

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 MILTE

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

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

Editor:  
Jaime J. Cuervo Valdés

## SUMARIO

### EDITORIAL

El Pediatra de Atención Primaria también existe .....PAG 2

### CARTAS

Atención a los niños saharauis.....PAG 3

### NOTICIAS

Elecciones de la AEPap

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

### SALUD ESCOLAR

Mercedes Reymundo García .....PAG 7

### INFORMACIÓN PARA PADRES

Otitis media aguda .....PAG 13

### CONGRESOS 2002-03

7-8 de Marzo de 2003

III Foro de Pediatría de Atención Primaria en Extremadura.

Lugar de celebración:  
Complejo Cultural San Francisco. Cáceres

### CURSO 2002-03 SECCIÓN DE BADAJOZ

(Fechas sin confirmar)

Taller de Rehabilitación

Taller de Radiología

Dietas básicas en Obesidad



## EDITORIAL

### El Pediatra de Atención Primaria también existe

Desde la creación de los Equipos de Atención primaria en el año 1984, los pediatras que trabajamos en este ámbito nos hemos encontrado en una situación de minoría y aislamiento, que ha condicionado el desarrollo de nuestra ingente actividad en unas condiciones de marcada desigualdad.

La integración real de los Pediatras en los Equipos de Atención Primaria se ha visto dificultada, en múltiples ocasiones, por la ausencia –o como mucho, la presencia simbólica y casi anecdótica- de Pediatras en los puestos de Gestión y Organización de la Atención Primaria.

**Pero el Pediatra de Atención Primaria también existe.** La sociedad lo sabe y, cada vez más, reclama para sus hijos una atención acorde con las exigencias especiales del mundo de hoy, una atención que le brinde garantías, asumida por profesionales que se hayan formado específicamente para ese cometido, que reúnan la capacitación científico-técnica necesaria, junto con la motivación personal, la implicación suficiente y la sensibilización natural hacia el niño su entorno y sus problemas. Los cambios producidos en los últimos años en la mentalidad de la Sociedad, condicionan que, en el momento actual, las preocupaciones que afectan a las familias se dirijan a que el niño se desarrolle completamente en Salud, que no sólo no tenga defectos físicos sino que su desarrollo sea óptimo, que su progresión educativa, emocional e intelectual sean igualmente las mejores y que su inserción en la Sociedad, asimismo, sea lo más completa e idónea posible.

Los aspectos preventivos, por tanto, cobran una especial relevancia en la dedicación profesional de los Pediatras de Atención Primaria. La alimentación a lo largo de toda la etapa de crecimiento, la prevención de enfermedades infecciosas y metabólicas, la promoción de actividades saludables como ejercicio físico, ocio y tiempo libre adecuados, el control del crecimiento, la higiene escolar y la terapia y el apoyo psicológico se convierten en objetivos y demandas primordiales para el niño y el adolescente actuales. La pediatría Social es hoy un campo amplísimo de actividad cuya responsabilidad recae fundamentalmente en el Pediatra de Atención Primaria. No podemos olvidar que hay un grupo de niños sometido al abandono y los malos tratos y que el Pediatra, que conoce a las familias y su entorno, tiene hacia ellos una responsabilidad ineludible.

Teniendo en cuenta todas estas exigencias, no cabe duda que **hoy el profesional más capacitado para dar respuesta a estas expectativas es el Pediatra de Atención Primaria.** Así lo viene haciendo contra viento y marea, en condiciones la mayoría de las veces adversas, luchando contra el tiempo, la escasez de recursos y el ostracismo en el que le tiene abandonado, hasta la fecha, la Administración. Cuando la atención al niño ha dejado de centrarse exclusivamente en la enfermedad, cuando los aspectos psicológicos, sociales, educacionales son de una importancia capital en el desarrollo óptimo del niño y el adolescente, cuando los problemas de salud se van decantando hacia el terreno de procesos de adaptación al medio y a un entorno, la mayoría de las veces hostil, se hace necesaria la presencia de un profesional que sea capaz de **aglutinar, considerar e integrar** todas esas vertientes, un profesional dedicado de pleno a conseguir el cumplimiento y el logro de lo que ha de ser el objetivo primordial de la Atención integral de niños y adolescentes: su máximo estado de salud en el sentido más global posible.

A las 48 horas de vida el niño recién nacido es dado de alta en el hospital y comienza a ser responsabilidad, desde un punto de vista sanitario, del Pediatra de Atención Primaria. Esta responsabilidad la deberá mantener hasta que el niño finalice su crecimiento. Con estas expectativas, el perfil profesional del Pediatra adquiere una complejidad enorme. Debe actuar como recuperador de la salud del niño, debe ser promotor de salud, debe anticiparse, con todos los medios a su alcance, a las enfermedades y conductas no saludables, en especial de los Adolescentes, pero, además, debe ser el **nexo que coordine** el resto de las intervenciones sobre él, no sólo en el ámbito sanitario -hospital o especialistas- sino también en el familiar, social, y educativo. El Pediatra de Atención Primaria debe asumir cada vez más **un papel integrador de las actuaciones sobre niños y adolescentes**, de forma que pueda aunar esfuerzos y lograr la mejor y más eficaz Atención Integral de todos ellos. Para ello el Pediatra debe trabajar en equipo y saber aprovechar los recursos humanos y materiales a su alcance de tal manera que los optimice en beneficio todos.

Los Pediatras de Atención Primaria han demostrado que poseen un alto nivel de formación, la mayoría de las veces dependiente de su buena voluntad- los programas docentes están elaborados por y para otros profesionales y raras veces tienen en cuenta las necesidades específicas de los pediatras- junto con una marcada inquietud científica y ello les convierte en los profesionales más idóneos para asumir esta atención integral, integrada, programada y basada en la evidencia del niño y del adolescente de hoy.

Hasta la fecha toda esta agotadora actividad la viene llevando a cabo en solitario, sin contar apenas con el apoyo de los Gestores, olvidado por todos y basándose en una "buena voluntad" fundamentada en su profesionalidad y en la supremacía que concede al niño en todo su ámbito. Pero los Gestores no deben olvidar, y menos en estos momentos de cambio, que cualquier profesional requiere ser oído y escuchado, apoyado e incentivado y que la participación en la planificación y organización de la actividad debe ser requisito imprescindible para conseguir una orientación profesional adecuada a las necesidades de todos.

Nadie debe olvidar en ningún momento que El Pediatra de Atención Primaria también existe, desarrolla una actividad de vital importancia para la Sociedad y es el profesional más capacitado para asumir la responsabilidad del niño en tanto duran su crecimiento y su desarrollo.

Matilde Santos Gómez  
Vocal Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura

## CARTAS

### Atención a los niños Saharauis

Carta de la Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura que será remitida a los Centros de Salud con motivo de la estancia de los niños saharauis, pidiendo nuestra colaboración, como en campañas anteriores, para el examen de estos niños.

Estimado/a compañero/a:

Como ya saben, en los próximos días llegarán a nuestra Comunidad Autónoma niños y niñas saharauis integrados en el Programa "Vacaciones en Paz"

Aunque los dispositivos de asistencia sanitaria por si enfermaran están previstos legalmente, desde la Asociación Extremeña de Amigos del Pueblo Saharaui, con el apoyo del Servicio Extremeño de Salud (SES) y Consejería de Sanidad y Consumo, se pretende aprovechar su estancia para la realización de un examen de salud, imposible de realizar en los campos de refugiados de donde proceden, e intentar solucionarles algunos de sus problemas de salud

Poner en su conocimiento que la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex), la Sociedad Extremeña de Medicina General (SEMG) y la Sociedad Extremeña de Medicina Familiar y Comunitaria (SemfYc) han decidido implicarse, colaborando y apoyando esta iniciativa, que sin lugar a dudas ofrece la posibilidad a estos niños de mejorar su estado de salud y su calidad de vida.

Por todo lo expuesto, le pedimos su colaboración activa y desinteresada con éste Programa, para ello todo lo que tienen que hacer es dejar un hueco en su agenda de Consulta programada para poder realizarles a estos niños un Examen **de salud completo** similar al que realizan a un niño de su población.

La familia de acogida le solicitará una cita para consulta programada en los primeros días de su llegada a Extremadura. Traerán consigo un modelo de **Ficha de Examen de Salud**, que deberá devolvérsela cumplimentada y anotando los problemas de salud detectados; en relación a la derivación a especializada, recibirán próximamente instrucciones del Servicio Extremeño de Salud (SES).

Para facilitarle su labor le enviaremos una guía informativa en relación con los datos a recoger en el Examen de Salud, con la patología más prevalente en estos niños, y las pruebas complementarias básicas a realizar, asimismo algunas recomendaciones sobre cuidados de higiene general, alimentación y prevención de accidentes, así como la medicación antiparasitaria que debe administrarse a todos los niños a su llegada.

Esperando que esta información le sea útil, y agradeciendo su colaboración.

Nota: una vez acabada la estancia de estos niños entre nosotros será realizado un informe con los

resultados de todas los hallazgos encontrados en las revisiones realizadas que serán remitidos a todos los centros de salud.

## NOTICIAS

### **Elecciones de la AEPap.**

En el Congreso de la AEP celebrado en Bilbao, tuvieron lugar las primeras elecciones a la junta directiva de la AEPap, con el siguiente resultado:

Presidente: Juan Ruiz-Canela Cáceres. PAP de Andalucía.

Vicepresidente: Joseph Bras i Marquillas. PAP de Cataluña

Secretario: Juan José Morell Bernabé. PAP de Extremadura

Tesorero: César García Vera. PAP de Aragón

Desde aquí felicitar a nuestro presidente por la elección y mandarle todo nuestro apoyo para una labor que, a buen seguro, será muy fructífera.

### **Última información del estado de la OPE.**

La Audiencia Nacional da el visto bueno a la OPE extraordinaria

El primer asalto de la batalla judicial que la OPE extraordinaria ha abierto se ha saldado con victoria de la ley respaldada en la mesa sectorial de Sanidad y más tarde aprobada por práctica unanimidad en el Congreso. La Audiencia Nacional ha declarado que las ofertas derivadas de la Ley 16/2001 cumplen las condiciones para que un proceso extraordinario sea constitucional y avala la diferencia de trato entre autonomías.

La OPE extraordinaria del Insalud ha pasado su primer test de legalidad: la Sala de lo Contencioso-administrativo ha decidido que las alteraciones al régimen normal de provisión de plazas que esta oferta incluye no violan los principios constitucionales.

La sentencia ha estudiado la reclamación presentada por tres facultativos que impugnaron, en concreto, las órdenes del Ministerio de Sanidad que convocaron el proceso para plazas de médicos de familia en equipos de atención primaria y de médicos de urgencia en hospitales. El núcleo de la demanda se basaba en la particular valoración que la formación MIR recibe en el baremo.

No obstante, la sentencia va más allá y analiza el fondo constitucional de la entera OPE extraordinaria, lo que da una primera pista sobre el futuro de las decenas de recursos que aún quedan por enjuiciar.

La sentencia se remite a un aspecto clave: "Las determinaciones del baremo son las establecidas por la Ley 16/2001, por la que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario (...) que, como pone de manifiesto su Exposición de Motivos, tiene por objeto poner fin a la alta temporalidad que padece el personal estatutario".

Sin duda, esto obliga a introducir criterios restrictivos respecto a cualquier OPE normal, que el Tribunal Constitucional ha censurado en varias ocasiones. No obstante, no es menos cierto que la propia doctrina constitucional lo admite si concurren tres criterios: que se trate de una situación excepcional, que el proceso extraordinario se use por una sola vez y que lo ampare una ley. En palabras del Tribunal Constitucional que la Audiencia recoge, "la diferencia de trato establecida en la ley a favor de unos y en perjuicio de otros puede considerarse razonable, proporcionada y no arbitraria (...), siempre que dicha diferenciación se demuestre como un medio excepcional para resolver una situación también excepcional, expresamente prevista en una norma con rango de ley y con el objeto de alcanzar una finalidad constitucionalmente legítima, entre la que se integra también la propia eficacia de la Administración".

En este contexto, la sentencia considera legítimo que la formación MIR reciba una puntuación especial - aparte de que la medida está avalada por otras normas- y que los aspirantes de otra Administración distinta de la convocante reciban un tercio de la puntuación por experiencia profesional que la que obtienen los nativos. Esta diferencia está justificada para evitar que "se produzcan desplazamientos masivos de profesionales entre comunidades autónomas" y por el hecho de que "se hace recíproca entre los diferentes servicios de salud", por lo que "no ha de entenderse contraria al principio de igualdad, por no ser irracional ni discriminatoria".

Los autos sobre peticiones de suspensión cautelar no prejuzgan nunca el fondo del asunto, pero lo cierto es que la Audiencia Nacional ya dio un primer indicio sobre hacia qué lado se inclinaría la balanza cuando

decidió no suspender el proceso extraordinario de consolidación del empleo antes de dictar sentencia sobre la cuestión.

El ponente de ese auto -el magistrado Juan Carlos Fernández de Aguirre- se remitió a la doctrina del Tribunal Supremo que da "prevalencia al interés general", que en este caso era la posibilidad de que más de 10.000 médicos obtuviesen plaza fija en el sistema. Por ello, exigió a los reclamantes -que también podían verse perjudicados por la no suspensión- que sacrificasen sus intereses en pro de la "protección del interés público". Este es también el fondo que late en la sentencia ahora dictada, que ha sometido a la OPE al test de constitucionalidad y -al menos de momento- lo ha superado con éxito. Fuente: Diario Médico.

### **Facultativos Especialistas de Área y Pediatras de Primaria iniciarán las pruebas de la OPE extraordinaria a finales de octubre.**

La Comisión de Coordinación Específica del Consejo Interterritorial, integrada por las comunidades de Andalucía, Canarias, Galicia, Valencia, y la Comisión de Desarrollo y Seguimiento, compuesta por la comunidades que antes gestionaba el Insalud, ambas presididas por el director general de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad, Fernando Vicente, han acordado que el inicio de las pruebas selectivas previstas en la oferta de empleo (OPE) especial se lleven a cabo a finales del mes de octubre y no en septiembre, como en principio habían ideado. Esta decisión, según se recoge en una nota oficial, ha sido acordada en las segundas reuniones que han mantenido los días 14 y 18 del presente mes de junio las Comisiones encargadas de coordinar el proceso de consolidación de empleo.

Las primeras categorías profesionales que darán el pistoletazo de salida a las pruebas, según ha informado el Ministerio de Sanidad, serán las correspondientes a los facultativos especialistas de área (FEA) que afectan a 45 especialidades. A ellas se añadirá también la categoría de Pediatría de Atención Primaria.

Durante las próximas semanas se publicarán los listados provisionales de admitidos y excluidos a las diferentes convocatorias

En el citado texto oficial, se recoge que estas pruebas selectivas tendrán lugar simultáneamente el mismo día y a la misma hora en el respectivo ámbito de la Comunidad Autónoma donde los candidatos se presenten. La misma nota indica que durante los siguientes meses se irán celebrando las pruebas para las restantes categorías, debido a la complejidad del proceso, y de las decenas de miles de plazas y solicitantes afectados.

Como se recordará, la Ley 16/2001 en la que se basa la convocatoria de la OPE especial establece que "la fase de selección se convocará y realizará de manera independiente en cada servicio de salud, en el ámbito de las competencias de éstos. No obstante, las diferentes convocatorias de los servicios de salud correspondientes a la misma categoría o especialidad de personal se desarrollarán entre sí de manera coordinada y simultánea".

Además, durante la próximas semanas, se irán constituyendo los Tribunales de las respectivas categorías, referidas anteriormente. Estos Tribunales, conforme establecen las bases de las respectivas convocatorias, se responsabilizarán de proponer el contenido y características de las pruebas selectivas, que para el caso de las categorías que se iniciarán en el mes de octubre consistirá en la redacción de una memoria.

En este sentido, el director general de Recursos Humanos de Sanidad anunciaba hace algunas semanas que tanto la Comisión de Coordinación como la de Desarrollo y Seguimiento establecerían los criterios comunes en lo que se refiere a la constitución de los tribunales y contenido de las pruebas. Fuente: El Médico

Interactivo

CARTAS

Podéis enviarnos vuestras opiniones y sugerencias :  
Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura  
Foro Pediátrico  
Colegio Oficial de Médicos  
Avda. Colón 21 Badajoz  
Por e-mail: [jjcuervov@spapex.org](mailto:jjcuervov@spapex.org)

## FECHAS A RECORDAR

**19-21 de Septiembre 2002** 27 UMEMPS CONGRESS **Organiza:** Unión de las Sociedades de Pediatría del Oriente Medio y del Mediterráneo **Lugar de celebración:** Alicante **Web:** <http://www.socvaped.org/secre/umemps.htm> **Secretaría científica:** Dr. M. Juste. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario San Juan. Alicante e-mail: [pediatria@umh.es](mailto:pediatria@umh.es) **Secretaría organización:** Viajes Pacífico S.L. Barcelona. Tel.: 932388777 Fax: 932387488 e-mail: [pg@pacifico-meetings.com](mailto:pg@pacifico-meetings.com)

**20-23 de Septiembre 2002** 36TH ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN SOCIETY OF PAEDIATRIC NEPHROLOGY **Lugar de celebración:** Palacio de Congresos. Bilbao **Secretaría científica:** Hospital de Cruces. Bilbao **Secretaría organización:** ERGON TIME e-mail: [ergon@ergon.es](mailto:ergon@ergon.es) Tel.: 91-636.29.30 Fax: 91-636.29.31

**18 de Octubre 2002** VIII JORNADA DE AVANCES EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA. **Lugar de celebración:** Hospital materno infantil Vall D´Hebrón. Barcelona **Secretaría organización:** C/ Calvet, 55. Barcelona 08021 Telf: 932007088 Fax: 932093152 e-mail: [congresos@atlantaviajes.es](mailto:congresos@atlantaviajes.es)

**31 Octubre-3 de Noviembre 2002** XVI CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA **Lugar de celebración:** Palma de Mallorca **Web:** [www.sepeap.es](http://www.sepeap.es) **Secretaría organización:** Grupo Pacífico. e-mail: [gp@pacifico-meetings.com](mailto:gp@pacifico-meetings.com)

**14-16 de Noviembre 2002** II CONGRESO NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA **Lugar de celebración:** Hotel Meliá. Sevilla **Web:** [www.saludaliamedica.com/clm2002/](http://www.saludaliamedica.com/clm2002/) **Secretaría científica:** Servicio de Pediatría. Hospital General de Teruel. Avda Ruiz Jarabo s/n. 44002 Teruel. Tel. 676 817 376 Fax: 978 621 310 e-mail: [martinc@nexo.es](mailto:martinc@nexo.es) **Secretaría organización:** Grupo Pacífico. e-mail: Viajes El Corte Inglés Sevilla-Central Comercial. Teniente Borges, 5 (41002) Sevilla Tel.: 95 450 66 00 /95 450 66 05 Fax: 95 422 3512 e-mail: [sevillacongresos@viajesci.es](mailto:sevillacongresos@viajesci.es)

**21-23 de Noviembre 2002** 7TH CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR PAEDIATRIC DERMATOLOGY **Organiza:** Society for Paediatric Dermatology **Lugar de celebración:** Barcelona **Web:** <http://quadromsl.com/esp2002/congreso.nsf> **Secretaría científica:** Dr. Ramón Grimalt. Departamento of Dermatología Hospital Clínico. Villarroel, 170 08036 Barcelona. Tel. 93 2275400 Ext.2422 Fax. 932275438 e-mail: [rgrimalt@medicina.ub.es](mailto:rgrimalt@medicina.ub.es) **Secretaría organización:** RCT McCann Meetings. Josep Irla i Bosch, 5-7 Entlo. 8034 Barcelona Tel.93 206 4646 Fax.93 204 9732 e-mail: [cati.aurell@mccann.es](mailto:cati.aurell@mccann.es)

## **SALUD ESCOLAR**

Mercedes Reymundo García. Pediatra AP. CS. La Paz. Badajoz

Con creciente pujanza la atención colectiva a la salud infantil y juvenil rebasa el ámbito estrictamente clínico para enfocarse en el conocimiento de los factores de riesgo y en la prevención de accidentes y de abusos físicos, emocionales y sociales así como en la promoción efectiva del bienestar y la protección de sus derechos por medio de la integración de disciplinas, recursos y servicios públicos y voluntarios de naturaleza sanitaria, educativa y de protección social y política.

El comportamiento de la demografía y la emergencia o recrudescimiento de patologías y factores de riesgo estrechamente asociados a la desigualdad de oportunidades para el desarrollo personal sano, constituyen referentes de primera magnitud para la comprensión de la transformación de la Pediatría, de su capacidad de respuesta y de resolución a nuevas necesidades y problemas sanitarios de la población pediátrica.

Somos conscientes de que existe un aumento de la desestructuración familiar, de las interrupciones voluntarias de embarazos en adolescentes, de los accidentes, las patologías psicosociales y la reaparición de enfermedades infecciosas.

En 1985 la entonces Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Extremadura, a través del decreto 219/1985, dotó de marco legal, para poder integrar las distintas actividades bajo el objetivo general de seguimiento y desarrollo de la salud infantil.

Hoy no sólo ha cambiado la población destinataria del programa (0-14 años) sino también los problemas que en la actualidad son más prevalentes en estas edades que han ido desplazando a otras más tradicionales que tenían una respuesta más efectiva desde un solo sector.

El hecho de haber superado, con las nuevas intervenciones y tecnologías, las causas que en fechas recientes constituían gran parte de la mortalidad prematura nos enfrentan a un nuevo niño con una dimensión social importantísima y cuya atención está dirigida a conquistar espacios de vida en su propio entorno familiar y educativo que sólo encontrarán respuesta desde un enfoque intersectorial.

El trabajo de supervisión y promoción de la salud llega a suponer el 55% de las visitas que se realizan en la época de lactante y el 15% de las que se realizan entre los 6 y 10 años.

Las pruebas de cribado, para identificar en la población asintomática aquellos casos de alto riesgo para una determinada patología, son una práctica frecuente en la consulta pediátrica. La utilidad de estas pruebas ha sido, y sigue siendo discutida y sometida a continuos cambios.

El contenido y frecuencia de los exámenes deben ser lo suficientemente flexibles como para adaptarse a las numerosas modalidades de familias y de niños existentes.

### **El “Programa del niño” actualmente incluye:**

- Cribado neonatal de fenilcetonuria e hipotiroidismo
- Prevención de síndrome de muerte súbita
- Cribado clínico de la displasia del desarrollo de la cadera en neonatos y lactantes
- Promoción de la lactancia materna y supervisión de la alimentación en el primer año de vida.
- Supervisión del crecimiento y del estado nutricional: antropometría seriada.
- Cribado del retraso psicomotor y trastorno del lenguaje
- Cribado de la criptorquidia
- Cribado del estrabismo, ambliopía y otras anomalías oculares
- Cribado de la hipoacusia
- Consejo de prevención de accidentes
- Actividades de prevención y promoción de la salud bucodental
- Detección del abuso, maltrato y falta de cuidados.
- Prevención del tabaquismo pasivo y activo
- Prevención del consumo de alcohol
- Vacunas sistemáticas de 0 a 14 años
- Prevención en adolescentes del embarazo y enfermedades de transmisión sexual

El SAS (Servicio Andaluz de Salud) incluye en el “Seguimiento de la salud infantil”:

- Al menos tres controles en el primer año de vida
- Un control de salud entre los 15 y 18 meses
- Un control de salud a los 2 años
- Un control de salud a los 4 años
- Educación sanitaria y prevención de accidentes infantiles en cada control

Nuestro programa implica 7 visitas durante el primer año, tres durante el segundo y una anual desde el tercer año al quinto, y tres (6, 10 y 14) entre el 6º y los 14 años (12-13 controles).

### **Contenido de los exámenes de salud en la edad escolar (6 a 11 años)**

Historia clínica:

- Hábitos: nutrición, sueño y actividad física / deporte
- Rendimiento escolar
- Relaciones con compañeros
- Desarrollo y personalidad
- Realización de ejercicio físico
- Nº de horas que ve TV y que dedica a videojuegos y ordenador

Exploración física:

- Somatometría: peso, talla, velocidad de crecimiento
- Tensión arterial
- Valorar desarrollo puberal con tablas de Tanner
- Exploración de las desviaciones del raquis (maniobra de Adams)
- Exploración de agudeza visual mediante optotipos, test de hirsberg y cover test para el alineamiento. Test de colores (Ishihara)
- La audiometría y timpanometría

Medidas preventivas

- Vacunación
- Programa de salud bucodental (Sellado molares, fluoración, vigilar maloclusión)

Como ya comentaba, los problemas que en la actualidad son más prevalentes en estas edades (0-14 años) han ido desplazando a otras más tradicionales que tenían una respuesta más efectiva desde un solo sector.

Las enfermedades infecciosas clásicas, las alteraciones nutricionales, etc... que tenían un abordaje unilateral desde el sector sanitario y asistencial ceden terreno a otros problemas como los ACCIDENTES, el MALTRATO, el FRACASO ESCOLAR, así como la nueva dimensión de enfermedades infecciosas, -SIDA, MENINGITIS C- cuyo denominador común es el componente social, sumado a la complejidad de factores que hacen posible que ocurra.

La asistencia a adolescentes supone un reto para la capacidad educadora, preventiva y terapéutica de cualquier equipo pediátrico. Debemos ir mejorando los estándares de anamnesis y prevención en el adolescente, para acompañar la intervención preventiva a su paulatina transición vital y a sus necesidades sanitarias.

El gran aumento de demanda por traumatismo (accidentes, deporte y violencia incluidos) y por problemas del área psicosocial exige una adaptación tanto del currículo profesional de nuestra especialidad, como del modelo de Atención Primaria para adaptarse a las demandas reales.

La esperanza de vida de los niños que actualmente visitamos es de unos 100 años, con lo que aumenta la importancia de prevenir las patologías asociadas al estilo de vida y al envejecimiento.

Así, habrá que centrar nuestros esfuerzos en reorientar las consultas del “niño sano” reforzándolas hacia los colectivos en situación de riesgo.

En la medida en que trabajamos por la salud del niño, nos interesa los indicadores y factores de riesgo para su salud mental. Entre ellos destaca por su severidad y prevalencia, la situación de “fracaso escolar”.

El pediatra de atención primaria es, en muchas ocasiones, quien tiene que abordar este problema ante la consulta de unos padres preocupados por la falta de éxito escolar en uno de sus hijos.

Vivimos en una época de numerosos cambios a nivel social y a nivel educativo. El fracaso escolar surge de la interacción del ámbito docente, que se encuentra en la necesidad de establecer y exigir unos niveles de conocimiento de un programa que le ha sido impuesto, y el del alumno que, en determinadas ocasiones, tiene muchas dificultades para conseguir ese objetivo.

Este problema se puede contemplar desde diferentes perspectivas, especialmente la educacional o la sanitaria. A nosotros, como médicos implicados en la asistencia primaria y la nueva medicina escolar nos interesa el problema del **fracaso escolar**, como motivo de la consulta y como objetivo para su prevención.

El fracaso escolar implica para el niño, y a menudo también para su familia, un fracaso social precoz puesto que la escolarización constituye un modelo precoz de socialización infanto-juvenil, con la exigencia implícita de rendimientos mínimos.

En nuestro modelo social competitivo debe añadirse el temor a un futuro fracaso laboral, que inquieta a los familiares.

Las dificultades escolares importantes suponen esta noción de fracaso personal, que constituye un hecho perturbador de la salud mental del niño y un importante elemento de inquietud familiar generadora de tensiones y desajustes.

Un 20% de la población infantil presenta un cociente intelectual normal-bajo (CI entre 70 y 90). Sin embargo, entre los afectos de fracaso escolar esta tasa sube hasta un 50%.

Se admite que la cifra de alumnos con dificultades importantes, candidatos al fracaso escolar, oscila entre un 5-10% y un 50%. Esta última cifra está estimada, sin embargo, en condiciones sociofamiliares precarias, aunque de ningún modo excepcionales.

Las causas del fracaso escolar son variadas y complejas y sin duda influyen factores individuales, pedagógicos, familiares, sociales y políticos.

Existen cuatro causas que tienen especial relevancia desde el punto de vista médico: En primer lugar el retraso mental y los trastornos del aprendizaje y en segundo lugar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno de conducta que puede condicionar secundariamente que el niño fracase en la escuela.

El diagnóstico precoz por parte del médico de estos problemas es un elemento clave para que se tomen las medidas pedagógicas y terapéuticas pertinentes, mejorando de esta forma el pronóstico y evitando que a la larga se asocien otros trastornos psiquiátricos que compliquen el curso clínico.

**Retraso mental:** es el primer diagnóstico que hay que descartar cuando un niño va mal en el colegio. La característica esencial es un cociente intelectual(CI)inferior al término medio con dificultades de adaptación personal y social consecutivas.

El diagnóstico del retraso moderado y grave es fácil de hacer en la exploración clínica del paciente, pero pueden pasar desapercibidos quienes tienen un retraso leve con un CI superior a 60 y los que están por debajo del término medio al tener CI entre 70 y 85. En estos es imprescindible aplicar tests psicométricos fiables para evaluar la inteligencia y establecer el diagnóstico definitivo.

Diagnóstico diferencial del retraso mental:

- Factores sociales: nivel socioeconómico desfavorecido de la familia e inadaptación social y escolar
- Autismo
- Esquizofrenia
- Trastornos del aprendizaje: dislexia, disgrafía y Discalculia
- Síndromes cerebrales crónicos: afasia, alexia y agrafia
- Déficit verbales: disfasia
- Patología visual y auditiva
- Lesiones cerebrales
- Parálisis cerebral
- Enfermedades orgánicas crónicas

**Trastornos del aprendizaje:** constituyen una de las causas mas frecuentes de fracaso escolar que no se diagnostica o que se confunde con retaso mental

1.-Trastornos específicos del aprendizaje:

- Dislexia (dificultad para obtener una lectura funcional) el origen de este trastorno ha sido ligado a diferentes causas: dificultades en la elaboración del, trastornos de la lateralidad, predominio relativo del hemisferio cerebral derecho por déficit del izquierdo
- Disortografía: a menudo es el testimonio residual de una dislexia, y en ocasiones puede estar en relación con trastornos de la personalidad
- Discalculia: (dificultad específica para manejar números y cifras con facilidad) los conflictos emocionales en algunos niños pueden tener efecto negativo sobre esta habilidad.
- Disgrafía: (fuertes dificultades para escribir inteligiblemente) este problema suele tener una base ansiosa aunque en ocasiones puede ser expresión de un bloqueo ideopráxico de base neurológica.

2.-Trastornos de la comunicación:

Trastornos del desarrollo del lenguaje (más frecuentes en niños que en niñas). La adquisición del lenguaje tiene una notable variabilidad interpersonal y tiene múltiples escalas de valoración, pero existen claros

**signos de alerta:**

- Trastornos de la esfera expresiva del lenguaje

- Retraso simple del habla: es una afectación transitoria que precisa seguimiento
- Trastornos de la articulación o dislalias :si persisten deben ser tratadas pues pueden interferir el aprendizaje de la lectoescritura.
- Retraso del desarrollo de la locución o disfasia de producción: si persiste después de los 5 años será necesario tratamiento.
- Disfemia o tartamudez (información anticipatoria), si persiste aún a los 5-6 años debe evaluarse por equipo interdisciplinario.

### 3.-Trastornos del desarrollo motor:

- De la coordinación motriz

**Trastorno de déficit de atención:** junto con el trastorno de conducta son la tercera causa mas frecuente de fracaso escolar en los niños. Ambas entidades, además, se acompañan con gran frecuencia de trastornos específicos del aprendizaje

La evolución suele ser de tipo crónico, pudiendo prolongarse hasta la vida adulta.

Factores pronósticos:

- gravedad del trastorno
- Precocidad del diagnóstico
- Instauración de un tratamiento correcto
- Cociente intelectual
- Adaptación social
- Presencia o ausencia de trastornos de conducta
- Estabilidad emocional de la familia y estilos educativos
- Presencia de trastornos psiquiátricos en el medio familiar
- Nivel socioeconómico

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con :

- Otros trastornos psiquiátricos: Hiperactividad consecutiva a medio familiar caótico y desorganizado
- Retraso mental
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Esquizofrenia
- Trastornos específicos del desarrollo
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de la conducta social
- Trastornos de adaptación
- Tics y síndrome de Gilles de la Tourette

Enfermedades pediátricas: Déficits sensoriales

Enfermedades dérmicas

Hipertiroidismo

Epilepsia del lóbulo temporal

Pequeño mal

Fármacos: 1. Barbitúricos

2.Otros anticomiciales

**Trastorno de la conducta.** Curso clínico:

- Edad preescolar
  - o Temperamento difícil
  - o Hiperactividad
  - o Conductas perturbadoras en el medio familiar
- Edad escolar
  - o Problemas de disciplina en el aula escolar
  - o Aprendizaje deficiente
  - o Novillos
  - o Conductas agresivas
  - o Pérdida de curso
- Adolescencia:
  - o Abuso de alcohol y otras drogas
  - o Promiscuidad sexual
  - o Expulsión del colegio
  - o Actos delictivos
- Vida adulta:

- Trastorno antisocial de la personalidad

La frecuencia e importancia del fracaso escolar y su repercusión tanto en el ámbito personal como familiar, escolar y social le hacen a este problema uno de los más importantes que actualmente preocupan a todos los estamentos implicados para su conocimiento, despistaje, enfoque diagnóstico, evaluación y tratamiento.

El pediatra tiene una función fundamental, pero no exclusiva en su valoración, prevención y tratamiento y debe conocer diferentes aspectos del mismo. Debe ser capaz de poder centrar el problema, dirigir el abordaje diagnóstico y, en la medida de lo posible, ofrecer unas orientaciones terapéuticas o, en su caso – si ello es necesario- derivar el caso a otros profesionales (psicólogo, psiquiatra, o pedagogo etc), siempre que haya fundamento para ello.

**La función preventiva** en este ámbito queda circunscrita a las siguientes estrategias:

- la evaluación periódica del desarrollo psicomotor y psicosocial, con apreciación de los aprendizajes (psicomotricidad, lenguaje, sociabilidad), como cribado de trastornos del desarrollo
- La anamnesis sistemática sobre la actividad escolar (progresos, expectativas, motivaciones, evaluaciones escolares), como cribado de los retrasos de aprendizaje.
- En los casos necesarios, la orientación a los padres cuando consulten al médico por dificultades escolares.

**Así pues en los controles del niño sano se introducirá, en la medida de lo posibles, el estudio o aproximación a los aspectos del desarrollo, aprendizaje y socialización, que generan cada vez mayor número de demandas.**

No existe ninguna prueba sencilla y fiable que identifique problemas propios del retraso escolar. No disponemos tampoco en la actualidad de un etiquetado diagnóstico claro y de uso extendido. Al tratarse de un área compleja (“biopsicosocial”) debe abordarse mediante aproximaciones múltiples.

**En los controles del niño sano a partir de 3-4 años de edad** se incluirán los siguientes elemento:

En el examen somático: cribado de psicomotricidad, visión y audición

**En el ámbito de salud mental:** el pediatra se formará una idea aproximada de la salud mental de su paciente preguntando a los padres sobre:

- El tipo de juego o actividades que el niño desarrolla
- Integración en los grupos de niños de su misma edad o con niños de edad inferior.
- Apreciación de los padres sobre el nivel de comprensión general del niño ante las situaciones de la vida cotidiana.
- Observación por el pediatra de cómo el niño se desenvuelve en la consulta

Lateralidad: debe estudiarse la lateralidad predominante en ojo, mano y pie a partir de los 3-4 años. Lo óptimo es la correspondencia de los tres items en un lado. La situación de lateralidad cruzada ha sido valorada como condicionante de dificultades escolares, básicamente de la dislexia.

Afectividad: un método sencillo aunque de validez escasa es la valoración del dibujo de la familia.

El contenido y frecuencia de los exámenes deben ser los suficientemente flexibles como para adaptarse a las numerosas modalidades de familias y de niños existentes.

La evolución del programa de salud escolar depende directamente (“Nueva guía de salud infantil y de la adolescencia”) del desarrollo del seguimiento de la Salud Infantil; de tal forma que si la atención infantil avanza progresivamente hacia la adolescencia, el programa de salud escolar se reducirá esencialmente a la Educación para la Salud y a la detección de problemas que se manifiesten en el ámbito escolar: trastornos sensoriales, conductuales, posturales y malos tratos.

## VALORACIÓN DEL DESARROLLO EN LOS CONTROLES DEL NIÑO SANO

1. Verificar el retraso	Análisis del último informe escolar
2. Descartar problemas de método o de entorno educativo	<p>Valorar el método familiar de motivación y apoyo al estudio</p> <p>Valorar horario y entorno de estudio</p> <p>Valorar horario y entorno de actividades de ocio</p> <p>Valorar entorno y horario de reposo/sueño</p>
Análisis de la psicomotricidad, sensorio y capacidad mental	<p>Valorar visión y audición</p> <p>Valorar estabilidad / satisfacción del grupo Familiar</p> <p>Valoración familiar de la comprensión del niño</p> <p>Valoración de las relaciones con otros niños y adultos</p> <p>Observación de la comprensión y conducta del niño en la visita</p> <p>Valoración de los juegos del niño</p> <p>Exploración de la lateralidad (ojo-mano-pie)</p> <p>Exploración de la lectura</p> <p>Exploración de escritura</p> <p>Valoración del dibujo de la familia</p>

### BIBLIOGRAFÍA

1. G. Galdó Muñoz El papel del pediatra ante el fracaso escolar. PAPPS
2. Thomas K.McInermy, Niños con dificultades en la escuela: enfoque del clínico pediatra Pediatrics in review vol 17, nº2, abril de 1996.
3. MJ. Mardomingo Sanz, J.A. Ormaechea Beldarrain Fracaso Escolar Pediatría psicosocial. Tratado de Pediatría Extrahospitalaria
4. Mark L. Wolraich, Tratamiento de trastornos del comportamiento de niños en edad escolar: enfoques tradicionales y controvertidos.Pediatrics in review vol 18,nº10, diciembre de 1997
5. Susan Egottlieb y Stanford B. Friedman Trastorno de conducta en niños y adolescentes.Pediatrics in review vol 12 nº 7-8, sep-oct de 1991
6. Michael I. Reif, Gerard A. Banez y Timothy P. Cubert. Trastornos de la atención: diagnóstico y evaluación. Pediatrics in review vol15, nº1 enero de 1994
7. Diaz Atienza Programa integral de valoración y tratamiento para los trastornos específicos del desarrollo y la hiperactividad (Unidad de salud mental infanto-juvenil)
8. Joan Romeu i Bes Trastornos Psicológicos en Pediatría 1999 Ed. Doyma
9. Guía de salud infantil y del adolescente. S.A.S.
10. Retraso y fracaso escolar: magnitud del problema. Tendencias temporales. <http://www.aepap.org/previnfad/retrasoEyL.htm>
11. .M.T. Muñoz Calvo y col. Pediatría Extrahospitalaria Aspectos básicos en Atención primaria M.García-Onieva Artazcoz Exámenes de salud. 3ªed.2001

# INFORMACIÓN PARA PADRES

## OTITIS MEDIA AGUDA (OMA)

### CONCEPTOS:

Otitis media: "líquido en cavidad media del oído"

Otitis media aguda: líquido en cavidad media del oído que da **síntomas agudos**.

Otitis media serosa (OMS): líquido en cavidad media del oído que no da síntomas agudos (se suele manifestar como disminución en la audición, el niño tarda en responder a lo que se le pregunta, hay que decirle las cosas más de una vez)

Hablamos de *otitis media serosa crónica* si el líquido persiste más de 3 meses.

### DIAGNOSTICO DE LA OTITIS MEDIA AGUDA:

**Clínica (síntomas)**: dolor de oídos (otalgia) o su equivalente en lactantes (llanto, irritabilidad, rechazo de las tomas, etc.). *La fiebre no es un síntoma específico de la OMA*, sino un dato acompañante.

**Exploración por otoscopia (signos)**: otorrea, abombamiento timpánico, intenso enrojecimiento de membrana timpánica.

### TIPOS DE OTITIS MEDIA AGUDA:

**OMA esporádica**: episodio aislado de OMA.

#### **OMA Repetición:**

OMA Persistente: los síntomas reaparecen antes de 7 días de haber sido realizado el diagnóstico y tratamiento.

OMA Recurrente: los síntomas reaparecen una vez curado el episodio anterior cuando han pasado más de 7 días.

### FACTORES FAVORECEDORES DE LA OTITIS MEDIA AGUDA: FACTORES DE RIESGO.

**Personales**: varón, menor de 2 años, antecedentes familiares de problemas de otitis de repetición, antecedentes personales de OMA repetición, etc. (*No son modificables*).

**Ambientales**: asistencia a guardería, tabaco en domicilio y época de invierno.

### ETIOLOGIA:

**35% Neumococos, 25 % Haemophilus influenzae**, 15% otros gérmenes bacterianos y en el 25% restante no se aíslan patógenos.

### TRATAMIENTO:

#### **OMA en mayores de 2 años:**

Sin factores de riesgo: analgésicos (Ibuprofeno o Paracetamol) pautados durante 48 horas y si persiste la sintomatología, al tercer día de iniciado el cuadro, deberá consultar con su pediatra porque el niño precisará la administración de antibióticos del primer escalón (Amoxicilina) durante 5-7 días.

Con factores de riesgo: antibióticos de primer o segundo escalón durante 5-7 días.

#### **OMA en menores de 2 años (es un factor de riesgo):**

Sin otros factores de riesgo añadidos: Amoxicilina durante 2 días y si no mejora en 48 horas, antibióticos de 2º escalón (Amoxicilina-Clavulánico 100/12.5, Cefalosporinas 1ª o 2ª generación) durante 7 días.

Con otros factores de riesgo añadidos: Antibióticos de 2º escalón durante 7-10 días.

**OMA Persistente**: mantener antibióticos durante 2-3 semanas.

**OMA Recurrente**: tratar los episodios y su pediatra valorará la derivación al otorrino si el niño ha padecido más de 3 episodios de OMA en un periodo de 6 meses ó más de 5 episodios de OMA en 12 meses (del mismo oído).

Miguel Bermejo Pastor  
Pediatra AP. CS. La Paz Badajoz