ninguna guía de actuación que facilite al pediatra su intervención en el diagnóstico, tratamiento de las crisis, seguimiento y educación del niño con asma; tampoco este proceso está incluido en Cartera de Servicios. Sólo en 2 de 27 Zonas de Salud hay elaborado un protocolo para tratamiento de la crisis aguda de asma en niños útil para que pediatras y médicos generales, en horario de consulta o de urgencias, traten de forma similar este problema agudo.

A nivel individual, los pediatras de Atención Primaria en Extremadura atienden mayoritariamente a los niños y adolescentes asmáticos de su cupo en consulta programada (89.6%), además de a demanda; y el 65.5% tienen censados o preparan un registro de sus pacientes asmáticos.

Sin embargo, la participación de enfermería en el manejo y atención (técnicas diagnósticas, educación, . . . .) del niño con asma es escasa; sólo el 17.2% comparten esta función de forma habitual con el pediatra, y un 20.6% lo realizan de forma ocasional; más del 62% no participa. Ni tan siquiera cuando existe enfermería pediátrica se tiene asumida esta función entre las actividades o servicios a realizar (sólo el 23% de forma habitual y el 38.5% ocasionalmente).

Uno de cada cuatro pediatras deriva "casi siempre" a sus pacientes asmáticos al Hospital o Centro de referencia; del resto, el 68.2% sólo deriva aquellos casos con asma moderado o grave y un 31.8% no suele derivarlos.

Los motivos más frecuentes de derivación son: para completar estudio o confirmar el diagnóstico, al no disponer de los medios suficientes, seguido de los casos de difícil control; sólo el 17.2% derivan a sus pacientes asmáticos para que lleven un seguimiento "especializado"; y 3 casos señalan la "presión familiar" como causa de derivación.

MOTIVO	Nº	% (*)
<b>COMPLETAR ESTUDIO</b>	<b>23</b>	<b>79.31</b>
<b>CONFIRMAR DIAGNÓSTICO</b>	<b>10</b>	<b>34.48</b>
<b>SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO</b>	<b>5</b>	<b>17.24</b>
<b>DIFÍCIL CONTROL</b>	<b>11</b>	<b>37.93</b>
<b>OTRAS RAZONES</b>	<b>3</b>	<b>10.34</b>

(\*) Los % superan el 100% porque es válida más de una respuesta.

Las consultas de Atención Especializada a las que se derivan estos pacientes dependen, en gran medida, de la disponibilidad en sus Hospitales de referencia; y son:

CENTRO	NÚMERO	%	
<b>ALERGIA PEDIÁTRICA</b>	<b>14</b>	<b>48.28</b>	
<b>NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA</b>	<b>2</b>	<b>6.90</b>	
<b>PEDIATRA GENERAL</b>	<b>4</b>	<b>13.79</b>	
<b>NEUMÓLOGO</b>	<b>1</b>	<b>3.45</b>	
<b>ALERGÓLOGO</b>	<b>8</b>	<b>27.59</b>	Todos los

pediatras que contestan la encuesta consideran necesario que el seguimiento del niño asmático en Atención Primaria debe formar parte de un programa específico a incluir en Cartera de Servicios de Pediatría; y señalan para ello diversos motivos: supone un problema de consulta frecuente, es necesario unificar criterios y establecer guías de actuación comunes, el Centro de Salud es el lugar idóneo para atender niños y adolescentes con asma por su facilidad de acceso, la posibilidad de una atención integral, y porque los pediatras están capacitados para ello; . . . .

## CONCLUSIONES

Aún suponiendo que hayan contestado la encuesta sólo aquellos pediatras que puedan estar más motivados por este tema, creemos que se pueden obtener algunas conclusiones de gran interés para mejorar la atención a los niños y adolescentes con asma en nuestra región.

1. El asma constituye un problema de salud de gran trascendencia entre la población pediátrica, afectando a la calidad de vida de niños y adolescentes y sus familias, y que genera una gran demanda de recursos sanitarios y gasto farmacéutico.
2. El pediatra de Atención primaria está capacitado y motivado para ofrecer una atención integral al niño y adolescente con asma desde el nivel primario de salud.
3. En Extremadura no existe un programa de atención al niño y adolescente con asma que garantice una continuidad en el proceso

asistencial y optimice la utilización de los recursos sanitarios.

4. La dispersión geográfica y el carácter rural de la mayor parte de nuestros núcleos de población, y la distancia a la que se encuentran los Centros Hospitalarios, son características a tener en cuenta al organizar la asistencia sanitaria de nuestra región; sin embargo, existe una completa red de Centros de Salud que garantiza la accesibilidad al Sistema público de Salud. Pero, faltan pediatras en Atención primaria y enfermeras con dedicación a la atención pediátrica.

5. El diagnóstico de sospecha de asma en el niño es, fundamentalmente, clínico; pero una correcta valoración precisa de medios diagnósticos que son de fácil implantación y utilidad en Atención primaria.

La mayoría de nuestros Centros de Salud están ya dotados de espirómetro; sin embargo, 1 de cada 3 pediatras no hacen uso de él, y más de la mitad no hacen espirometrías a sus pacientes asmáticos.

De otro lado, la realización de pruebas cutáneas mediante prick-test permite confirmar la sospecha de alergia obtenida mediante la historia clínica. El prick-test es una prueba de gran sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de alergia por sensibilización a neuroalergenos, coste-efectiva, segura y fácil de realizar, considerándose una técnica útil y de fácil implantación en Atención primaria, lo que permitiría, además, reducir costes y listas de espera en las consultas especializadas. Sin embargo, esta técnica no está disponible en ningún Centro de Salud de nuestra Comunidad, a diferencia de lo que ocurre en otras regiones.

Por todo ello, consideramos que son precisos programas de formación específicos entre los profesionales de Atención primaria (pediatras y enfermeros) para adiestrarlos en la realización e interpretación de estas sencillas y valiosas técnicas diagnósticas, que deberían estar disponibles y ser de uso común en los Equipos de Atención Primaria de nuestra Comunidad.

6. La crisis aguda y los síntomas de asma son motivo frecuente de consulta tanto en la consulta a demanda del pediatra como en los puntos de atención continuada o urgencias de los Centros de Salud.

Los recursos necesarios para el manejo de una crisis de asma son escasos y de bajo coste; sin embargo, no siempre están disponibles o no son los más apropiados. Todos los Centros de Salud deberían disponer de: fármacos antiasmáticos para su uso por vía inhalada (salbutamol MDI y en solución para nebulización, bromuro de ipatropio y corticoides inhalados) y de los dispositivos para inhalación apropiados (cámaras espaciadoras y una fuente de O<sub>2</sub> que sirva para nebulización), corticoides orales y parenterales, y un pulsioxímetro para valorar la gravedad de la crisis. La existencia de estos recursos facilitaría la instauración de protocolos de actuación comunes para todos los miembros del Equipo, unificando criterios y reforzando las pautas que conducen al niño y a su familia a llevar un mejor control de su propia enfermedad. Permitiría, asimismo, resolver las crisis de una forma más eficaz y eficiente, evitando una mala evolución del proceso o remisiones injustificadas a los Servicios de Urgencias hospitalarios.

7. La educación sanitaria al niño con asma y su familia debe ser el motor para conseguir un control adecuado de la enfermedad y mejorar la calidad de vida, y es el punto clave para cualquier plan de intervención desde Atención primaria en el manejo del niño y adolescente con asma.

Sin embargo, los recursos educativos que disponen los pediatras son escasos, y a menudo de elaboración propia; no existen planes de actuación ni guías orientativas sobre modelos educativos.

8. El pediatra de Atención primaria se siente capacitado para atender al niño y adolescente con asma, aunque cree que no tiene los medios suficientes y siente que su labor es poco valorada.

En Extremadura no existe un Plan de atención integral al niño y adolescente con asma; no obstante, el 65% de los pediatras tienen censados o están elaborando un registro de sus pacientes asmáticos, y casi el 90% presta una atención específica en consulta programada a este problema. Además, mayoritariamente, hacen el diagnóstico y seguimiento de los niños con asma en su Centro de Salud, y sólo derivan a Atención especializada aquellos casos de difícil control o cuando no es posible completar el estudio por falta de medios (mayoritariamente para realizar prick-test). Todos consideran necesario que el seguimiento del niño con asma debe formar parte de un programa específico de Cartera de servicios en pediatría.

9. El papel de enfermería es clave en el manejo del niño y adolescente con asma en Atención primaria, sobre todo en la realización de pruebas diagnósticas y en complementar y seguir el proceso educativo tanto del niño como de su familia.

El seguimiento de crónicos, y muy especialmente en del niño y adolescente con asma, es una

prueba más de la necesidad de crear y dotar de función propia a la figura de la enfermería pediátrica en los Equipos de Atención primaria.

Así pues, es necesario:

- ✓ dotar a los Centros de Salud de los recursos humanos y materiales para poder realizar el manejo y seguimiento del niño y adolescente con asma,
- ✓ motivar a los profesionales de Atención primaria para la elaboración de protocolos o guías de actuación comunes para la resolución de los problemas agudos,
- ✓ y que la administración sanitaria tome conciencia de la necesidad de mejorar la organización de los cuidados al niño y adolescente asmático y promueva el desarrollo de un plan de atención integral que garantice la continuidad asistencial del proceso a través de los distintos niveles asistenciales (Atención primaria – Urgencias – Atención Hospitalaria), buscando la participación multidisciplinar de todos los profesionales que trabajan en el cuidado del niño con asma, y la concordancia de objetivos -la mejora de la calidad de vida del niño y su familia-.

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

## BIBLIOGRAFÍA

1. Asma en el niño y adolescente. Aspectos fundamentales para el pediatra de Atención primaria. Cano Garcinuño A, Díaz Vázquez C, Montón Álvarez JL. Exlibris ediciones S.L.; 1ª ed., 2001
2. Díaz Vázquez C. Intervención comunitaria en el asma del niño y adolescente. *Pediatría Integral*. 2000; 3: 6-10
3. National Heart, Lung and Blood Institute. National Institutes of Health. Global strategy for asthma management and prevention. GINA revised 2002
4. Atención al niño y adolescente con asma por el Pediatra de Atención Primaria. Situación actual y propuesta de mejora. Grupo de Vías Respiratorias de AEPap. 2002 (pendiente de publicación)
5. Morell Bernabé JJ, Cuervo Valdés JJ. Grupo de Trabajo de Asma y Respiratorio de SPAPex. Estudio de situación del asma pediátrico en Extremadura. I.- Prevalencia de asma diagnosticado  
En: <http://www.spapex.org/spapex/asmaprev.pdf> Octubre 2002
6. 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
7. "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)
8. 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