



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

Casen-Fleet

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

Colegio Oficial de
Médicos
Avda. Colón 21

www.spapex.org

Editor:
Jaime J. Cuervo Valdés

Imprime:
Imprenta Rayego
Tf. 924 25 50 86
Badajoz

S U M A R I O

EDITORIAL

Contrato de gestión PAG 2

LA OPINIÓN DE

Juan José Delgado Domínguez PAG 3

CARTAS

Nota informativa PAG 4

Sociedad Española de Errores Innatos

del Metabolismo PAG 6

El sueño de las hormiguitas

pediatras PAG 7

NOTICIAS PAG 8

Centro Extremeño de desarrollo infantil ... PAG 9

Seguimiento del recién nacido < 1.500g

Pilar García González PAG 13

Fechas a recordar PAG 19

CURSOS-CONGRESOS 2004-05

**11-13 de Noviembre
de 2004**

II Jornada de Actualización
en Pediatría de Atención
Primaria de la AEPap

Lugar de celebración Madrid

Inscripción: www.aepap.org

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

Octubre de 2004

Oncología Pediátrica.

Dra. Isabel Pintor.

Servicio de
Oncología-Hematología
Pediátricas.

Hospital Infanta Cristina.
Badajoz

Marzo 2005

Badajoz

**IV Foro de Pediatría de
Atención Primaria en
Extremadura**





CONTRATO DE GESTIÓN

Desde que se implantó en Atención Primaria el Contrato de Gestión como forma de compromiso entre los profesionales y el respectivo Sistema de Salud, la Productividad variable de los distintos miembros de los Equipos ha estado ligada y condicionada al cumplimiento global de todo el Centro. Desde esta perspectiva, se han producido situaciones de evidente agravio e injusticia para muchos de los trabajadores del Sistema, pero muy especialmente para el colectivo de Pediatras de Atención Primaria, que tradicionalmente ha cumplido de manera individual todos los objetivos pactados -tanto en Cartera de Servicios como en Prescripción Farmacéutica- pero que, en cambio, se ha visto de manera reiterada sin la incentivación correspondiente por falta de cumplimiento del resto de los miembros del Equipo.

En el año 2004, por primera vez, el Sistema Extremeño de Salud arbitra un complemento de productividad individual. Es importante reseñar que esta individualidad debe considerarse mucho más justa que el sistema anterior y desde ese punto de vista debe ser aceptada y bienvenida por parte de todos, suponiendo un logro que venía siendo reclamado desde hacia tiempo, tanto por los profesionales como por las Centrales Sindicales y las Sociedades Científicas. Indudablemente, es mucho más justo que la incentivación premie el mérito personal, sin necesidad de condicionarla al cumplimiento global del Equipo.

El problema es que dicho complemento, que sería muy loable de haber sido planificado de otra manera, de la forma en que se ha enfocado, se ha convertido en fuente de polémica, discusión, controversia y división por varias razones.

1ª Discrimina al resto de miembros de los Equipos por carecer de equivalente para ellos. Es pues claramente disgregador

2ª Va ligado directa y exclusivamente al ahorro en gasto farmacéutico. Es puramente cuantitativo y economicista.

3ª No valora la calidad en la Atención y la Prescripción

4ª Vulnera el concepto de equidad entre profesionales.

Es evidente que estos errores habrán de ser corregidos en lo sucesivo. En ello confiamos.

Un Sistema de Salud no puede permitirse el impacto negativo que medidas poco maduras ejercen sobre sus profesionales. Nuestros responsables habrán de tener en cuenta sistemas eficaces que valoren

individualmente los logros. Deberán preguntarse, antes de implantar cualquier nueva medida, si esa decisión vulnera la igualdad de oportunidades o, por el contrario, incentiva con justicia. Deberán considerar los múltiples factores que influye en la Atención prestada. Deberán favorecer la actualización de las actuaciones mediante una valoración y una revisión permanentes de los contenidos y directrices de Cartera de Servicios, deberán plantearse la importancia decisiva de estimular mediante una Carrera Profesional clara, completa y accesible para todos. Las intervenciones precipitadas, aun teniendo objetivos plausibles - todos somos conscientes de la necesidad de contener el gasto en el Sistema- solo pueden acarrear malestar e incertidumbre en los profesionales y desconfianza de éstos hacia sus gestores. Cuando esto ocurre, las directrices se confunden y los resultados se dificultan.

En lo que se refiere a los pediatras de Atención Primaria, aun siendo conscientes de que este complemento supone un evidente agravio comparativo con relación al resto de Médicos de Atención Primaria, queremos ser positivos y confiar en que los responsables de nuestro nuevo Sistema de Salud - dos años de andadura no es demasiado tiempo- reconduzcan sus actuaciones de ahora en adelante, de manera que **no se vuelva a cometer el flagrante error** de olvidar las peculiaridades de nuestro colectivo; tenemos la esperanza de que en lo sucesivo, corregirán, ya que está en su mano hacerlo, el agravio reiterado al que venimos siendo sometidos.

Confiamos en que nuestra labor diaria sea valorada como se merece, que se trabaje con nosotros para favorecer una Cartera de Servicios acorde con nuestro perfil profesional y se incentive, cuanto antes, instaurando una Carrera Profesional basada en la competencia individual, que permita a los profesionales progresar a niveles superiores según su experiencia y capacitación científico-técnica y que incentive adecuadamente logrando una mayor implicación de todos en los objetivos del Sistema. Una carrera profesional que reúna los requisitos de universalidad y homogeneidad necesarios, que sea mensurable, estable, temporizada y basada en la capacitación individual. Una carrera que permita de manera justa e igualitaria incentivar la tarea de cada uno sin disgregar la imprescindible buena relación que debe existir entre todos los profesionales que creemos y defendemos la Atención Primaria. Ese es nuestro deseo. Esperemos que así sea.

Matilde Santos Gómez.

Pediatra. Centro de Salud Aldea Moret.
Cáceres.



Juan J. Delgado Domínguez

Pediatra de Atención Primaria. La Coruña.

Yo no me identifico con todos los/as pediatras digamos... de "cabecera".

Mi pediatra patrón es un pediatra que trabaja en primaria, en un Centro de Salud -tampoco pasa nada si hace guardias o tiene consultilla para pagar los estudios a sus hijos-, que está afiliado a la AEPap, que ya cortó el cordón umbilical que le unía con el hospital donde se formó, que ya no busca tres pies al gato, que es un experto en lo frecuente, lo común y lo banal y que sabe lo suficiente para sospechar lo raro y lo grave y maneja las fuentes de información con la suficiente habilidad como para encontrar la que necesita cuando es preciso.

Además, desconfía de «los expertos» y sabe leer críticamente la literatura médica. Intenta basar su práctica clínica en conocimientos probados. Si no tiene tiempo para buscar las pruebas por su cuenta sabe buscarlas: lee regularmente la revista de pediatría de Atención Primaria y visita con frecuencia la web de la AEPap.

Ese pediatra tiene una vocación de prevención (primaria, secundaria y terciaria) y de promoción de la salud y dedica un porcentaje importante de su actividad profesional a estos menesteres. Sabe que su contribución a la salud de los pequeños a su cargo es modesta y que otros factores sociales y extrasanitarios son mucho más determinantes. Por eso busca por su cuenta, o a través de su(s) asociaciones, influir en la comunidad y en la sociedad en la que trabaja, intentando representar los intereses de los niños en su calidad de experto en su salud.

También posee habilidades para trabajar en equipo y ciertas dotes de organización, sabe sugerir más que mandar, delega cometidos porque no tiene miedo a quedarse sin contenido. Le gustan los niños y no se encuentra a disgusto con sus madres (léase padres si los pilla).

Si además tiene conocimientos sobre la normalidad y sus variantes (¡¡Oh amado y nunca bien ponderado y tristemente desaparecido R.S. Illingwort!! : cuanto te debemos quienes hemos leído tu obra -entre otros El Niño Normal y Síntomas Comunes en la Infancia-).

La "leche" ya es que sea padre o madre y que, sin generalizar exageradamente su experiencia personal, sepa enriquecer su práctica profesional con sus vivencias como progenitor.

Este pediatra ha hecho el MIR o equivalente y por ello se le suponen habilidades clínicas para diagnosticar y tratar la mayoría de las patologías pediátricas frecuentes. Intenta mantenerse al día y conocer el «estado de la cuestión» de la mayoría de las patologías. Sabe que introducir un medicamento en el cuerpo de un niño siempre entraña riesgos y trata de hacerlo lo menos posible. Intenta hacer diagnósticos etiológicos y no topográficos y usa los

antibióticos con cuentagotas, de manera racional y justificada. Tiene en cuenta los costes de las pruebas, las interconsultas y las prescripciones que realiza e intenta racionalizarlos, preguntándose siempre antes de acometer ese tipo de acciones si realmente su resultado va a cambiar su actitud y va a ser beneficioso para su paciente.

Este pediatra cree que los padres con los que trata son adultos maduros y soberanos e intenta pasarles continuamente el control del cuidado de sus hijos a través de la educación sanitaria y de la información: como alimentarlos, como cuidar los procesos banales, cuándo alarmarse, como educarlos... Y siempre con talante negociador, sin creerse el poseedor de la verdad absoluta, asumiendo que las creencias, las diferencias culturales y étnicas son mimbres con los que también tiene que hacer el cesto. Actúa como catalizador y está adaptado ecológicamente a la comunidad donde trabaja: intenta orientar a las familias en medio de la maraña de servicios y recursos, incluyendo la consulta a especialistas cuando considera necesario para él o la familia una segunda opinión, la realización de una técnica que no está a su alcance o la supervisión de alguien con más conocimientos que él en esa materia.

Se deja corromper solo lo justo por la industria e intenta que no influya en sus decisiones. En caso de conflicto de interés se pone siempre del lado de su(s) pacientes. No está dispuesto a dejarse avasallar y cree en la unión con sus colegas y otros profesionales de primaria para plantar cara a la Administración y exigir unas condiciones laborales dignas y unos medios suficientes para realizar su rol.

Seguramente me dejo algo, pero creo que está casi todo y desde luego todo lo que está es importante.

En ese contexto es en el que puedo hablar, sin caer en el corporativismo, del papel de la enfermera y/o de la sobrecarga asistencial. Vaya por delante que estoy de acuerdo en que más de 1000 niños son difíciles de manejar (objetivo 800 y desdoblarse a partir de 1100 más o menos). De 800 a 1100 suplementos económicos progresivos que hagan cada vez menos rentable mantener esa situación.

La relación pediatra/enfermera debe ser 1/1, con dedicación exclusiva al área de pediatría. Está claro que en la enfermería se deberían primar la experiencia y los conocimientos en cuidados pediátricos y que el perfil de aptitudes y actitudes debería ser similar al señalado para el pediatra. Si hay especialistas disponibles, estas deberían tener prioridad. Debe tenderse a la estabilidad de los profesionales y estimular su actividad mediante objetivos conocidos y premiados (y no necesariamente con dinero).

Los únicos interesados en que exista una enfermería pediátrica bien formada somos algunos pediatras, algunas enfermeras y, objetivamente los padres, niños, su salud y la comunidad.



NOTA INFORMATIVA

Tras la Asamblea de socios de SPAPex celebrada en Don Benito el pasado 27 de marzo hemos celebrado dos reuniones con D. Dámaso Villa (DG de Asistencia sanitaria) y D^a Elisa Muñoz (Subdirectora de Atención Primaria) para abordar temas relacionados con la pediatría y la Atención primaria. Una de estas reuniones fue monográfica sobre el asunto de la Productividad variable individual ligada al ahorro en gasto farmacéutico, en la que participaron, además, D. Francisco García Peña (Gerente del SES) y los presidentes de las demás Sociedades científicas de Atención Primaria (SExMFyC, SEMERGEN y SEMEG), a excepción de la Sociedad de Enfermería familiar y comunitaria (SENFyCEX).

De forma resumida y como resultado de dichas reuniones:

1. Pensamos que el doble objetivo, de manifestar nuestro malestar por la ausencia de actuaciones en relación con la pediatría de AP en los dos últimos años y el desacuerdo en el tipo de medida adoptada para incentivar el ahorro en gasto farmacéutico, quedaron claramente manifiestas.

2. Expresamente, dejamos patente nuestro malestar por el hecho de que en algunas Áreas de Salud (p.ej. Mérida) a los nuevos contratos de pediatra de AP se ligue la "obligatoriedad" de hacer guardias hospitalarias; y nuestra repulsa por el hecho de que en alguna otra (AS Llerena) se esté obligando a los pediatras de AP a hacer atención continuada en la población adulta (se reconoce que éste hecho no es posible si no se dan circunstancias de excepcionalidad).

3. Se insistió en la necesidad de abordar el tema de los «cupos pediátricos», igual que en otras Comunidades Autónomas; este será un tema importante y reincidente en futuras reuniones por nuestra parte.

4. Acordamos abrir una Mesa de trabajo con reuniones periódicas para ir tratando diversas cuestiones de la pediatría de Atención primaria. Esperamos que esto sea una realidad y el camino donde podamos aportar nuestras iniciativas, se analicen propuestas y posibles soluciones.

5. En breves fechas se abordará la actualización de la Cartera de Servicios del S.E.S y pedimos que los pediatras de Atención Primaria estuviéramos claramente representados, participando activamente y dando nuestra opinión (de hecho ya hemos sido convocados a la participación).

6. La mayor preocupación actual del S.E.S es el gasto farmacéutico y las listas de espera; no habiendo posibilidad de aumentar recursos humanos.

7. Sobre la propuesta para este año de productividad variable individual ligada al ahorro en gasto farmacéutico,

defienden que "no es una medida nueva" (para ellos, fue una propuesta similar la incentivación individual en relación con % genéricos!!), asumen que era una propuesta "arriesgada" (a su modo de ver necesaria) y reconocen la discriminación negativa con respecto a los pediatras.

Hay compromiso de considerar todas las aportaciones hechas por las diferentes Sociedades científicas, evaluar la medida implantada y mejorar las propuestas para el año próximo; de momento, aceptan y asumen las críticas que les hacemos y son conscientes del tema pediátrico.

En relación con este tema, os adjuntamos dos documentos:

- El documento remitido por SPAPex
- Y la respuesta del Gerente del Área de Salud de Badajoz, como opinión personal y en una línea muy distinta a las reuniones mantenidas en los Servicios Centrales del SES

CARTA DIRIGIDA AL GERENTE DEL S.E.S., SUBDIRECTORA DE ATENCIÓN PRIMARIA y a los Gerentes y Directores médicos de Atención Primaria de las 8 Áreas de Salud

El Servicio Extremeño de Salud contempla para el Contrato de Gestión 2004 en Atención primaria y en concepto de productividad variable individual para el personal facultativo médico, un incentivo económico equivalente al 1% del presupuesto de farmacia que tenga asignado para el año 2004, siempre que cumpla las coberturas individuales en cartera de servicios y que el gasto real del médico prescriptor no sobrepase su presupuesto asignado de farmacia.

En relación a ello, la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria quiere manifestar lo siguiente:

1. Creemos que es una medida necesaria controlar el gasto farmacéutico de nuestro Sistema Sanitario Público, aunque debemos considerar que se trata de un bien de primera necesidad.
2. El control del gasto farmacéutico debe implicar a todos los "actores" relacionados con el mismo: médicos de Atención primaria, médicos de Atención hospitalaria, oficinas de Farmacia, Industria farmacéutica, población general y Administración pública. Ninguna medida aislada resolverá el problema.



3. La propuesta que se realiza desde el S.E.S. se establece en base al objetivo principal de mejora continua de la calidad de la prescripción farmacéutica y a la participación del profesional en la consecución de dicho objetivo. Sin embargo, no se evalúa dicha calidad y se liga una retribución en concepto de productividad variable a criterios estrictamente "economicistas" de ahorro en el gasto farmacéutico individual, sin considerar parámetros de racionalidad y eficacia en la prescripción y sin tener en cuenta otras circunstancias de la asistencia sanitaria y de la calidad de los servicios prestados desde Atención primaria; transmitiendo la idea de que el colectivo médico está movido en su prescripción por "presiones" de la industria farmacéutica.

4. La productividad variable individual debe valorar la calidad de los servicios, la adecuación de los objetivos de salud y la capacidad resolutoria de cada profesional. Los Equipos de Atención Primaria y, dentro de ellos los pediatras, hemos venido reclamando que así fuese desde hace tiempo; a la vez que demandamos una cartera de servicios ampliada y renovada más acorde con las funciones que desempeñamos y con una atención de calidad.

5. El concepto de Atención primaria está plenamente consolidado en nuestro país y es modelo a seguir entre los países de nuestro entorno. Esto conlleva una mayor exigencia, tanto por parte de la administración como de la población general, a los profesionales que trabajamos en ella, para la que estamos capacitados y bien cualificados.

Sin embargo, no se actualizan las plantillas ni se adecúan los recursos a los resultados en calidad ni al aumento de los servicios ofertados. Cada vez se nos exige más pero con los mismos recursos; y con menos tiempo para nuestros pacientes, para la formación continuada y la mejora de la calidad asistencial. Todo ello, también incide en la calidad de la prescripción y de la atención que prestamos.

6. Además, el gasto farmacéutico está ligado a un número de CIAS y no a un determinado profesional, por lo que esta medida incidirá sobre situaciones ya de por sí conflictivas dentro de la organización y funcionamiento de los EAP: sustituciones, acumulo de consultas, cupos masificados o "especiales", gasto imputable a la atención hospitalaria,...

No se pueden seguir implantando medidas que promuevan la división entre los profesionales que

conforman los Equipos de Atención primaria, ni pensar que la motivación del profesional sanitario sólo puede estar ligada a una incentivación económica.

7. Por último, los pediatras de Atención primaria reclamamos nuestra plena integración y valoración en el seno de los Equipos de Atención primaria y, también, que se tengan en cuenta las peculiaridades y condiciones de nuestro trabajo, así como de la población asignada y las tareas específicas que nos corresponden.

Sin embargo, una vez más nos sentimos ignorados con respecto a los demás profesionales médicos de Atención primaria y a los servicios que ofertamos y realizamos a la población pediátrica.

Nuestro presupuesto de farmacia es menor que el de nuestros compañeros, por lo que la puesta en marcha de esta medida supondría, además, que para un mismo objetivo habría diferente asignación económica. Y esto a pesar de que los pediatras, en general: venimos cumpliendo objetivos de cartera de servicios y gasto farmacéutico, demandamos una ampliación y mejora de la cartera de servicios e incidimos, claramente, en una contención del gasto sanitario (derivación a especialistas, petición de pruebas diagnósticas, ingresos hospitalarios,...).

Por todo ello, reclamamos:

- Una productividad variable individual basada en la consecución de objetivos, claridad en los servicios y cualificación profesional; además del desarrollo de la carrera profesional.
- Un abordaje serio y responsable para la contención del gasto farmacéutico y la mejora de calidad de la prescripción farmacéutica.
- Que los pediatras de atención primaria seamos valorados y terminen de una vez las medidas que discriminan nuestro trabajo con el resto de profesionales de Atención primaria.

Y, además, manifestamos nuestro rechazo a la medida implantada por el SES en el Contrato de Gestión 2004 para médicos de los Equipos de Atención primaria, que consideramos claramente discriminatoria con los pediatras de Atención primaria y, en cierta manera, éticamente cuestionable en sus planteamientos.

Junta Directiva SPAPex

Badajoz a 5 de Abril de 2.004



RESPUESTA DEL GERENTE DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ

Sr. Presidente de la Sociedad de Pediatría:

Acuso recibo de su escrito de 12 de Abril de 2004, en el que refleja los puntos de vista de su Sociedad en relación con la medida adoptada por el S.E.S. de incentivar por la contención del gasto farmacéutico.

Como quiera que se trata de una medida que se implanta en toda la CC.AA., y por tanto no debe responderse desde la responsabilidad de uno e los ocho Gerentes de Área, procedo, con su permiso, a enviar su escrito al Ilmo. Sr. Director Gerente del servicio Extremeño de Salud, y al Excmo. Sr. Consejero de Sanidad y Consumo.

No obstante lo anterior, me gustaría comentarle que frente a los problemas más graves de nuestro Sistema de salud, lo fácil es estar a la espera de que alguien tome decisiones para, haciendo expresión de pureza ideológica, trasladarle, no solo la responsabilidad política y técnica de la que ya "gozan", sino también la carga ética que tan bien nutridos tiene a los neutrales.

Desconozco si en otras épocas, en otros momentos, su Sociedad ha hecho alguna aportación a la solución del creciente, incontrolado e irracional aumento del gasto farmacéutico. Tampoco sé si en alguna ocasión, y de forma oficial, ha criticado el fenómeno hiperprescriptor tacándolo de estar influenciado por "criterios economicistas" (para la industria farmacéutica, claro). Desde que asumí la responsabilidad de Gerente de Área de Badajoz, no he visto ningún escrito de esa sociedad científica denunciando este hecho.

Las diferentes estrategias que desde el año 1984 se iniciaron con las "fichas de transparencia" que dieron lugar a la filosofía del uso racional del medicamento, han conseguido el asombroso resultado de un imparable crecimiento medio anual del 10% de la factura de farmacia.

La industria farmacéutica encuentra todas las facilidades de promoción de productos cada vez más caros sin relación científica de eficacia ni de coste-eficacia. El ámbito prescriptor es un terreno en el que hasta ahora, nadie ha reunido la valentía suficiente de competir con sus mismas armas.

No puedo compartir su opinión de que una prescripción fomentada e incentivada por la industria farmacéutica es una prescripción de calidad y la incentivar del control por el SES sea economicista y corra el riesgo de ser de menor calidad. Al día de hoy en esta Área de Salud, casi el 90% de facultativos de primaria han firmado el acuerdo de gestión el control del crecimiento del gasto farmacéutico. ¿Insinúa usted que el 90% de los facultativos de esta Área de Salud, van a hacer una prescripción de baja calidad?

No soy yo, como le decía al principio, quien debe contestar algunas de las cosas que su sociedad transmite. Los problemas del Sistema Público de Salud, sólo pueden solucionarse desde la voluntad decidida y la participación de todos los actores y yo le invito a esa participación constructiva aportando soluciones desde el terreno que pisamos y no desde la posición de observador selectivo.

Como sabe me tiene a su entera disposición personal e institucional para contrastar, estudiar y asumir cualquier iniciativa que desde lo posible consiga la supervivencia y mejora del Sistema Público de salud.

Atentamente.

Carlos Gómez García

Gerente del Área de Salud de Badajoz
Badajoz, 29 de Abril de 2004

Registro Nacional de Pediatras de Atención Primaria que atienden a Enfermos Metabólicos

Presentación

Luis Aldamiz-Echevarria

Presidente de Sociedad Española de Errores Innatos del Metabolismo

Querido compañero:

Me dirijo a ti para manifestar el interés de la Sociedad Española de Errores Innatos del Metabolismo, de conocer qué pediatras en atención primaria tienen en su consulta un niño con enfermedad rara.

El interés de esta sociedad es facilitar a nuestros compañeros toda la información y apoyo personalizado en el manejo de estos niños.

Aunque tu no lleses un niño de estas características, si conoces a un compañero de tu centro que este en esta situación, te ruego le informes por si no suele utilizar Internet.

Con la información obtenida será posible generar un mapa nacional que permita un mejor conocimiento de los Errores Innatos y avanzar en el manejo adecuado de estas enfermedades. Toda esta información estará a tu disposición.

Los pediatras que incluyan al menos un caso en nuestro registro recibirán el «Libro sobre Errores Innatos del Metabolismo» que la SEEIN publicará próximamente.

Agradecemos tu colaboración e interés.

Puedes registrarte en: <http://www.eimaep.org/>
<http://www.aepap.org>



Cuento: EL SUEÑO DE LAS HORMIGUITAS PEDIATRAS

Señores dirigentes, un día tuvimos un sueño: Soñamos con ser médicos y lo conseguimos. Después tuvimos otro sueño: soñamos con ser pediatras. Ese logro fue más difícil, aunque también lo conseguimos. Desde entonces trabajamos para el Sistema Sanitario Público de Andalucía pasando una carrera de obstáculos inimaginables.

Después del sueño vino la pesadilla: nuestros dirigentes estaban muy contentos porque somos hormiguitas trabajadoras diligentes y silenciosas. La sanidad infantil gozaba de una alta cualificación y los votantes estaban muy satisfechos. Y creían que eran ellos, (¡pobres ingenuos!) los responsables de ese logro por su buen hacer, por su encomiable dirección, sin pensar que la conquista de la salud de cada niño y el contento de cada familia dependía de esas hormiguitas trabajadoras anónimas que ellos ni conocían ni tenían interés por supuesto en hacerlo.

Las hormiguitas trabajadoras dejaban en la puerta de la consulta cada día el desprecio con que las trataban y tenían una sonrisa para cada niño porque les gustaba lo que hacían. Y tenían una sonrisa porque no debían nada a nadie. Eran libres de sonreír. Ese privilegio era a la vez motivo de pena porque como no debían nada, no podía canjear sus favores con los dimes y diretes, toma y dame, y ese tipo de tratos de sus dirigentes. Así que para ellos no eran un adversario ni un problema.

Así pasaron los meses y los años, y las hormiguitas seguían esperando mejorar sus condiciones laborales. Tanto en su casa como fuera de ella vieron en unos carteles un lema que decía: "Andalucía imparable" y se asustaron y pensaron en qué sería imparable, si eso significaba que las aplastarían más. Se desconcertaron. Luego, oyeron hablar de una ley de conciliación laboral y familiar que tomaron con mucha ilusión pero fue como un soufflé: sólo significaba que los colegios estarían abiertos más horas para que sus pequeños las pudieran esperar durante más tiempo. ¡Qué chasco! Ah, también oyeron hablar de la segunda modernización y pensaron que dónde estaba la primera. Las hormiguitas todavía no habían visto ningún cambio en su vida laboral ni personal que les hubiera beneficiado en algo con la supuesta primera.

Las hormiguitas de este gremio y de otros estaban totalmente abandonadas y no podían rebelarse porque el trabajo les ocupaba tanta parte de su tiempo y de sus corazones que no tenían más energía para rebelarse.

Entre ellas surgió alguna esperanza cuando las más avezadas socialmente se erigieron en sus representantes laborales, pero ¡qué fracaso!: acabaron del lado de los dirigentes, ya que empezaron a deberse favores y a no querer bajarse del sillón que ocupaban, en el que se estaba muy bien y no pensaban abandonar sin resistencia ese estado de bienestar que no repercutía para nada en nuestras compañeras trabajadoras incansables.

Y ahora os voy a hablar de sus dirigentes. Ellos creían que estaban ahí por lo buenos que eran, por lo bien que lo hacían y porque el pueblo los quería mucho. Realmente su trabajo no era difícil, sólo ganar al adversario dialécticamente en las campañas que se celebraban cada cuatro años, en los que salían a la palestra y prometían sin ningún pudor cosas que no pensaban cumplir. Ninguno de los dirigentes pensaba que su puesto era accidental, que no era vitalicio y que podía ser ocupado por otras hormiguitas que promocionaran a las alturas. ¡Estaban tan seguros de ganar! Sólo había que mentir y presupuestar campañas para que las hormiguitas fuéramos un día cada cuatro años a introducir un papel con un nombre en una urna. ¡Pobres dirigentes! ¡A la vez tan espabilados y a la vez tan poca cosa!

Un día, las hormiguitas tuvieron un espejismo: esos dirigentes que tan poco las consideraban se dieron cuenta de que los logros de los que ellos tanto se vanagloriaban eran de las hormiguitas y de que ya estaba bien de tanto sufrir, así que las buscaron para conversar y reconocerles su buen trabajo, su buen ánimo y su buena intención. Les permitieron colocarse a cada una en el lugar que les correspondía para que pudieran vivir mejor, para que no estuvieran tan cansadas de viajar y para que pudieran atender mejor a los usuarios y a sus propias familias, porque también tenían familia, en muchas de las cuales había niños a los que esas hormiguitas sonreían también cada día. Se dieron cuenta a tiempo de que todas sus palabras estaban vacías y que hacía falta hechos y sobre todo hacía falta acercarse a las hormiguitas y preguntarles qué necesitaban para seguir trabajando, pero no el día antes de la urna sino el día después.

Tras este cuento que empieza con un sueño, sigue con una pesadilla y se despidе con el espejismo de un desenlace justo ¿con qué se quedan ustedes señores dirigentes? La pelota está en su tejado y la urna cerca.

Pediatra de Atención Primaria.
Andalucía



Nueva Junta Directiva de la SPAPex

Tras las elecciones celebradas el 27 de marzo en el transcurso de la III Jornada de Actualización en pediatría de Atención Primaria de la SPAPex, la nueva Junta directiva de la SPAPex está constituida por los siguientes miembros:

Presidente

Juan José Morell Bernabé

Vicepresidente

Maria Isabel Corral Muñoz

Secretario

M^a del Prado Leo Canzobre

Tesorero

Antonio Jiménez Matas

Vocales

Esther García Soria

Rubén González Cervera

Silvia Robles Febrer

Matilde Santos Gómez

Socios de Honor

Durante la celebración de la III Jornada de Actualización en pediatría de Atención Primaria de la SPAPex se realizó el nombramiento como Socios de Honor de nuestra Sociedad de los compañeros:

Pedro Rodríguez Mariscal y Facundo Gil, que durante los últimos años ejercieron su labor como Pediatras de Atención Primaria en Miajadas (Cáceres) y Almendralejo (Badajoz), respectivamente.

Noticias OPE

En relación con la fase de selección de la OPE en la categoría Pediatría de Primaria, en breve (cuando se resuelvan las 88 reclamaciones existentes) saldrán las calificaciones definitivas, una vez salgan habrá 20 días naturales para remitir la siguiente documentación:

1. Fotocopia compulsada del DNI o pasaporte;
2. Original o fotocopia compulsada de los títulos académicos exigidos para participar en las pruebas.
3. Declaración de no hallarse inhabilitado para el ejercicio profesional o el desempeño de funciones públicas, ni haber sido separado mediante expediente disciplinario del servicio de cualesquiera de las administraciones públicas (conforme al modelo www.spapex.org/spapex/modelodeclaracion.pdf); y

4. Certificación expedida por los servicios médicos de los Servicios de Salud acreditativa de la capacidad funcional para el desempeño del puesto de trabajo.

La compulsa y entrega de los documentos puede hacerse en los centros de trabajo, en las delegaciones y subdelegaciones de gobierno y en los Servicios de Salud de las CC.AA.

Los certificados acreditativos de la capacidad funcional para el desempeño del puesto de trabajo, que deben aportar los aspirantes que han superado la fase de selección, podrán ser expedidos por cualquier facultativo siempre que exista identificación expresa del médico que lo expide e indique que el interesado tiene la capacidad funcional adecuada para el desempeño del puesto de trabajo.

Noticias breves:

- La Consejería de Sanidad ha invitado a la SPAPex para participar y colaborar en la actualización de la Cartera de Servicios para el Servicio Extremeño de Salud. Esperamos contar con todas tus sugerencias. También se nos pide opinión para la futura Ley de información sanitaria y autonomía del paciente.

- El Centro Extremeño de Desarrollo Infantil convoca a la SPAPex para evaluar y actualizar el Programa de Control de Niño Sano; interesados en participar en éste Grupo de trabajo contactar con Juan J Morell en el 924-215102 o en juanjose.morell@ses.juntaex.es

- El 1 de Abril de 2004 ha entrado en vigor el nuevo Calendario vacunal de nuestra Comunidad Autónoma, destacando la incorporación de la vacunación frente a la polio por vía parenteral y no oral como se venía realizando. Igualmente una dosis de la vacuna frente al Hepatitis B se ha adelantado al mes de vida para disminuir el nº de pinchazos a recibir por el niño a la edad de 2 meses.

- Cinco años después, la SPAPex vuelve a hacer una análisis de situación de la Pediatría de Atención Primaria en Extremadura; en breve recibirás una encuesta que esperamos rellenes y en la que puedes anotar todas tus sugerencias y propuestas. A través de ella, también queremos analizar la situación de la enfermería pediátrica en los Centros de Salud.



Centro Extremeño de Desarrollo Infantil

Presentación para Pediatras de Atención Primaria

*Juan J. Morell Bernabé
Manuel Gallego Sánchez*

El 29 de Abril de 2003 se publica en DOE el Decreto 54/2003 por el que se crea el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil (CEDI), con el objetivo principal de "garantizar la atención que precisan todos los niños de la Comunidad Autónoma de Extremadura que presentan trastornos o disfunciones en su desarrollo, independientemente del origen, tipo y grado de los mismos, o de los que están en una situación de riesgo biológico, psicológico o social".

Desde primeros de este año hemos iniciado una nueva andadura que trata de dibujar las directrices y el camino a seguir, para darle significado a este CEDI.

Para situarnos un poco:

A.- Población diana. Según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, entre los menores de 15 años, la tasa de prevalencia por 1000 habitantes es de 56‰; lo que en Extremadura supondría que unos 11.000 niños y adolescentes pudieran ser portadores de alguna limitación que sea origen de discapacidad, 2.500 de ellos en el Área de Salud de Badajoz.

El término discapacidad, que define la dificultad que puede tener un individuo para llevar a cabo una actividad determinada, abarca desde una limitación leve hasta una grave en cantidad o calidad. Y en el niño pequeño, además, las discapacidades pueden no estar plenamente establecidas, siendo posible modificar su curso evolutivo si se realiza un diagnóstico precoz y una actuación temprana; de ahí el papel fundamental de la Prevención y la Atención temprana.

Así pues, se puede entender bien que resulte difícil establecer cuál sería la población diana del CEDI. Si consideramos las diferentes situaciones de riesgo y los diferentes grados de cualquier tipo de limitación o discapacidad (sea física, psíquica o social), podríamos afirmar que hasta un 10% de la población pediátrica podría estar englobada en esta situación. Y todo ello sin tener en cuenta que algunos de los Programas de

prevención ya implantados afectan al total de niños nacidos en nuestra Comunidad (como los Programas de cribado neonatal, el de Vacunaciones sistemáticas o el Control de Niño Sano).

B.- Tipos de discapacidad. En la infancia, las discapacidades más frecuentes son las de origen motor y las sensoriales: auditivas y visuales; seguidas por las psíquicas, entre las que destaca el retraso mental. Pero, es llamativo que las causas más frecuentes de discapacidad en el niño sigan siendo de origen genético o en el entorno perinatal, a pesar de las mejoras sanitarias y avances científicos en este campo; y debido, sin duda, al aumento de supervivencia de recién nacidos cada vez más pequeños.

En el niño preescolar destacan los accidentes y enfermedades de la infancia que dan lugar a deficiencias osteoarticulares; y en el niño mayor de 3 años, también, las alteraciones del aprendizaje.

Históricamente, la discapacidad ha sido un problema eminentemente social; y no existe en nuestro país un modelo común de política sanitaria en relación con las personas con discapacidad, a pesar de que una de las dimensiones más importantes de la discapacidad es la sanitaria, tanto en materia de prevención, asistencial y de rehabilitación.

Aunque la Ley de Integración Social de Minusválidos (LISMI) de 1982 establecía "la obligación del Estado en la prevención, cuidados médicos y psicológicos y rehabilitación", el desarrollo posterior de esta Ley ha estado más centrado en prestaciones económicas y derechos sociales; de forma que, desde entonces, la coordinación de las acciones institucionales ha quedado como el punto más débil y la principal demanda de los familiares que tienen niños con discapacidad y de los profesionales que los atienden.

Cada vez más, sin embargo, se habla de la atención socio-sanitaria y de la universalidad y gratuidad de la misma. La nueva Ley de Cohesión y Calidad del Sistema



Nacional de Salud introduce algunas particularidades en el catálogo de prestaciones que afectan muy directamente a la atención de las personas con discapacidad.

En nuestra Comunidad hay diversos Servicios de Atención al discapacitado dependientes de la Consejería de Bienestar Social, están bien implantados Programas de atención a la salud materno-infantil (como el de Atención a la embarazada, Control de Niño sano, Vacunaciones infantiles) y es pionera en Programas de cribado neonatal y, por tanto, de diagnóstico precoz (como el de Errores innatos del metabolismo o el de Sordera congénita); pero, mantiene un vacío legal en materia de Atención Temprana y existen grandes lagunas en la coordinación interinstitucional y en el seguimiento inmediato y continuado de estos niños y sus familias.

Bajo estas premisas, de forma específica, se crea el pasado año, el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil, como un órgano coordinador de todos los recursos disponibles en la región, tanto sanitarios como sociales, educativos o laborales, y de titularidad pública o privada concertada, con objeto de abordar la atención a estos niños y adolescentes desde un punto de vista integral y de forma interdisciplinar.

Su objetivo general se encuadraría dentro del desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud y en el marco de una atención integral y global, que abarque de una forma transversal todas las necesidades de salud, en el terreno biológico, psíquico y social de los niños con discapacidad o problemas en su desarrollo o en situación de riesgo. Y teniendo en consideración la atención “centrada en el niño y su familia” y la prestación de servicios en su “entorno natural”.

Por tanto, el CEDI se constituye en un órgano capaz de coordinar, ordenar y gestionar eficazmente todos los recursos disponibles para garantizar dicha atención integral al niño con discapacidad; teniendo como retos más importantes:

- la coordinación inter-institucional
- la prevención, diagnóstico precoz y la atención temprana
- y la atención integral por procesos (la transversalidad de la atención)

Y como peculiaridades más relevantes:

1. la amplitud del grupo etáreo que abarca (entre 0 y 21 años)
2. el ámbito regional, dentro de una Comunidad autónoma con una baja densidad de población, predominio de núcleos rurales y una gran dispersión geográfica
3. y la diversidad de procesos y niveles de discapacidad sobre los que debe actuar

¿Cómo llevar a cabo todo esto?; ese es el reto.

Evidentemente contamos con el Decreto 54/2003 que es un instrumento ambicioso y lleno de posibilidades; pero no se nos escapan las dificultades, derivadas, sobre todo, del modelo de trabajo interdisciplinar y de la escasa formación en patología del desarrollo y sus necesidades existente en el propio entorno sanitario”.

De otro lado, las expectativas creadas también han dado lugar a mucha confusión. Algunos han entendido el CEDI como un espacio físico y centralizado, de carácter hospitalario, que proporcionaría servicios técnicos y especializados de atención sanitaria a niños con discapacidad. Sin embargo, nosotros pensamos que la atención al niño discapacitado debe ser prestada por el Sistema en su conjunto, con participación de las distintas Consejerías y del SES, en sus diferentes niveles asistenciales, siendo el CEDI el órgano impulsor y coordinador de las actuaciones a realizar en éste campo.

- Y entendiendo que la COORDINACIÓN entre instituciones, servicios y profesionales de distintos ámbitos de actuación y niveles asistenciales es la única forma posible, a nuestro modo de ver, de optimizar los recursos existentes para garantizar una atención integral eficaz; establecer las bases para ello es una de nuestras principales prioridades.

- Que la PREVENCIÓN Y EL DIAGNÓSTICO PRECOZ constituyen la base real para lograr una disminución de la incidencia de discapacidad en la infancia; siendo estos, por tanto, otros de los objetivos prioritarios de nuestra actuación.

- Y, por último, otra línea estratégica del CEDI es la FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN, tanto de profesionales implicados (en los cuidados básicos o



como especialistas de referencia, y todos los intervinientes en este proceso de atención transversal) como de los afectados y familiares.

Así, el CEDI se constituye en un Centro impulsor de Programas de prevención, detección precoz y atención temprana, que actúa como órgano coordinador de los distintos profesionales, unidades y servicios, de todos aquellos recursos disponibles y necesarios para garantizar la atención integral y el seguimiento continuado del niño con discapacidad y su familia. De esta manera, se comporta tratando de implicar a los profesionales, intentando generar un uso eficaz y coordinado de su trabajo habitual que pone al servicio del niño y su familia; así con los servicios especializados, EAP, los CADEX, los distintos equipos de apoyo de las distintas Consejerías, etc. y, también, con la Unidad de Prevención de Minusvalías.

Y para ello, quiere contar con un equipo de trabajo basado en la inter-sectorialidad y formado por: su director, un trabajador social, un psicólogo, un pediatra y un auxiliar administrativo; y va a estar ubicado en el Área de Salud de Badajoz.

Formar el equipo de trabajo y darnos a conocer son nuestras primeras actuaciones; de forma concreta, para este año nos hemos planteado las siguientes actuaciones:

1. Para promover la COORDINACIÓN es preciso, primero, conocer:

- Los recursos existentes en cada zona, pero no sólo cuántos sino cuál es su funcionamiento; queremos realizar un análisis cualitativo de los recursos, identificando su situación, accesibilidad (horarios), capacitación (profesionales), criterios de derivación o acceso;..., por Zonas y por procesos. Con ello, elaboraremos una Guía de recursos que debe estar a vuestra disposición.
- Vamos a elaborar un registro de niños y un mapa de procesos en nuestra Comunidad, que nos permitirá abordar los recursos con eficacia y, cuando sea necesario, establecer planes de cuidados y de formación específicos e individualizados.
- Y queremos establecer mecanismos de coordinación, no sólo a nivel interinstitucional, sino también con elaboración de documentos (de derivación, de información, de compartir informes

y registros, ...) y de instrumentos de coordinación ente niveles y sectores de atención distintos.

2. Desde el punto de vista de la PREVENCIÓN, hemos hecho una propuesta a la Subdirección de Atención primaria del SES para poder trabajar, junto a los pediatras de AP, en una evaluación y puesta al día del **Programa de Control de Niño Sano**.

El CEDI tiene unos objetivos concretos en éste terreno: reforzar la detección precoz de alteraciones en el desarrollo neuro-evolutivo (escalas de desarrollo, signos de alerta, chat, ..) y psico-social (indicadores de maltrato, ..), e introducir parámetros de identificación de problemas del aprendizaje y fracaso escolar.

Pero, además, es una buena oportunidad para validar y mejorar el programa de Control de Niño sano, incidiendo en actividades preventivas, de promoción y educación en Salud de demostrada eficacia y organizando el número de controles, la participación de enfermería, etc. . . .

3. Desde el punto de vista de la ATENCIÓN TEMPRANA, hemos creído prioritario establecer un **Programa de detección precoz, intervención y seguimiento del recién nacido de Alto riesgo neurológico**. Habitualmente, la detección de estos recién nacidos se realiza en las Unidades de Neonatología y UCI neonatal, en las Unidades de Neuropediatría donde se inicia el seguimiento clínico y, en algunos casos, también por el pediatra de Atención primaria. Pero, desde ese momento es defectuosa la puesta en marcha de una intervención y rehabilitación precoces y de un seguimiento multidisciplinar adecuado, en el que intervienen distintos profesionales, tanto del entorno sanitario hospitalario (rehabilitador, neuropediatra, oftalmólogo, ORL) como de AP (pediatra, fisioterapeutas; también el psicólogo) o del entorno social (psico-motricistas, trabajadores sociales, etc); siendo constantes los problemas derivados de una adecuada coordinación, cuando una intervención precoz en estos niños (incluso en la propia UCIPyN) puede ahorrarles una limitación o el desarrollo de un mayor grado de discapacidad.

Vamos a realizar un análisis de situación de la Atención temprana en Extremadura: los recursos, la accesibilidad a ellos, la participación de las asociaciones, establecer criterios de calidad y acreditación,...

4. Y por último, en relación con la DETECCIÓN PRECOZ Y SEGUIMIENTO, nos proponemos evaluar y



mejorar el **Programa de cribado neonatal de errores innatos del metabolismo** para conseguir mejorar el rendimiento de cribado de dicho programa y, sobre todo, para desarrollar un plan de seguimiento adecuado a sus necesidades y al entorno donde vive.

El papel del pediatra de Atención primaria es fundamental en esta historia, por la cercanía y contacto con el niño, la familia y su entorno, pudiendo colaborar en:

- transmitir la información en la forma y momentos adecuados;
- orientando a la familia en cuanto a recursos y el itinerario a seguir (evolución, pronóstico, seguimiento);
- por su papel central de coordinador interprofesional, tanto con los distintos niveles asistenciales, como con profesionales de ámbitos distintos: psicólogo, trabajador social, fisioterapeutas, Centros de Atención temprana y otros servicios sociales, el maestro y la escuela, los EOEPs y otros servicios educativos, ... , entendiendo la necesidad de trabajar en un equipo multi- o interdisciplinario;

- en la detección de factores de riesgo y detección precoz de signos de alerta;
- favorecer el seguimiento posterior, en cuanto a medidas diagnósticas, coordinación de servicios, tratamiento, ...;
- participando en medidas de prevención, promoción y educación de la salud;
- comprendiendo, en definitiva, que las necesidades de un niño con problemas de salud no son exclusivamente "médicas" y que una parte fundamental del tratamiento es la rehabilitación y la integración psico-social del niño.

Pero, probablemente, uno de sus mayores problemas sea la falta de información sobre los recursos disponibles, tratamientos rehabilitadores y ayudas a recibir; con lo cual no puede cumplir este papel mediador fundamental que debiera tener asignado en la coordinación entre niveles asistenciales. Falla la comunicación con profesionales de otros sectores y, de otro lado, también es muy probable que esta desinformación venga precedida de una escasa formación sobre la propia deficiencia y/o sus necesidades.

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





Seguimiento del recién nacido <1500gr.

Pilar García González

Carmen Pedraz García

Sección Neonatología. Hospital Clínico
Universitario Salamanca.

Los recién nacidos (RN) <1500 g. tienen mayores posibilidades de tener secuelas que los RN nacidos a término y es el grupo más numeroso de entre los RN con riesgo de secuelas neurológicas por lo que es imprescindible hacer un seguimiento de estos niños con el fin de:

Conocer el desarrollo de estos niños tanto ponderoestatural y madurativo.

Detectar alteraciones en su desarrollo.

Intervenir tempranamente para asistir y prevenir deficiencias.

Controlar la calidad de asistencia.

Incidencia:

Actualmente se estima que el 7-8% de todos los RN vivos nacen de forma prematura (<37 semanas) y que el 1.2% nacen con un peso inferior a 1500 gr. La mortalidad de estos niños ha disminuido pero han aumentado los problemas en relación con la prematuridad ya que la proporción de niños con discapacidades permanece constante (alrededor de 20%)

Factores de riesgo:

Hay factores que influyen en el riesgo de padecer secuelas ya intraútero:

Disminuyen:

- Uso de corticoides neonatales

Aumentan

- Corioamnionitis
- Gestación múltiple. Muerte de feto intraútero
- Enfermedades que puedan comprometer el desarrollo del feto
- Drogadicción materna
- Gestación no controlada
- Parto extramuros

Los factores neonatales que aumentan las posibilidades de secuelas son:

- Peso al nacimiento < 1000 gr.
- 2 desviaciones estándar en el peso al nacimiento.

- Exploración neurológica patológica >7º día
- Perímetro cefálico > ó < de 2 desviaciones estándar al nacimiento
- Lesiones ecográficas cerebrales
- Encefalopatía hipóxico-isquémica
- Convulsiones
- Ventilación mecánica > de 7 días
- Hiperbilirrubinemia
- Infecciones congénitas y neonatales capaces de producir secuelas.
- Hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia
- Metabolopatía susceptible de causar riesgo neurológico

Morbilidad del RN <1500g:

Estos niños van a tener múltiples riesgos por lo que es necesario realizar un seguimiento desde que nacen y prolongarlo hasta la adolescencia para detectarlos y prevenirlos.

Las patologías más frecuentes en ellos son:

- Discapacidades neurosensoriales
- Discapacidades motoras
- Alteraciones de la conducta y del aprendizaje.
- Deformidades craneo-faciales
 - Malposiciones y maloclusión dental
- Alteraciones en la familia.
 - Maltrato
- Desnutrición e hipocrecimiento
 - Osteopenia y raquitismo
- Anemia
- Muerte súbita
- Patología respiratoria crónica y aguda
- Reflujo gastroesofágico
- Hernias inguinales
- Persistencia del ductus arterioso



Seguimiento en las unidades neonatales:

- Valoración somatométrica
- Valoración madurez clínica y neurológica
- Lesión cerebral (Ecografías cerebrales)
- Exploraciones oftalmológicas
- Exploraciones auditivas
- Control anemia
- Control nutrición y osteopenia

La valoración somatométrica deberá realizarse con gráficas adecuadas para estos niños y debe incluir siempre el perímetro cefálico (Pc). El crecimiento posnatal del RN prematuro se caracteriza por presentar una curva de crecimiento trifásica, constituida por una etapa de detención que se continua con dos fases de crecimiento compensatorio: **aceleración y recanalización**. En muchos casos la alimentación de estos niños es un reto difícil por lo que se acepta que en un primer momento tengan un retraso en relación con el crecimiento fetal esperado y luego una aceleración entre las 36-40 semanas, que generalmente comienza por el Pc, después por el peso y por último la talla.

La valoración de madurez clínica y neurológica se realiza mediante el test de Ballard o Dubowitz, estos test nos reflejan el patrón madurativo que siguen estos niños hasta las 40 semanas de gestación.

La valoración de las lesiones cerebrales se realiza habitualmente mediante ecografía cerebral transfontanelar ya que es una exploración que aporta muchos datos y puede hacerse en las unidades neonatales sin requerir la movilización del RN, no obstante en ocasiones hay que recurrir a otras técnicas exploratorias.

Las lesiones cerebrales más frecuentes en el RN prematuro son:

- Lesión de la sustancia blanca:
 - Leucomalacia periventricular: necrosis de la sustancia blanca en la zona dorsal y lateral a los ángulos externos de los ventrículos laterales:
 - Necrosis focal
 - Necrosis difusa
 - Infarto hemorrágico periventricular: necrosis hemorrágica de la materia blanca periventricular
- Ventriculomegalia
- Hemorragia no parenquimatosa:
 - Hemorragia en la matriz germinal.
 - Hemorragia en plexo coroideo.
 - Con sus dos lugares de extensión: intraventricular y espacio subaracnoideo.

- Lesiones en otras localizaciones:
 - Hemorragia cerebelosa.
 - Necrosis en ganglios basales.
 - Lesiones en tallo cerebral.
 - Necrosis neuronal.

Debe realizarse el despistaje de la retinopatía del prematuro y detectar los niños susceptibles de tratamiento con láser para evitar en ellos la ceguera.

Recomendaciones:

- Cribado a partir de la 4^o-6^o semana de vida
- Revisiones periódicas cada semana o dos semanas hasta que se complete la vascularización de la retina
- Si ROP estabilizada o resuelta: revisión a los 6 meses.
- Si ROP activa revisiones más frecuentes

Estos niños también tienen mayor riesgo de padecer hipoacusia por su prematuridad y porque en muchos casos están incluidos dentro de otros grupos de riesgo como son:

- Antecedentes familiares de sordera
- Infección gestacional (TORCH)
- Malformaciones craneofaciales
- Hiperbilirrubinemia grave
- Drogas ototóxicas
- Meningitis bacteriana
- Asfixiaperinatal
- Hemorragia intracraneal
- Convulsiones
- Ventilación mecánica asistida
- Trastornos neurodegenerativos

Deberán realizarse potenciales troncoencefálicos a las 40 semanas de edad postconcepcional.

Será necesario la obtención de respuesta auditiva troncoencefálica (onda V) reproducible a 30 dB en ambos oídos para descartar hipoacusia.

El niño que no obtenga respuesta a 30 dB deberá ser explorado a 70 dB y en caso de no obtener respuesta deberá ser enviado ya al especialista

Es necesario detectar patologías frecuentes en estos niños como la anemia del prematuro y la osteopenia.



Para la prevención de la anemia del prematuro hay que valorar la administración de eritropoyetina junto con el aporte de Fe.

Para la prevención de la osteopenia deberá aportarse cantidades adecuadas de calcio y fósforo junto con aporte de vitamina D.

Para ello es preciso en algunos niños utilizar fortificantes para el complemento de la lactancia materna o utilizar fórmulas para prematuros en caso de no disponer de esta.

Durante la estancia de estos niños en las unidades neonatales es importante contribuir al desarrollo del sistema nervioso central aplicando medidas que lo favorezcan:

- Promocionar la integración de los padres en el cuidado del niño
- Promocionar la lactancia materna
- Disminución del impacto ambiental
 - Mínimas intervenciones agresivas
 - Agrupar intervenciones
 - Cuidados posturales
 - Disminución de la luz
 - Disminución del ruido
- Vacunas

Informe de alta

Cuando el niño abandona la unidad neonatal deberá proporcionarse un informe de alta que conste:

Antecedentes familiares relevantes

Evolución de la gestación

Edad gestacional al nacer

Antropometría al nacimiento

Exploración al ingreso

Evolución de la patología neonatal

Procedimientos recibidos y duración

Edad cronológica al alta (edad corregida)

Datos antropométricos al alta

Resultados de exploraciones complementarias: ecografías cerebrales, cribado oftalmológico, potenciales auditivos.

Calendario de revisiones después del alta:

Durante el 1º año cada 3 meses

2º año: 18 y 24 meses

36 meses

después cada 1-2 años hasta la adolescencia.

Especialistas implicados en el seguimiento:

Pediatra

Neurólogo

Oftalmólogo

Otorrinolaringólogo

Psicólogo

Fisioterapeuta

Asistente social

Exploraciones aconsejables:

Conocer al niño y a la familia Exploración física

Test de desarrollo: Denver, Brunet Lezine, Bayley...

Consejos de alimentación y prevención del raquitismo

Consejos de prevención de la muerte súbita

Consejo de la prevención de las infecciones respiratorias

Comprobación del cribado visual y de hipoacusia

Calendario de vacunación

Establecimiento del calendario de visitas

Exploración física:

Somatometría: Perímetro craneal

Fenotipo, anomalías congénitas mayores y menores

Examen cutáneo

Anomalías oculares o de audición.

Organomegalias

Auscultación cardiorrespiratoria

Tono o fuerza y reflejos

Movimientos anormales, asimetrías

Exploración neurológica: basada en una observación detallada, mentalmente estructurada que tenga en cuenta todos los aspectos del desarrollo



Signos de alarma:

Morfológicos:

Fenotipo peculiar (hipertelorismo, pabellones auriculares displásicos..)

Estigmas cutáneos

Crecimiento anormal del perímetro cefálico

Fontanela tensa, anomalías de sutura

Ojos en sol poniente

Del desarrollo:

Retardo en la adquisiciones

Estancamiento o regresión

Persistencia de conductas de etapas previas

Calidad no adecuada de las respuestas.

Formas atípicas del desarrollo

Trastornos del aprendizaje

Motores:

Retraso en las adquisiciones:

- 4 meses: no control cefálico
- 9 meses: no sedestación
- 16 meses: no marcha autónoma. Desarrollo motor atípico

Trastornos del tono muscular (hipotonía, hipertonía)

Asimetría mantenida postural o con la actividad

Movimientos anormales (temblor, distonía, dismetría)

Sensoriales:

Movimientos oculares anormales

Ausencia de seguimiento visual.

Escaso interés por el medio

Escasa o nula reacción a la voz o sonidos

Del lenguaje:

Ausencia de vocalizaciones recíprocas en los primeros meses

Escasa reacción al tono de voz materna

Ausencia de bisílabos a los 18 meses

Ausencia de palabras a los 2 años

Cognitivos:

No sonrisa social

Ausencia de viveza en la mirada

Escaso interés por personas y objetos

No coordinación óculo-manual

Escasa reacción ante caras o voces familiares

No señala

Juego estereotipado

De la conducta:

Apatía/Irritabilidad

Rechazo del contacto físico

Crisis de ansiedad

Hiperactividad

Conductas agresivas o de aislamiento

Autoagresiones

Baja tolerancia a la frustración

Rituales y/o estereotipias

Ausencia de juego simbólico o de imitación

Indiferencia excesiva al entorno

Lenguaje ecolálico o fuera de contexto

Conducta desorganizada, oposicionista o negativista

Miedos exagerados.

Timidez extrema

Otras exploraciones aconsejables:

Exploración por oftalmólogo: al año, 2 años, 4 años, 6 ó 7 años

Exploración auditiva: al año, 4 años

Exploración buco-dental: a los 4 y 6 ó 7 años

Valoración del desarrollo mental a los 4 y 7-8 años

Evolución de los RN <1500g.

Crecimiento:

El parámetro que con más frecuencia se afecta es el peso:

- 1/3 no alcanzan P10 al año
- 25% no alcanzan P10 a los 2 años
- 15-20% no alcanzan P10 a los 4 años

Talla: catch up a los 2-3 años



Perímetro cefálico:

Parámetro mejor conservado (macrocefalia relativa)

Se debe utilizar el concepto de edad corregida (la edad que tendría si hubiera nacido a las 40 semanas) hasta los 2 años

Deberán utilizarse gráficas adecuadas

Desarrollo motor:

Estos niños tienen riesgo de padecer Parálisis Cerebral definida como alteraciones motoras, generalmente de carácter espástico, no progresivas, secundarias a una lesión del sistema nervioso central producida en estadios precoces de la maduración y que se puede acompañar o no de otro tipo de deficiencias.

Según el predominio de unas extremidades u otras puede ser:

- Diplejía espástica
- Hemiplejía espástica
- Tetraplejía espástica

Se estima que el 5-15% de estos niños tienen PC (generalmente hipertónica). El diagnóstico definitivo no debe hacerse hasta los 2 años y conviene efectuarse con la colaboración del neurólogo

Es necesario enviar a centro de Atención temprana en situaciones de riesgo.

Algunos autores clasifican la PC según la funcionalidad alcanzada a los 2 años en leve, moderada o grave.

Leve: alteración del tono y reflejos que no supone ninguna limitación funcional (niños que consiguen la sedestación y la marcha antes de los 2 años)

Moderada: niños que han conseguido la sedestación sin apoyo pero que no han conseguido la marcha a los 2 años

Grave: niños que no han conseguido la sedestación sin apoyo a los 2 años.

Es importante considerar algunas características especiales del gran prematuro:

Hipertonía transitoria: aparece a los 3-6 meses de progresión céfalo caudal, simétrica y que se resuelve antes de los 18 meses

Retraso motor simple: sedestación a los 9 meses, marcha a los 16 meses

Desarrollo visual:

Los niños que tienen mayor riesgo de padecer alteraciones visuales severas son los niños con lesión en parénquima cerebral que pueda afectar la función visual y los niños que han presentado retinopatía del prematuro grado 3 o más. Los que han presentado retinopatías grado 1 ó 2 suelen evolucionar hacia la resolución espontánea pero la presencia de cicatrices aumenta el riesgo de padecer secuelas como las siguientes:

Cicatrices leves:

- Defectos de refracción
- Estrabismo
- Ambliopía

Cicatrices moderadas:

- Desprendimiento de retina
- Nistagmus
- Glaucoma

Cicatrices importantes:

- Ceguera

Desarrollo del aprendizaje y de la conducta:

Estos niños tienen con mayor frecuencia que los RN a término retraso cognitivo. Parece ser que el rendimiento académico de RN de muy bajo peso está por debajo de límites normales en un 30-50%.

Tienen puntuaciones medias por debajo de los nacidos a término con diferencias en los test de inteligencia entre los 5-10 años

El riesgo es mayor en niveles educativos bajos y situación social desfavorable

Alteraciones en la conducta:

20-30% de los RN de muy bajo peso son hiperactivos

25-30% de RN de muy bajo peso tienen trastorno psiquiátrico en la adolescencia.

Bibliografía.

-Alegria A. O. Piflaluga E.P. Evolución neurosensorial en recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento a los 2 años de edad corregida. Rev Chile Pediatr. 2002;73 (4):348-356

-Almenar Latorre A, MC Tapia Toca. Protocolo combinado de cribado auditivo neonatal. An Esp Pediatr 2002; 57(1):55-59

- Backström MC, Máici R. Randomised controlled trial of vitamin D supplementation on bone density and



biochemical indices in preterm infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal 1999; 80:F161-F166

- Bernstein S., Heimle R. Tratamiento de niños dados de alta de la unidad de cuidados intensivos de neonatos, por medio de la anamnesis y la exploración física. Clin. Pediatr Norteamérica: 69-94

- Bustos Lozano. El pediatra extrahospitalario en el control del niño que fue pretérmino. An Esp. Pediatr 1994;63:49-51

- Bustos G., Pallas C. Prematuros de menos de 1500 g. al nacimiento: del alta hospitalaria a los 7 años. <http://www.Medynet.com/usuarios/Previnfad/meno1500.htm>

- Cabañas F., Adelina Pellicer. Lesión cerebral en el niño prematuro. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Neonatología:169-185

- Catache M Leone CR. Role of plasma and urinary calcium and phosphorus measurements in early detection of phosphorus deficiency in very low birthweight infants. Acta Paediatr 2003;92:76-80

- De Felice Claudio, Paolo Toti. Early neonatal brain injury in histologic chorioamnionitis. Journal of Pediatric 2001; 138

- Deirdre 3 Murphy, Marian V Squier. Clinical associations and time of onset of cerebral white matter damage in very preterm babies. Arch Dis Child 1996;75:F27-F32

- Fierson W.M., Chaiperson Earl A. Palmer. Screening examination of premature infants for retinopathy of prematurity. Pediatrics 2001; 108:809-810

- García- Alix Pérez A. Daño de la sustancia blanca en el recién nacido prematuro y morbilidad neurológica: algo más que una interrupción de fibras. Rev Esp Pediatr 2002;58(1): 16-27

- Grunae N; Iriondo Sanz M.. Retinopatía del prematuro. Casuística de los años 1995-2001 An Esp Pediatr 2003;58 (5):471-477

- Kennedy K.A., Merle A. Ipson. Light reduction and the electroretinogram of preterm infants. Arch Dis Children 1997;76:F168-F173

- Lane Strathearn L., Meter H. Gray. Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants: a prospective study. Pediatrics 2001; 108:142-151 G.

- Martín Begué N., Perapoch López J.. Retinopatía del prematuro: incidencia, gravedad y evolución An Esp Pediatr 2003;58:156-161

- Mercun E., Janette Atkinson. Visual function and perinatal focal cerebral infarction. Arch Dis Child 1996;75:F76-F81

- Mercun E., Janette Atkinson. Basal ganglia damage and impaired visual function in the newborn infant. Arch Dis Child 1997;77:F1 1 1-Fí 14

- Mercun E, Lilly Dubowitz. Incidence of cranial ultrasound abnormalities in apparently well neonates on a postnatal ward: correlation with antenatal and perinatal factors and neurological status. Arch Dis Fetal Neonatal Ed 1998;79:F1 85-Fi 89

- Mulas F., Smeyers P.. Leucomalacia periventricular: secuelas neurológicas, radiológicas y repercusiones neuropsicológicas a largo plazo. Rev. Neurol.2000;3 1(3):243-252

- Pallás Alonso CR, De la Cruz Bértolo J.. Edad de sedestación y marcha en niños con peso al nacer menor de 1500 g y desarrollo motor normal a los dos años. An Esp Pediatr,53 :43-47

- Pallás Alonso CR, De la Cruz Bértolo J.. Parálisis cerebral y edad de sedestación y marcha en niños con peso al nacer menor de 1500 g An Esp Pediatr 2000;53:48-52

- Períman J.M.. Déficit cognitivos y conductuales en prematuros que abandonan la unidad de cuidados intensivos. Clin Perinat 2002;4:765-783.

- Pharoah POD, Cooke T. Cerebral palsy and multiple births. Arch Dis Child 1996;75:F1 74-Fi 77

- Poo P.. Retardo en el desarrollo psicomotor signos de alerta. Manejo. Curso de neurodesarrollo. Febrero- Marzo 2003

- Porta R, Céspedes M.C.. Seguiment de l'exprematur nadó de risc. Pediatr Catalana 2001;61:145-15

- Ruherford M, Pennock J.. Hipoxic-ischaemic encephalopathy: early and late magnetic resonance imaging findings in relation to outcome. Arch of Disease Childhood 1996;75:F145-F151

- Scheer M.S Wiznitzer M.. Infartos cerebrales en el feto y el recién nacido: consideraciones maternas, placentarias y fetales. Clin Perinat; 4:679-709

- Tommiska V, Heinonen K. A nacional two year follow up study of Extremely low birthweight infants born in 1996-1997. Arch Dud Fetal Neonatal Ed 2003;88:F29-F35

- Voh B.R., Wright L. Neurodevelopmental and functional outcomes of extremely low birth weight infants in the national institute of child health and human development neonatal research network, 1993-1994. Pediatrics 2000; 105:1216-1226

- Wheatley CM, Dickinson JL Retinopathy of prematurity: recent advances in our understanding. Br J Ophthalmol 2002;86:696-700

- Williams K., Henessy E.. Cerebral palsy: effects of twinning, birthweight, and gestational age. Arch Dis Child 1996;75:F178-F182



23 - 25 Septiembre

INTERNATIONAL SYMPOSIUM "CHILDHOOD OBESITY: FROM BASIC KNOWLEDGE TO EFFECTIVE PREVENTION" AND 14TH WORKSHOP "EUROPEAN CHILDHOOD OBESITY GROUP"

Lugar: Zaragoza

Secretaría organización: ERGONTIME. C/ Arboleda, 1. 28220 Majadahonda (Madrid).

ergontime@ergon.es

27 Septiembre a 1 de Octubre de 2004

III CONGRESO MUNDIAL DE BIOÉTICA

Organiza: Sociedad Internacional de Bioética (SIBI)

Lugar: Teatro Auditorio de Cuenca

web: <http://www.sibi.org/3congreso/>

Secretaría organización: Fundación: Cuenca Ciudad de Congresos. C/ Alfonso VIII 2. 16001 Cuenca

Tel.: 969 24 10 50 - Fax: 969 23 53 56. e-mail: fccc@aytocuenca.org

30 de Septiembre - 2 Octubre de 2004

III CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA

Organiza: Dra. María José Lozano. lozanomj@unican.es

Lugar: Palacio de Festivales de Santander

web: <http://www.aeped.es/lactanciamaterna2004.htm>

Secretaría organización: Viajes El Corte Inglés. C/ Alcázar de Toledo nº 6. 39008 Santander.

Tel.: 942 231 699 - Fax: 942 237 755. e-mail: comercialsantander@viajeseci.es

20 - 22 de Octubre de 2004

13º CURSO EUROPEO DE RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA

Lugar: Madrid

web: www.aeped.es/cursosycongresos/espr04/index.htm

Secretaría organización: Viajes El Corte Inglés. C/ Princesa nº 47 4ª Planta. 28008 Madrid.

Tel.: 912 042 600 - Fax: 915 478 887. e-mail: deccimad7@viajeseci.es

17-19 de Noviembre de 2004

IV REUNIÓN NACIONAL SOBRE DETECCIÓN PRECOZ DE LA HIPOACUSIA

Organiza: Unidad de Sorderas de Extremadura

Lugar: Badajoz

web: <http://personal.telefonica.terra.es/web/puse/paginas/codepeh/portada.htm>

Secretaría científica: Unidad de Sorderas - Hospital Perpetuo Socorro. Avda. Damián Téllez Lafuente, s/n. 06010 - Badajoz. Tel.: 924 21 51 00 - 924 215 101 - Fax: 924 260 642. e-mail: usbadoj@terra.es

Secretaría organización: Viajes IBERIA CONGRESOS C/ Guardia Civil, 1. 06001 Badajoz.

Tel.: 924 22 98 00 - Fax: 924 22 46 19. e-mail: badajoz.guardiacivil@viajesiberia.com