



FORO PEDIÁTRICO

Publicación informativa de la Sección de Pediatría Extrahospitalaria de Badajoz

Octubre 1999

Número 1

FORO PEDIÁTRICO
ES UNA
PUBLICACIÓN
TRIMESTRAL DE LA
SECCIÓN DE
PEDIATRÍA
EXTRAHOSPITALARIA
DE BADAJOZ, QUE SE
DISTRIBUYE
GRATUITAMENTE A
TODOS SUS
ASOCIADOS
POR CORTESÍA DE
MILUPA

Sección de
Pediatría
Extrahospitalaria
de Badajoz
Colegio Oficial de
Médicos
Avda. Colón 21
Badajoz

www.speb.es.org

SUMARIO

EDITORIAL	
Presentación.....	PAG 2
CONSEJOS A LOS PADRES	
Dermatitis atópica	PAG 3
LA OPINIÓN DE	
M ^a Ángeles García Castro.....	PAG 4
CARTAS A LA SECCIÓN	
Cambiar las reglas del juego	PAG 4
PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS	
Dolor abdominal recurrente.....	PAG 5

EDITORIAL

PRESENTACIÓN

Estimados compañeros y amigos:

Comenzamos una nueva etapa llenos de ilusión y ganas de trabajar por ampliar los horizontes de nuestra Sección. Además de mantener un buen nivel de formación continuada, queremos tener en cuenta otros aspectos de nuestra actividad profesional, tanto en el ámbito laboral, docente e incluso, porque no, de investigación. Pero sobre todo, queremos que nuestra Sociedad siga siendo un punto de encuentro para los pediatras de Extremadura donde podamos compartir experiencias, relacionarnos y hablar de nuestras cosas.

En este sentido, el boletín que tienes en tus manos quiere ser un vehículo de libre expresión y de intercambio de opiniones y conocimientos, desde donde se te informará de las actividades y programas que realice la Sección y aquellas otras que sean de interés general; y que espera recibir de ti: información, opiniones, sugerencias, experiencias, ... y lo que tu quieras.

Además de un espacio de opinión que tratará de escudriñar, desde un punto de vista personal, hacia donde camina la Pediatría en Atención Primaria, habrá un espacio abierto para cualquier reflexión o comentario que cualquiera de nosotros quiera hacer sobre el tema que considere oportuno. Hemos abierto una sección para protocolizar la actuación ante diferentes cuadros clínicos, y otra para uniformar algunas normas, consejos o medidas de educación para la salud dirigidas a nuestros niños y/o familiares, que serán consensuadas entre algunos de nosotros y que esperamos sean útiles para tu labor asistencial diaria. Para todo ello esperamos tus sugerencias y estamos seguros de tu colaboración.

Hemos querido mantener el nombre de *Foro Pediátrico*, que surge de nuestro primer encuentro regional, porque creemos que expresa bien estos objetivos.

Que este boletín, que tendrá una periodicidad trimestral, tenga uno u otro formato o una vida más o menos duradera depende de todos y cada uno de nosotros porque tu opinión es la que vale.

Un cordial saludo

Juan J. Morell Bernabé
Presidente de la Sección de
Pediatría Extrahospitalaria de Badajoz

CONSEJOS A LOS PADRES

DERMATITIS ATÓPICA

La dermatitis atópica es una enfermedad de carácter crónico y benigno, no contagiosa, que habitualmente cursa de forma irregular, con periodos de empeoramiento y otros de mejoría. La piel de estos niños es más seca e irritable de lo normal, por lo que requiere unos cuidados especiales. Los consejos que se comentan a continuación no son sólo para aplicarlos temporal e intermitentemente, sino que hay que emplearlos de forma continuada, ya que la dermatitis atópica es una enfermedad que, aunque mejore a temporadas, en la mayoría de los casos no se cura definitivamente hasta que el niño alcanza la pubertad.

✦ Para la higiene diaria es preferible la ducha al baño, con agua tibia y con una duración menor a 10-15 minutos. Es aconsejable el uso de jabones de pH neutro o ácido. Son adecuados los jabones a base de avena; también los extragrasos o el uso de aceites de baño. En dermatitis extensa, es mejor el baño que la ducha, utilizando jabones coloidales. El secado de la piel debe ser cuidadoso, sin frotar. Inmediatamente tras el baño (con la piel aun húmeda), y después durante el día tantas veces como sea necesario, deben aplicarse cremas hidratantes o emolientes hasta que desaparezca la sequedad cutánea. Mantenga siempre las uñas del niño cortas y limpias.

✦ El sudor es perjudicial para su piel. Después de hacer ejercicio físico el niño debe lavarse bien.

✦ El niño debe utilizar preferentemente ropas de algodón o hilo, tanto para vestir como en la ropa de cama. Hay que evitar la lana o materiales sintéticos directamente en contacto con su piel. Si lava la ropa con lavadora, debe asegurarse un buen aclarado de la misma. Es preferible no usar suavizantes.

✦ El calzado debe ser de cuero en invierno y tela en verano, bien aireado. No debe usar calzado deportivo durante mucho tiempo seguido. Los calcetines y medias serán preferiblemente de algodón o hilo, no de nylon o lycra.

✦ El niño puede comer todo tipo de alimentos, salvo que compruebe que alguno le provoque un claro empeoramiento. En ese caso consulte con el Pediatra.

✦ Evitar cambios bruscos de temperatura. El niño no debe estar en sitios con calefacción potente, o al menos hay que intentar mantener la humedad del ambiente mientras esté encendida. Deben evitarse los ambientes "cargados". De igual forma, no debe estar expuesto al humo del tabaco en lugares cerrados. Hay que ventilar bien toda la casa.

✦ Debe evitarse el polvo en las habitaciones y todo lo que pueda favorecer su acumulación: Moquetas, alfombras, peluches, ... Es preferible fregar el suelo o usar aspiradora antes que el simple barrido. Hay que procurar hacer la limpieza de la casa cuando el niño no esté presente.

✦ Las radiaciones ultravioletas son beneficiosas para su piel. Sin embargo, cuando se exponga al sol de forma prolongada o intensa, es recomendable el uso de productos fotoprotectores.

✦ Acuda a su Pediatra en caso de que aparezcan lesiones de "eccema" y siga sus consejos.

LA OPINIÓN DE

M^a Ángeles García Castro. Pediatra. Puericultora del Estado. Coordinadora C. S. Anexo I Badajoz

Desde la perspectiva que me proporciona mi experiencia profesional de 23 años de trabajo como Pediatra, iniciada en el momento de formación como especialista (MIR) y pasando por los distintos ámbitos de la Pediatría, a nivel ambulatorio, hospitalario, en la Consejería de Sanidad como puericultora del Estado, y desde 1990 en un Centro de Salud (del que soy coordinadora desde 1994) tengo que manifestar que el trabajo actual en Atención Primaria no se parece en nada a los trabajos anteriormente desarrollados, y pienso que los pediatras no salimos preparados para afrontar esa tarea. Me refiero a nuestra actividad profesional que se desarrolla integrada en un equipo multidisciplinario que funciona a partir de un "Contrato de Gestión Asistencial" (mal llamado "Contrato Programa"), y que trabaja con "objetivos" e "incentivos" (lo que menos sería esto último); siendo muy importante el conocimiento y manejo de nuestro método de trabajo, que podemos discutir si es útil o no, si es más o menos correcto, pero que, en definitiva, es real, nuestra empresa nos pauta y debemos asumir, y para el cual no estamos previamente formados.

Comprendo que puede ser difícil adaptarse a este sistema, y que no pocas veces nos irrite y moleste porque nos pueda sonar un poco indiferente: la estadística, la cobertura trimestral, los programas, cartera de servicios, normas técnicas mínimas, ..., porque a nosotros lo que nos importa son las neumonías, el reflujo o la epidemia de GEA. Y no debería ser así desde el momento en que optamos libremente a una plaza de Pediatra de Atención Primaria en un Centro de Salud, y a pesar de que poco o nada tenga que ver con la medicina hospitalaria de la cual venimos al acabar el MIR. Por ello los pediatras deberíamos aunar todos nuestros esfuerzos para conseguir una mejor preparación en este campo de la Pediatría un tanto desconocido, pero de obligado cumplimiento. Pues conociendo mejor el funcionamiento seremos más felices en nuestro trabajo y en la proyección del mismo, no enfocándonos solamente hacia la tarea asistencial pues a fin de cuentas el fundamento de los "programas" es promover la salud y evitar la enfermedad, abriéndose camino en otros campos más de nuestro tiempo, buscando opciones para hacer una mejor medicina preventiva y en definitiva una mejor salud

CARTAS A LA SECCIÓN

"Cambiar las reglas del juego"

Según el Real Decreto del 11 de enero de 1984, en su artículo 4: "La formación de Médico Especialista se realizará como Médico Residente en Centros y Unidades Docentes acreditadas, entendiéndose como Médico Residente aquellos que para obtener su título de Médico Especialista, permanecen en los Centros y Unidades Docentes acreditadas un periodo de práctica profesional programada y supervisada, a fin de alcanzar de forma progresiva, los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarias para ejercer la especialidad de modo eficiente". Siguiendo dicho Real Decreto en su artículo 5: "Quienes pretendan iniciar su especialización en las distintas Unidades Docentes acreditadas para la formación serán admitidos en ellas tras rendir una prueba de carácter estatal que seleccionará a los aspirantes" (Examen MIR).

De acuerdo con esto, Los Médicos que nos licenciábamos en los años 80 y posteriormente en los 90 entendimos que la única forma de obtener nuestro título de especialista era acogiéndose a estas reglas del juego, es decir dedicándonos años, después de licenciarnos en Medicina, a estudiar para obtener una plaza que nos permitiera formarnos adecuadamente en una especialidad que, en numerosas ocasiones, no era nuestra preferida sino la que nos permitía realizar el puesto que habíamos obtenido en el examen MIR.

Mientras tanto, observábamos perplejos, y no sin cierta desconfianza, como compañeros nuestros conseguían un puesto de trabajo en los Hospitales y en los Centros de Salud, plazas que en la mayoría de las veces no estaban al alcance de todos, es decir que no salían a concurso público y que normalmente suponía un trabajo muy específico fuera de toda programación docente.

Al cabo de los años, y en virtud de haber realizado dicho trabajo, van a obtener un título de especialista sin estar en la mayoría de las veces formados para ello.

No decimos que en determinados casos muy concretos se pudiera hacer una excepción pero ni mucho menos las más de 3000 titulaciones que el Ministerio prevee. Nos da la impresión que tan solo pretende legalizar una situación que se puede volver contra él (denuncias por intrusismo, indemnizaciones posteriores...). Motivo que nos hace dudar que la valoración de los criterios y requisitos que deben acreditar la capacidad de los Mestos estén verdaderamente bien definidos y mucho menos que se ajusten a los programas que se les exigen a los Médicos Residentes. Pensamos que tan solo supone una justificación de cara a la opinión pública.

En definitiva, lo que el Real Decreto de Homologación propone, es romper con las reglas del juego, defender la desigualdad de oportunidades, promover el enchufismo en muchos casos y lo que mucho nos tememos, conceder la titulación de Especialista a Médicos que no están cualificados para ejercer como tales.

Médicos Adjuntos y Médicos Residentes del Hospital Infanta Cristina de Badajoz.

CARTAS

Podéis enviarnos vuestras opiniones y sugerencias :
Sección de Pediatría Extrahospitalaria de Badajoz
Foro Pediátrico
Colegio Oficial de Médicos
Avda. Colón 21 Badajoz
Por e-mail: jcuervov@medynet.com

PROTOSCOLOS DIAGNÓSTICOS

Dolor abdominal recurrente

El dolor abdominal recurrente constituye una entidad clínica con la que con frecuencia se ha de enfrentar el pediatra.

Se ha definido, siguiendo los criterios de Apley, como aquel dolor abdominal que ocurre en niños por encima de los 3 años de edad, existiendo al menos 3 episodios de dolor en un periodo de 3 meses y que interfiere con la actividad habitual del niño.

El niño refiere el dolor con una localización más o menos difusa pero generalmente central. Se presenta con una frecuencia mayor que el dolor abdominal agudo. Oscila entre un 9,5% para los varones y un 12,2% para las chicas

Solo en un 8-10% de los casos de dolor abdominal recurrente existe patología orgánica. A pesar de ello es completamente necesario descartarla antes de definir a un enfermo como funcional.

El diagnóstico debe basarse en las características propias del dolor funcional, en primer lugar por la historia clínica, valorándose la edad, la recurrencia, las características del dolor y los múltiples factores desencadenantes de tipo psicossomático. Se dará gran valor al estudio del medio familiar y escolar. La anamnesis con frecuencia consigue orientar el proceso facilitando la conducta posterior.

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Diagnóstico diferencial

