



FORO PEDIÁTRICO

Publicación informativa de la Sección de Pediatría Extrahospitalaria de Badajoz

Septiembre 2000

Número 4

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	
Llega el cambio.....	PAG 2
CONSEJOS A LOS PADRES	
Seguridad Infantil en el automóvil	PAG 3
LA OPINIÓN DE	
Josep Bras i Marquillas.....	PAG 4
CARTAS A LA SECCIÓN	
Asociación Española de Neurofibromatosis.....	PAG 6
PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS	
Síncope.....	PAG 6

EDITORIAL

Llega el cambio

Como sabéis, estamos en un momento muy importante para la Pediatría española por lo que conlleva, sobre todo de renovación, como ya se ha visto con la aprobación de forma aplastante de los nuevos estatutos de la AEP que tuvo lugar durante la celebración del último Congreso.

Ahora le toca el turno a la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria, la que debe cambiar y mucho para adecuarse a las verdaderas necesidades y reivindicaciones de los pediatras de Atención Primaria quienes somos la gran mayoría de los integrantes de dicha sociedad.

El 20 de Mayo nació en Madrid, donde asistieron representantes de varias autonomías, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP). Nace con ningún otro fin que no sea el dar la garantía de la salud infantil en nuestro país y defender los intereses de la Pediatría en Atención Primaria, ya sean laborales, administrativos o profesionales. Ahora está dando los primeros pasos, todavía sin dilucidar si ir por su cuenta o hacerlo ocupando la SPEH (el año que viene hay renovación parcial de la junta directiva); en breve saldrá el primer Boletín de la asociación donde se os comunicarán los principales objetivos a corto y largo plazo, que se han planteado en la primera reunión y en posteriores contactos establecidos entre las personas allí asistentes.

Como habréis leído en los dos últimos números de Pediatría Integral, desde la editorial se mandan proclamas de lo erróneo que sería la formación de otra sociedad además de la actual, porque perderíamos nuestra fuerza, cuando visto desde fuera nosotros no nos vemos en absoluto representados por una junta directiva en la que hay miembros que son hospitalarios y además se perpetúa en el tiempo, ya que sólo existe límite de tiempo (dos mandatos) para un mismo cargo y hasta ahora la práctica más frecuente es el intercambio de puestos entre los mismos componentes de la junta (con alguna incorporación, más relacionada con la jubilación del miembro anterior). Desde la poltrona nos dicen que todos podemos aspirar a pertenecer a la junta directiva, pero ya sabemos como funciona "eso" en realidad.

Además demuestra poca actividad en temas profesionales, porque a pesar de haber una comisión encargada de esa problemática, poco o mejor dicho nada han hecho (más que mandar unas cartitas al ministerio, o escribir en alguna publicación o hablar en las inauguraciones de los congresos, todo lo cual queda muy bonito pero es totalmente inoperante sino se forma un grupo que vaya a negociar directamente con el ministerio o el insalud).

Y qué decir de la revista Pediatría Integral que a pesar de contenidos interesantes cuesta un trabajo ímprobo el localizar a un pediatra de atención primaria que colabore en los temas allí desarrollados e igual pasa en los congresos de la sociedad (en concreto en Salamanca participaron 15 ponentes hospitalarios frente a 5 de atención primaria y en Murcia 28 frente a 8) con lo cual son siempre los mismos, los hospitalarios, los que manejan nuestra, en teoría, formación continuada cuando no tienen ni la más mínima idea de lo que se hace en atención primaria. El problema es que ellos también están dentro de la SPEH, porque bien están en consultas de hospitales o en medicina privada (la verdad es que es como una segunda AEP), de ahí que sea importante el no estar incluidos dentro de la misma sociedad, ya que nuestras inquietudes y problemas son totalmente diferentes. Con esto no quiero decir que no colaboren en temas puntuales ni que debamos separarnos de ellos (para eso está la AEP), puesto que todos somos pediatras aunque trabajando en ámbitos diferentes y por tanto debemos colaborar en lo que es nuestro fin primordial, que es el bienestar de nuestros niños y adolescentes.

Todo esto tiene un culpable que es la SPEH, por lo cual debemos luchar con todas nuestras fuerzas para cambiar el rumbo que lleva hasta ahora y nosotros desde la sección de Badajoz y a través de la SPAPE y de la AEPAP deberemos poner nuestro granito de arena para que así sea.

Igualmente informaros que coincidiendo con la primera charla de formación continuada a celebrar en octubre se convocará Asamblea extraordinaria para debatir el cambio de estatutos de la Sección en base primordialmente al cambio de nombre por Sección de Pediatría de Atención Primaria de Badajoz e inclusión como sección provincial en la SPAPE. De todo ello se os remitirá información detallada a lo largo del mes de septiembre.

Jaime Javier Cuervo Valdés
Secretario de la Sección de
Pediatría Extrahospitalaria de Badajoz

CONSEJOS A LOS PADRES Recomendaciones para la:

SEGURIDAD INFANTIL EN EL AUTOMÓVIL

Los accidentes de circulación son una de las causas más frecuentes de mortalidad y lesiones infantiles, que podrían evitarse en la inmensa mayoría de los casos si se utilizasen adecuados dispositivos de seguridad para niños en el automóvil.

CONSIDERACIONES GENERALES:

- Los niños no deben ir nunca de pie entre los asientos ni tocando botones.
- En caso de accidente, no sirve para nada llevar al niño en brazos.
- Deben utilizarse dispositivos de seguridad con etiquetas de homologación. Éstos se eligen en función del peso y la talla del niño (mejor que por la edad). Un dispositivo instalado incorrectamente es ineficaz; por ello debe seguir fielmente las instrucciones de montaje y utilización que facilite el fabricante.
- Los niños menores de 3-4 años deben utilizar dispositivos colocados en sentido contrario al de la marcha (es decir, mirando hacia atrás), para disminuir la posibilidad de lesiones cervicales.
- Si viaja más de un niño, cada uno debe llevar su dispositivo de sujeción.
- Si el coche posee Air-bag de acompañante, no colocar al niño en el asiento delantero.

Tipos de dispositivos:

Los dispositivos se clasifican en 4 grupos en función del peso y la edad del niño al que están destinados, lo cual se especifica en la etiqueta de homologación. Algunos dispositivos son válidos para más de un grupo de edad. En cada grupo, podemos elegir entre los distintos dispositivos que existen, según nuestras posibilidades y necesidades:

GRUPO 0 (de 0 a 10 Kg.; de 0 a 9 meses) →

Cuco para recién nacidos: Se colocan transversalmente en el asiento de atrás y van sujetos por los cinturones del propio vehículo o por cinturones suplementarios.

Arnés de seguridad para capazo: Sirven para anclar el capazo del cochecito de paseo.

Silla-cesta de seguridad: Es una silla pequeñita e inclinada, que recoge todo el cuerpo del bebé. Se coloca siempre en posición contraria al sentido de la marcha, sujetándose por el cinturón de seguridad del coche. Es aconsejable colocarla en el asiento delantero (si no existe Air-Bag de acompañante).

GRUPO 1 (de 9 a 18 Kg.; de 9 meses a 3 años) →

Silla en sentido contrario a la marcha: Se acoplan al propio cinturón del coche. Se pueden situar tanto en el asiento trasero como delantero.

Silla en sentido de la marcha: Se utiliza el propio cinturón del coche o uno que trae la silla.

GRUPO II (de 15 a 25 Kg.; de 3 a 6 años) →

En este grupo los dispositivos de retención se acoplan a los cinturones de seguridad del vehículo, utilizando un ajustador que adapta el cinturón a la altura del hombro del niño.

Asientos con ajuste de cinta del cinturón del vehículo: La silla es una pieza única no desmontable.

Cojín elevador con respaldo: Se puede desmontar el respaldo y utilizarse después como elevador.

GRUPO III (de 22 a 36 Kg.; de 6 a 12 años) →

Cojín elevador: Coloca al niño a la altura suficiente para utilizar el cinturón del vehículo.

Ajustador de altura de la cinta: Permite acoplar los cinturones convencionales del vehículo a la altura del hombro.

Cinturones especiales.

LA OPINIÓN DE

Josep Bras i Marquillas

Pediatra. Centre d'Atenció Primària Poblenou, Barcelona

Presidente de la AEPAP

La actual situación de la Pediatría en Atención Primaria parece indicar cierta crisis y recesión. Por ejemplo el descenso anual de plazas de MIR pediátricos parece superar al descenso de la natalidad. Es decir parecen querer estrangular lentamente la Pediatría en Atención Primaria a base de quitarnos de en medio, sin agitación, sin declaraciones polémicas. Simplemente con un BOE cada año.

Para evaluar las necesidades sanitarias infanto-juveniles se estudiarán:

- 1. Las "necesidades" sanitarias: basadas en diagnósticos, objetivación del pediatra.
- 2. Las "demandas" o consumo asistencial: basadas en motivos de consulta, objetivación del usuario demandante

Si sumamos necesidades y demandas nos sale un perfil profesional casi tan alejado del pediatra hospitalario como del Médico de Familia.

Ante tan absurdo dilema entre médicos "de familia" capacitados para atender en atención primaria a adultos, y pediatras capacitados para atender en el hospital a niños y quizá adolescentes, matemáticamente sólo caben dos opciones:

1. que los médicos de familia aprendan pediatría de atención primaria o bien
2. que los pediatras aprendan pediatría de atención primaria

Para llegar al objetivo deseado cuál sería la reforma curricular que pueda resultar más eficiente: la de MFyC, o bien la de Pediatría? Esta pregunta puede responderse desde varias ópticas:

1. La óptica técnica u operativa: evidentemente es más fácil y barato que sean los pediatras, que ya saben tratar niños en hospital, urgencias y policlínica.
2. La óptica de los gerentes: es más cómodo un juego en que todas las piezas sean iguales (médicos de atención primaria), aunque su efectividad y eficiencia sea menor. Pero qué prefieren: ¿rendimiento en salud para la población? ¿O más bien simplificación administrativa, con reducción de sus problemas? Duda política, y ética, profunda.

Y por cierto: ¿de dónde proceden la mayoría de médicos gerentes?

3. La óptica de los responsables de la docencia médica: ¿quién exigirá antes la competencia docente sobre la "Pediatría de Atención Primaria" (90% de la ocupación de los pediatras españoles)? ¿Los responsables docentes de Pediatría o los de Medicina de Familia?. Quisiera creer que los primeros, pero la evidencia actual me impide afirmarlo. Los segundos callan, pero los primeros no hablan.

4. La óptica de los pediatras asistenciales: si se extingue la Pediatría primaria pública aumentará la demanda privada, con lo cual algunos ganarán trabajo y dinero. Como en Gran Bretaña. Y los pediatras "consultores" verán más patología y estarán más satisfechos. Aunque posiblemente la pediatría preventiva empeorará, y tras ella la salud infanto-juvenil (en fin: las de nuestros chavales). Y los servicios pediátricos quedarán acantonados en hospitales y reducidos a su mínima expresión, como "especialistas consultores", con nula trascendencia social o beneficio sanitario colectivo. Unos esperan ver su riqueza, otros la salud infanto-juvenil. Y encima cuanto más desorganizados estén los pediatras primarios públicos, mejor. Más fácil será desmantelarlos.

5. La óptica de la población: parece exigir que a los niños les atiendan pediatras, igual que a las embarazadas toco-ginecólogos, y a los adultos médicos "generales" (nombre con que conocen a los médicos de familia). En realidad la población quiere que quien les atiende sepa y le arregle sus problemas. El título les importa un pijo: su dialéctica es sobre aptitudes, no sobre méritos académicos.

6. Me he olvidado de los políticos parlamentarios y gubernamentales. Posiblemente ellos articularán políticas en base al equilibrio de fuerzas y recursos.

Como podéis observar nunca existe una única respuesta. Como mínimo hay dos, y posiblemente muchas más. Y todas tienen sus razones y caben en nuestro suelo.

1. La de nuestra clásica Pediatría Extrahospitalaria privada, con escasa atención a la preventiva, al sector público, a los estudios de salud colectiva, a la docencia profesional. Y

2. La de nuestra moderna Pediatría Primaria pública, sin actos colectivos vistosos, con gran atención a la preventiva, y a la "Medicina basada en la evidencia" (= pruebas científicas), al sector público y a los datos epidemiológicos colectivos, a la gestión priorizada de recursos escasos, a sí como a la docencia profesional. Espero que su potenciación, en el seno de las Asociaciones de Pediatría de Atención Primaria, aglutinadas en el seno de la AEPAP (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria) fortalezca la capacidad de presencia, de interlocución y, en su caso, de presión de este colectivo, hasta ahora sumamente disperso, hacia nuestro objetivo de una atención primaria a la infancia y adolescencia realizada por profesionales auténticamente capacitados para esta actividad sanitaria: los Pediatras correctamente formados en Atención Primaria.

CARTAS A LA SECCIÓN

Asociación Española de Neurofibromatosis

Como miembro de la Asociación Española de Neurofibromatosis (Nf) y vocal para Extremadura, ante la oportunidad ofrecida por el Dr. D. Juan José Morell Bernabé, deseo aprovechar ésta ocasión y utilizar esta revista de pediatría como medio de comunicación en Uds. los profesionales sanitarios y nuestra Asociación. Asimismo recordar la importancia que representa esta oportunidad, más aún dada la presente situación por la que estamos atravesando todos los sectores sanitarios y sociales implicados, como consecuencia de las próximas transferencias que en materia de Sanidad ha de recibir la Junta de Extremadura, asunto éste destacable, máxime tras la Reunión celebrada en Noviembre pasado con el Ilmo. Sr. Consejero de Sanidad y Consumo de la Junta y nuestra Asociación, en donde se ofreció y comprometió a estudiar y buscar respuestas a nuestras propuestas, entre ellas la principal, la ELABORACIÓN DE UN CENSO DE AFECTADOS EN EXTREMADURA, que nos sirva de base para comenzar con nuestras actividades y poder *lograr* nuestros objetivos socio-sanitarios.

Dada la importancia del censo para nuestra Asociación, es por lo que tenemos pensado organizar en OTOÑO una reunión para afectados y familiares de Nf, que nos sirva de punto de encuentro y darnos a conocer y poder establecer pautas de trabajo que nos permita organizarnos a nivel de esta Región.

Nuestro interés se centra actualmente en solicitar del colectivo de pediatría que Uds. representan, la colaboración necesaria, para que a través de una ficha clínica que se adjunta, nos facilitasen los datos anónimos para poder confeccionar ese censo que nos sirva de partida.

Les ruego a Uds. en nombre de nuestra Asociación, puedan facilitar a esas personas afectadas, de forma voluntaria, los datos de nuestra Asociación y de mi persona, para que puedan contactar con nosotros, y dar inicio a una organización extremeña, con el fin de lograr aquellas prestaciones, ayudas y servicios que nuestra enfermedad demanda.

Ante el interés que nos mueve a la Asociación en pretender salir de olvido y desidia, que por parte de las distintas Administraciones implicadas, se viene produciendo, es por lo que les solicitamos a Uds. los pediatras, poder darnos a conocer a las personas afectadas y familiares, a través de sus consultas médicas oficiales, para beneficio de todos, y de esta forma ser punto de convocatoria para esa futura reunión a celebrar en Otoño.

Les agradezco en nombre de la Asociación Española de Neurofibromatosis y de tantas familiar que la componen, la atención prestada y el interés que requiere este asunto. Aprovecho la ocasión para enviarles un cordial saludo.

Atentamente

Javier Zamora Alonso
C/ José Canalejas 10
06480 Montijo
Tfno: 606189714

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

Síncope

El proceso más frecuente es el denominado síncope vasovagal y consiste en cualquier pérdida temporal de conciencia por cesación transitoria y reversible de las funciones cerebrales, debida a hipoperfusión cerebral. Son característicos del cuadro su aparición brusca, la pérdida de tono postural y la transitoriedad (10-15"). Durante la crisis se detecta palidez, bradicardia y sudoración fría, mejorando al adoptar la posición horizontal. Si dura más de 15" se puede producir un espasmo tónico generalizado y la recuperación es breve. El proceso es más frecuente en escolares y adolescentes, sobre todo en niñas. Investigar situaciones desencadenantes como estrés emocional, maniobras de Valsalva, ambiente caluroso, ayuno, ingesta de alcohol... Y descartar otros procesos como epilepsia, patología cardíaca (arritmias, estenosis aórtica), ingesta de fármacos-tóxicos, crisis hipoglucémicas.

SÍNCOPE

Ane mia
Ansiedad
Arritmia
Espasmo del sollozo
Migraña

Lesión cardiaca
Hiperventilación
Hipoglucemia
Histeria
Fármacos

Síncope ortostático
Convulsiones
Síncope tusígeno
Síncope vasovagal
HTA

