

Evolución de la atención primaria pediátrica en los últimos 20 años / Lehen mailako laguntzan pediatriak 20 urtetan izan dituen aldakuntzak

Evolution in Primary Health Care in Pediatrics in the last 20 years

Xabier Txakartegi

Pediatra. Gernikako Osasun Zentroa / C.S. Gernika.

LABURPENA

Lehen Mailako Asistentzia pediatrikoan azken hogei urtetan gertatu diren aldaketen laburpen oso pertsonala egiten da artikulu honetan. Gainbegirada arin baten bidez, pediatriaren lan-funtzionamenduaren aldaketak, bere ezagumenduen bilakaerak, etengabeko ikasketak, antolaketa profesionalak eta Administrazioarekiko harremanak (bere gaur egungo lan-egoera ahaztu gabe) adierazten saiatzen da artikulu hau.

RESUMEN

Este artículo ofrece una visión muy personal de los cambios ocurridos en Atención Primaria pediátrica durante los últimos 20 años. Pretende explicar mediante un examen somero las modificaciones que han tenido lugar en el funcionamiento de trabajo del pediatra, así como en su adquisición de conocimientos, formación continuada, organizaciones profesionales y relaciones con la Administración, sin olvidar las condiciones de trabajo actuales.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria; Pediatría; Formación continuada.

ABSTRACT

This paper provides a personal view of main changes undergone by Paediatric Primary Health Care in the Basque Country during the last 20 years. Changes are explained through daily routine in the Paediatricians work load, continuing training, professional organization and liaison to the Administration along current work conditions.

KEY WORDS: Primary Health Care; Pediatrics; Continuing education.

Los cambios experimentados por la Atención Primaria en Pediatría a lo largo de los últimos 20 años son evidentes. Posiblemente esta transformación comenzó previamente a nivel hospitalario, pero en Atención Primaria (AP) las principales transformaciones han tenido lugar en el periodo de referencia. Antes de la transferencia de la Atención Sanitaria generalizada (Seguridad Social) se habían puesto en marcha numerosas acciones y programas preventivos, como la atención a la mujer embarazada o salud escolar entre otros. Con la transferencia de las competencias sanitarias en 1982 se creó el Servicio Vasco de Salud, Osakidetza, que impulsó el desarrollo de la Atención Primaria e iniciativas como el calendario vacunal o el examen físico de niños sanos (1,2).

Pero la verdadera revolución comenzó en el año 1985, cuando se empezaron a construir los nuevos Centros de Salud (CS). Los primeros CS se empezaron a construir en septiembre de ese mismo año, renovando los primeros servicios y transformando el módulo de 2,5 horas en 40 horas semanales. Poco a poco, en unos 10 años todos los antiguos ambulatorios se extinguieron, salvo algunas excepciones hasta que todos los pediatras se incluyeron en el nuevo sistema. Como he mencionado anteriormente, desde aquellos años hasta ahora, han cambiado muchas cosas en el funcionamiento, en el manejo de las enfermedades y en las medidas preventivas. Los principales cambios acontecidos se resumen en la tabla I.

Medidas preventivas

Uno de los cambios introducidos con el nuevo sistema es la actitud de los pediatras en relación con las medidas preventivas. Son los profesionales médicos que más precozmente intentan evitar o retrasar los problemas de salud. En 1985, con la construcción de los nuevos Centros de Salud se establecieron de manera regular las consultas de prevención con el nombre de "Cuidado del niño sano". Los objetivos principales de este programa son: detectar las enfermedades congénitas del niño, afrontar las enfermedades del desarrollo, el cuidado y seguimiento del desarrollo físico y psicomotor, promover una alimentación y hábitos saludables en el niño y completar el calendario de vacunación (1, 2). Más tarde, a partir de 1999, se añadió el programa de prevención de accidentes infantiles. También se han puesto en marcha otros programas específicos, como por ejemplo para el síndrome de Down (3) o para niños adoptados en el extranjero. En estos casos, los pediatras de Atención Primaria han sido los principales animadores e impulsores de las iniciativas.

Otra actividad que también merece especial mención es la promoción de la Lactancia Natural (LN). A comienzos de la década de los 80 primaba la Lactancia Artificial (LA), estaba de moda dar el biberón. La LA ocasionó muchas desgracias en los niños por errores en la preparación de los biberones (hiperconcentrados, desinfección inadecuada), o bien porque los niños sufrían una reacción inesp-

Azken 20 urteetan aldaketa nabari gertatu da Pediatrian. Behar bada, lehenagotik hasita zegoen ospitaleetan, baina Lehen Mailako Laguntza (LML aurrera) arloan une honen inguruan hasi ziren funtzionamendu berri baten lehen urratsak. Izan ere, Osasun Zerbitzu nagusia (Gizarte Asegurantzak) transferitu baino lehen jarriak ziren abian hainbat ekintza prebentibo, haurduntzarorako atentzioa eta eskola osasuna esate baterako. Hura transferitu zenean (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud izen berria hartzen zuelarik komunitate autonomoan) 1982. urte inguruan, beste lan sistema bultzatzen hasi zen LMLan ekintza prebentiboak sarrituz, txertaketa egutegia eta ume osasuntsuaren azterketa fisikoa kasu dago-kigunez (1, 2).

Benetako "iraultza" dena dela 1985. urtean etorri zen Osasun Zentroak (OZ) sortzen hasi zirenean. Lehenengoak urte horretako Irailean hasi ziren abian lehengo zerbitzuak berregituratuz eta 2,5 orduko moduloa asteko 40 ordukoan bihurtuz. Gutxika-gutxika OZak hedatu egin ziren 10 bat urtetan, salbuespen gutxi batzuk izan ezik pediatra guztiak sistema berria sartuak izan arte. Esan bezala, gauza asko aldatu da orduetik egun arte, funtzionamenduan, gaixotasunen maneian, ekintza prebentiboetan. Eta bururatu zaizkidan lehen mailako egitea pentsatu dut, azalekoak derrigorrez asko dira-eta, baina bazterrean gai garrantzitsurik utziko ez dutenak sakonean tratatutako baten mesedean. Burutazio hauek, I Taulan ikus daitezke laburbidurik.

Prebentzioa

Zertxobait aldatzen hasia zen ikusi dugun moduan; horren adibidea, prebentzioarako pediatren joera izan da, hauek baitira mediku profesio guztian osasun-arazoan aurka alde zuzen gehien saiatzen direnak. Osasun Zentroak eraiki zirenan, 1985ean, arautu egin ziren prebentzioarako kontsulta hauek "Ume Osasuntsuaren Zainketa" izena hartzen zutelarik. Egitarau orokorra berdin jarraitzen bada ere, adin-taldez talde zehaztatu da azken urteetan, batez ere ordena-gailuaren erabilerak erraztatu duelako zehaztapen hori.

Hauek izan dira Egitarau honen helburuak: umearen sortzetiko gaixotasunei antzematea, bilakaerako gaixotasunei aurre egitea, garapen psicomotor eta fisiokoaren zainketa, umearen elikadura eta oihura osasuntsuak sustatzea eta txertoen egutegia osatzea (1, 2). Geroxeago, 1999tik aurrera, istripuei aurre egiteko aholkuen egitaraua gehitu da aipatutakoen gain.

Ume osasuntsuarenaz aparte, beste egitarau batzuk ere egin dira kasu berezientzat, Down sindromedunentzat (3) edo atzerritik adoptatuentzat (4) burutu direnak esate baterako. Kasu hauetan, lehengoetan bezalaxe, LMLko pediatrak izan dira sustatzaile eta egile nagusiak

Prebentzioarako egitasmo honen eredu Edoskitze Naturalaren (EN) suspertzea izan da. Izan ere, 80koen hamarkadaren hasieran Edoskitze Artifiziala (EA) zen nagusi, hau da biberioa ematea zen modakoa. EAren ordezkatzeta 60. hamarkadaren hasieratik gertatu zen eta ezbehar asko sortarazi zuen umeengan, bai biberioak gaizki prestatzen zirelako (hiperkontzentratuak, edo behar den moduan desinfectatu gabekoak ...), bai umeak esne-hautsaren osagai baten bati (behi esnearen proteinari gehienetan) ezusteko erreakzioa egiten ziolako. Orduan, gainera, ez zegoen esne berezirik kaltegarria zena ordezkatzeko eta sarritan beste

Correspondencia:
Xabier Txakartegi
CS Gernika
48300 Gernika. Bizkaia.

TAULA I

Aldaketak lehen mailako laguntza pediatrikoan 20 urtetan (1983-2003)

	1983	2003
Prebentzioa	Ez	Arautua
Txertoak	Egutegi klasikoa Eztabaidarik ez	Egutegi hedatua eta hobetua Ezbaiak ugari
Kontsulta-motak	Gaixotasun organikoak Prestaketa eskasa gaixotasun ez organikoan aurrean	G. ez organikoengatik kontsultaren gehikuntza. Erantzuna eman beharrean, ikasi
Gaixotasunetarako kontsulta arautua	Ez	Bai gutxi batzutan (txurrina ...)
Erizain-Kontsulta	Ez	Ezinbestekoa puerikultura eta gaixotasun ez organiko batzuren jarraipenean
Tresnak	Ea denak faltan	Tira. Askoz ere hobeto
Ospitaleekin hartu-eman	Eskasa	Zertxobait hobea
Elkarte Profesionalak	Hazia ereiten	Osasun ona
Prestakuntza	Norberak egindakoa	Administrazioak eskusartze eskasa
Lan-baldintzak	40 ordu	35 ordu baina Pediatrak okerrago
Irabazkinak	Hondamendia	Hobeto, baina....
Burn-Out	¿???. Seguru bazegoela	Dirudienek frekuentea

rada a algún componente de la leche, principalmente a las proteínas de la leche. Además, en aquella época no había una leche específica para reemplazar el producto que ocasionaba el problema y a menudo la única solución para que estos niños sobreviviesen era suministrarles leche de otra madre. Que una madre diese el pecho a otro niño era un consejo que los médicos daban con buen criterio en los pueblos. En hospitales como Basurto se formaron bancos de leche con el mismo objetivo. Allí iban algunas madres de Bilbao a dar la leche que sus hijos no necesitaban para poder mantener la vida de otros.

Este problema era más grave en las ciudades del Tercer Mundo. Por eso en la década de los 70, la Organización Mundial de la Salud impulsó el programa a favor de la LN. En nuestro entorno comenzaron a ejecutarse este tipo de programas a principios de los años 80. Pero hay que decir que los pediatras de Atención Primaria comenzaron a difundir los consejos de la Asociación Escandinava de Pediatría y para entonces, en muchos casos, la LN era el principal tipo de lactancia en su ámbito de trabajo. Hoy en día, no se puede decir que el objetivo se haya conseguido en su totalidad, porque hay muchos factores condicionantes que lo dificultan (sobre todo condiciones laborales), pero se puede decir que la mayoría de las madres comienzan a dar el pecho y que continúan hasta los 3 meses (5-8)

Otro cambio importante se refiere a la posición del niño lactante durante el sueño, con la cara hacia arriba, porque se ha demostrado epidemiológicamente que es menor el número de muertes súbitas en esta posición que entre los niños que dormían con la cara hacia abajo (9,10)

Para los nuevos pediatras de esos años tampoco fue una sorpresa comprobar que los inhaladores eran perjudiciales. Entonces se recomendaba su uso con frecuencia en el tratamiento de la bronquitis y el asma, pero se demostró que el calor y la humedad a la larga empeoraban la alergenicidad de los ácaros del polvo, porque favorecían su reproducción (11). Se cambió la recomendación.

ama baten esnea zen irtenbide bakarra ume hauek bizirik ateratzeko; ama batek ditia ematea beste ume bati herrietan mediku batzuk kriterio onez emandako aholkua da; Ospitaletan, Basurtun esaterako, esne-bankuak sortu ziren helburu berarekin, eta hara joaten ziren Bilboko ama batzuk bere umeek behar ez zuten gainerako esnea ematen beste batzuren bizia gordetzeko.

Arazo hau larriagoa zen Hirugarren Munduko hirietan eta EA unibertsalizatuz gero areagotzeko arriskua oso handia zen. Beraz, Munduko Osasunerako Erakundeak ENaren aldeko sustapen egitaraua burutu zuen 70. hamarkadan bere aldeko gizarte taldeen eta Eskandinabiako pediatrien esperientzian oinarrituz. Gure inguruan 80. hamarkadaren amaieran hasi ziren Ospitaletan egitarau hoiak betetzen. Baina esan beharra dago 10 urte lehenagotik LMLko pediatrik hasiak zirela Eskandinabiako Pediatrien Elkarteak aholkatzen zuena betetzen eta ordu-rako, kasu askotan, ENa nagusi zela bere lan-esparruan. Gaur egun, ezin da esan helburua guztiz lortu danik baldintza asko dagoelako tartean (lanekoak batik bat), baina esan daiteke gehiengo handia dala bularra ematen hasten dana eta 3 hilebete baino gehiago ematen jarraitzen duen ama (5, 6, 7, 8).

Beste aldaketa garrantzitsu bat umearen lo-aldiaren jarrerari dagokio, aurpegia gorantz ipintzea alegia, frogatu izan zelako epidemiologikoki ume gehiagok galtzen zuela bizia "Bularretakoaren Bat Bateko Heriotza" zela eta aurpegiz behera lo egiten zutenen artean (9, 10).

Urte hoietako Pediatra berrientzat ez zan izan ezuzteko makala ere liringailuak kaltegarriak zirela jabetu zirenean. Orduan asko gomendatzen ziren bronkiolitis eta txurrunaren tratametan, baina frogatu zen beroak eta hezetasunak batera hautseko akaroenganako alergizitatea sortu edo areagotzea eragiten zutela epe luzera, haien ugalketa laguntzen zutelako (11). Beraz, gomendatu ohi zena egun batetik bestera desgomendatzera igaro zen.

TABLA I

Cambios en la atención primaria pediátrica en los últimos 20 años (1983-2003)

	1983	2003
Prevención	No	Reglamentado
Las vacunas	El calendario clásico No discusiones	Calendario ampliado y mejorado Muchas discusiones
Tipo de consulta	Enfermedades orgánicas Falta de formación ante las enfermedades inorgánicas	Aumento de las consultas por Enfermedades no orgánicas. Aprender en vez de dar la solución
Consultas reglamentadas para enfermedades	No	Si en algunas (asma...)
Consulta de enfermería	No	Inevitable en el seguimiento en puericultura y algunas enfermedades no orgánicas
Materiales	Faltaba casi todo	Ha mejorado mucho
Relación con los hospitales	Mala	Algo mejor
Asociaciones Profesionales	Sembrando la semilla	Buena salud
La formación	Iniciativa individual	Poco apoyo de la Administración
Condiciones de trabajo	40 horas	35 horas pero los Pediatras peor
Los intereses	Ruina	Mejor, pero
Burn-Out	¿???. Seguro que habría	Al parecer frecuente

Las vacunas

En esta área de la prevención también se han producido cambios muy importantes en los últimos años. Hace dos décadas se seguía el calendario vacunal con la pauta clásica, sin modificar en muchos años, que incluía la vacunación frente a la poliomielitis, tétanos, difteria y tos ferina. También estaba disponible la vacuna contra el sarampión y desde comienzos de la década de los 80 la Triple Vírica (TV), pero no estaban incluidas oficialmente en el calendario vacunal (12).

Desde entonces hasta ahora estos cambios se han plasmado en el calendario: se recomienda la BCG en la Comunidad Autónoma Vasca (en algunas zonas de Vizcaya y Álava ya se vacunaba desde antes); la TV se incorpora en el quinceavo mes (unos años más tarde se pasa a los 12 meses) y a partir de 1992, se añade una dosis de recuerdo a los 11 años, que en la edición del año 2000 pasa a los 4 años. Con relación al calendario clásico las vacunas del 3º, 5º y 7º mes se adelantan un mes en el nuevo calendario vacunal y la vacuna de recuerdo de la tos ferina se recomienda los 18 meses. En la edición del año 2000 se incorpora una nueva dosis a los 6 años (de tipo acelular).

La vacuna de la Hepatitis B es la siguiente en introducirse en el calendario, en el año 1993. En otras Comunidades Autónomas se decidió administrar esta vacuna en los recién nacidos; sin embargo en la CAPV se pone en 7º curso de primaria (con 12-13 años) y más tarde en la edición de 2000, se incorpora con la pauta 2, 4 y 6 meses.

La introducción de las vacunas conjugadas ha permitido elaborar vacunas contra otras enfermedades importantes, como Haemophilus Influenzae, causante de la meningitis bacteriana sobretodo en menores de 5 años (13-15). La vacunación frente a este agente se pone en marcha a comienzos de 1997, incorporándola con la pauta de 2, 4, 6 y 18 meses. Se puede decir que en nuestro entorno se ha extinguido la meningitis y la epiglotitis ocasionada por esta bacteria.

La meningitis producida por el meningococo del grupo C aumentó antes de la década de los 90, a la vez que disminuía la ocasionada por el grupo B que era endémica (16). Ambos tipos eran muy peligrosos, pero para el grupo B no se disponía de vacuna, mientras que sí la había para el grupo C. Estaba formada por polisacáridos y no era muy eficaz, pero como consecuencia de la epidemia ocurrida en la primavera de 1997 se promovió la vacunación general, a pesar de que no se cumpliesen los criterios establecidos ese mismo año en Atlanta. Se llevó a cabo en Septiembre de ese mismo año. Tres años más tarde se incluyó en el calendario la vacuna conjugada (mas eficaz), incorporándola también a la pauta de 2, 4, y 6 meses.

Desde entonces se ha discutido mucho sobre la introducción o no de nuevas vacunas en el calendario. Las Asociaciones de Peditras, sobre todo la Asociación Española de Pediatría (AEP), pedían la inmediata introducción de algunas vacunas. El principal punto de discusión se refiere a la vacuna conjugada heptavalente frente al neumococo. Mientras que la Comisión de Vacunas de la AEP sostiene que la generalización de esta vacuna evitará los riesgos serotípicos (17,18), el Departamento de Sanidad de la Comunidad Autónoma opina que evitará muy pocos casos y que además incrementará la incidencia de otras enfermedades serotípicas (19).

Además de la vacunación contra el neumococo también se está estudiando la conveniencia de incorporar la vacuna contra la varicela. Es una enfermedad muy rápida que puede tener consecuencias graves en un pequeño porcentaje, y por ser universal, el número total de afectados no es despreciable (20).

Otros cambios a la vista se refieren a la forma de administración de la vacuna de la polio, que se pretende cambiar a la vía intramuscular (como se hace en otros países) y que las primeras 4 dosis de la tos ferina se realicen con componentes acelulares para evitar los efectos indeseables de la toxina (21, 22, 23).

La consulta hace 20 años y en la actualidad

En general los médicos pediatras, los que han conseguido su especialidad en Pediatría por la vía MIR, están muy bien capacitados para hacer su trabajo. Así lo demuestran los datos sobre la Atención Primaria en nuestro medio, porque son los mejores de todo el mundo. En todo caso, los datos estadísticos miden la capacidad para atender las enfermedades físicas. Los pediatras se han dedicado principalmente a la atención sanitaria en ese tipo de patologías, sobre todo aquellas con un tratamiento específico. En los últimos 20 años el pediatra se ha visto obligado a estudiar otro tipo de enfermedades y en esta tarea ha tenido que ser autodidacta (23).

Los pediatras de AP no se han quedado atrás afrontando estos problemas. En 1997 un grupo de Bizkaia hizo posible la validación del "Eyberg Child Behavior Inventory" en nuestro medio (24). Con este cuestionario es mucho más fácil para los pediatras detectar las alteraciones de la conducta.

Muchas veces no se trata de enfermedades como tales, sino de síntomas. Por ejemplo, las alteraciones del sueño del niño no son enfermedades, pero son problemas de salud y requieren un examen profundo para ver lo que es normal, y lo que no entra dentro de la normalidad. Hace 20 años se aconsejaba administrar fármacos, mientras que hoy en día se facilitan consejos a los padres para que los niños aprendan a dormir (25).

Sucede lo mismo con la alimentación. Afortunadamente se ha conseguido que sea raro que los padres no consulten al médico porque el niño no come.

Txertoak

Hona hemen beste arlo bat (prebentzio barmekoa bestalde) zeinean aldaketak oso handiak izan dira (eta aurrerantzean ez dirudi gutxituko direnik). Direla bi hamarkada Txerto Egutegia klasikoa zen (betikoa, hainbat urtetan ukigabea), eta poliomielitis, tetano, difteria eta kukutzeztularen aurkako txertaketak betetzen ziren. Gainera elgorriaren aurkako txertoa zegoen eta 80. hamarkada hasieratik Hirukoitz Birikoa (HB), baina hauek ez zeuden txerto-egutegian ofizialki sartuta (12).

Ordutik hona, aldaketa hauek gauzatu dira egutegian: BCG gomendatzen da Euskal Autonomia Elkartearen (Bizkaian eta Arabako eremu batzutan txertatzen zen aurretik). HBA sartzen da 15 hilebetetzean (urte gutxi geroago 12 hilebeta pasatzen da), eta 1992. urtetik aurrera oroitzen dugu bat gehitzen da 11 urte inguruan, 2000. urtean 4 urtera pasatzen dena. Egutegi klasikoko 3, 5 eta 7 hilebeteko txertaketak hilebeta aurreratzen dira eta kukutzeztularen aurkako oroitzen-txertoa gomendatzen da 18 hilebetekin, eta 2000. urtean beste bat (azelularra hau) 6 urtekin.

Hepatitis Bren aurkako txertoa da egutegian barneratuko den hurrengoa, 1993. urtean hain zuzen ere; beste elkarte autonomiko batzuk txerto hau jaioberriarotan egitea erabaki dute edo egingo dute; E.A.E.an, aldiz OH0ko 7. mailan (12-13 urtekin) ezartzen da txerto hau, 2000. urtetik aurrera egutegi normalarekin (2, 4 eta 6 hilebetekin) jarraitzeko.

Txerto konjugatuen etorrerak beste gaixotasun garrantzitsu batzuei aurka egiteko aukera ematen du. Haemophilus Influenzae, esaterako, meningitis bakterianoaren eragilea da besteak beste, batez ere 5 urte baino gazteagoengan (13, 14, 15). Bere aurkako txertoa 1997ko hasieran jartzen da abian 2, 4, 6 eta 18 hilebeteko txertoez baliatuz. Esan daiteke bakterio honek sortutako meningitisa eta epiglotitisa desagertuta daudela gure inguruan.

C taldeko Meningokokokoak sortutako meningitisek gorantz egin zuten 90. hamarkada hasi baino lehenagotik, lurraldean endemikoa zen B taldekoak eraginkoek beherantza egiten zuten bitartean (16). Biak ziren oso larriak baina B taldekoaren aurka txertorik ez zegoenean, C taldekoaren aurka, aldiz, bai baze-goen; polisakaridoz osatua zen eta ez omen zen oso eraginkorra, baina 1997. urteko udaberriko epidemiak bultzatu egin zuen txertaketa orokorra (urte horretan ospatutako Atlantako irizpideak betetzen ez baziren ere) urte horretako iraillean burutu zena. Hiru urte geroago, txerto konjugatua (eraginkorragoa) sartzen da egutegian 2, 4 eta 6 hilebeteko txertaketaz baliatuz.

Ordutik eztabaida handiak sortu dira beste txerto berri batzuk egutegian sartu ala ez. Honela, Elkarte Profesionalek (Espainiako Pediatría Elkarte (EPE) elkarte bat) txerto batzuren berehalako sarrera eskatzen duten bitartean, Autonomia Elkarte Osasun Sailetik ez dagoela arazoirik argudiatzen dute. Eztabaida gogorrena Neumokokokoaren aurkako txerto konjugatu heptabalentari dagokio, eta EPEko Txerto Batzordeak bere ezarpen unibertsalak seromota arrisksue-nak saihestuko litzekela argudiatzen duen bitartean (17, 18), Autonomia Elkarte Osasun Sailetan saihestutakoak oso kasu gutxi izango direla uste dute eta, gainera, beste seromotengatiko gaixotasunaren intzidentzia gehitu egingo dela argudiatzen dute (19).

Neumokokokoaren aurkako txertoaz gain, astonafarreriaren aurkako dago auzian. Gaixotasun hori oso arina da baina portzentai oso txiki batean ondorio oso kaltegarriak sor ditzake, eta unibertsala denez gero, kopurua ez da hain txikia (20). Beste aldaketa bat ezarpen motari dagokio, nahi baita (beste Estatu batzuetan egiten den moduan) Poliobirusaren aurkako txertoa intramuscularra izan dadila eta kukutzeztularen aurkako lehenengo 4 dosiak osagai azelularraek izan daitezela toxinarekin nahigabe eraginak ekiditeko (21, 22, 23).

Kontsultazioa direla 20 urte eta gaur egun

Medikoak, oro har, MIRaren bidez pediatría espezialitatea lortu dutenek ondo prestatuta daude bere ihardunerako. Horrela adierazten dute hemengo LML pediatrikoari buruzko numeroek, munduko onenetarikoak baitira. Dana dala, estadistika hoiek gaixotasun fisikoak zaintzeko gaitasuna neurtzen dituzte eta hoiek zaintzera bideratu dira pediatrak; etiologia, diagnostikoa, laguntza osagarria eta tratamendu zehatzak dituzten gaixotasunak zaintzera alegia. Azken 20 urtetan beste patologia mota bat ikastera derrigor-tuta egon da pediatra eta bere ezagumenduan autodidaktak izan da (23).

LMLko pediatrak ez dira arazo hauen konponketatik urritu ibili; izan ere, 1997ean Bizkaiko talde batek "Eyberg Child Behavior Inventory"-ren bertorako balidapena burutu zuten (24). Galdesorta honekin jarreraren desbideraketan antzematea askoz ere errazagoa izan da pediatrentzat.

Askotan ez dira gaixotasunak patologia mota honek barnean hartzen dituenak, sintoma edo nortasun bereziak baino. Adibidez, urearen lo-aldiaren arazoak ez dira gaixotasunak, baina bai badira osasun arazoak, eta azterketa sakona eskatzen dute jabetzeko zer dan normala, normalitate barnean sar daitekeen desbideraketa norainokoa den, eta normalitate horretan sartzen ez dena. Eta, orain 20 urte farmakoak hartzera gomendatzen zen bitartean, gaur egun meek lo egiten ikasteko aholkuak hartzen dituzte gurasoek (25).

Gauza bera gertatzen da elikaduran. Zorionez, lortu da arraroa izatea umeak jaten ez duelako kontsultatzea, eta hau heziketa iraunkor bati esker gertatu da. Arazoa, beste muturretik dator benetan: umeak, gero eta lodiagoak dira ikerlan guztietan ikusten den moduan (26, 27). Gure lana gaur egun, beraz, joera hori

El verdadero problema actual se deriva de que los niños son cada vez más obesos como se ve en todos los estudios (26,27). Nuestro trabajo hoy es encauzar esa tendencia desde el momento que nace el niño. Es difícil conseguirlo con la influencia de la publicidad y la comida basura, pero debemos intentarlo (28, 29). Además hay que hacerlo desde el primer instante, porque hay más probabilidades de evitar la obesidad cuando el niño es más joven (30). Los pediatras de AP también se han volcado en este aspecto y en 1997 un grupo de trabajo presentó un score para la detección precoz del riesgo cardiovascular en niños (31).

Los hábitos alimentarios en la infancia, además de influir sobre la obesidad, también se relacionan con los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia. Dentro de estos trastornos, los más importantes son la anorexia nerviosa y la bulimia. La percepción distorsionada de la imagen corporal es más frecuente en los adolescentes con sobrepeso a esa edad. El médico pediatra puede ayudar a reconducir esa percepción o a detectar precozmente estas situaciones (32). Las actividades preventivas de la obesidad deben empezar desde la niñez.

Con frecuencia los padres se plantean dudas sobre las diferentes etapas del desarrollo evolutivo. El pediatra puede ayudar a afrontar estas situaciones, aconsejarles y dejar claro que él también está involucrado en el problema y en la solución (33).

La falta de escolarización es otra de las consultas más frecuentes. El pediatra de AP debe ayudar a solucionar este problema, derivando al especialista los casos que así lo requieran. Uno de los problemas más importantes en este sentido es la atención inadecuada a los niños hiperactivos (34, 35). Es muy importante detectar, seguir y tratar este problema desde pequeños para mejorar el futuro de estos niños y para los pediatras es un gran reto.

Parece que las enfermedades psicosomáticas han aumentado progresivamente. En ocasiones se manifiestan en el niño por primera vez, pero en la mayoría de los casos los factores genéticos tienen mucha importancia. En estos casos también el trabajo del pediatra ha cambiado.

La consulta programada en determinados problemas de salud

Algunas enfermedades y situaciones necesitan un seguimiento programado, por ejemplo la enuresis y la obesidad entre otros. En otros casos los pediatras han planteado el mismo sistema de actuación con algunas enfermedades orgánicas, sobre todo crónicas, en las que el tratamiento puede ser estricto. Un modelo de este tipo de consulta es el seguimiento del asma (36, 37).

La consulta de enfermería en AP

Para llevar a cabo la mayoría de las consultas programadas (puericultura, vacunaciones,...etc) ha sido necesaria la colaboración de la enfermería. Las enfermeras que han participado en esta tarea no están especializadas en pediatría, pero se han especializado con el tiempo. Además de la educación para la salud y el cuidado del niño sano, la enfermería también tiene un papel clave en otras patologías como la enuresis o la obesidad. Casi sería imposible para los pediatras hacerse cargo y llevar a cabo toda la actividad diagnóstica, terapéutica y preventiva de las patologías si no hubieran formado un equipo con la enfermería (36).

El nuevo material en AP

Hace 20 años las consultas solo estaban dotadas con el material clásico, principalmente el estetoscopio, y salvo la linterna y el otoscopio, la mayoría de las veces lo ponían los pediatras y no la Seguridad Social. Muy pocos tenían un optotipo o las tiras para analizar la orina, puesto que había que solicitarlo como extras a la Administración. Hoy día, aunque los centros no sean nada extraordinarios, están dotados con otros materiales que nos ayudan en la consulta: el audímetro para medir la capacidad auditiva del niño, el test de látex para saber si una amigdalitis está causada por el estreptococo o no, el pulsímetro para ayudar a medir la gravedad de las enfermedades del aparato respiratorio, las cámaras de aire y las bombonas de oxígeno para aliviar el asma, el orquímetro para evaluar el grado de la pubertad de los chicos. Además, desde hace 2-3 años en muchos Centros de Salud los pediatras pueden pedir una espirometría y pruebas cutáneas de alergia y con frecuencia lo puede hacer la misma enfermera.

En relación con las peticiones de laboratorio, hoy día los pediatras de AP pueden pedir casi todo, mientras que hace 20 años sólo se podía solicitar hematimetría y bioquímica básica. En radiología, el pediatra puede pedir ecografías además de las placas de siempre de rayos-X. El TAC y la resonancia magnética quedan limitados al ámbito hospitalario.

Atención Primaria y hospitalaria

Parece que en la actualidad hay más relación entre los pediatras de los 2 ámbitos de atención sanitaria. Puede que se deba a que la mayoría de los nuevos pediatras de AP han aprendido en los hospitales de aquí, o porque se han celebrado muchas conferencias y mesas redondas entre los pediatras, sobre los hospitales y Centros de Salud.

bideratzea da umea jaiotzen den momentutik. Zaila da, zabor-janariaren alde egiten diren iragarki-mota hain gogorra eta iraunkorra ikusiz gero, baina saiatzeari derrigorezkoa da (28, 29). Gainera, lehenengo momentutik gauzatu behar da, obetsitatea bideratzeko probabilitatea handiagoa delako, umea zenbat eta gazteago izan (30). LMLko pediatrak murgildu egin dira arlo honetan ere eta talde batek gaixotasun kardiobaskularri aurre egiteko score bat eskaini zuen 1997ean arriskuan dagoen umea antzemateko (31).

Haurtzaroko elikadurari buruzko heziketak ez du bakarrik obetsitateari aurre egiteko balio: nerabezaroko elikadura-arazoak ere ekiditen lagun dezake. Asaldura hauen artean anorexia nerbiosoa eta bulimia dira garrantzi gehien daukatenak, eta bere genesian pisu handia dauka norberaren imaginarekin gazteak hartzen duen pertzepzioak, eta, hortaz, sarriagoak direlarik adin hoietara gainpisuarekin heltzen diren gazteengan. Adin batetik aurrera jarraipen medikuak areagotu egin dezake autopertzepzio deseroso hori (32). Egoera honek, indartu egin du obetsitatearen alde aurretiko ekintzak lehenengo haurtzaroen hasi behar direla uste izan dutenen argudioa.

Garapeneko beste arazo frekvente bat, pediatrak gainditzen laguntzeko bereganatuta daukana, enuresia da. Azalpen sinpleekin LMLko pediatrak jakinarazten die umea eta bere familiari nola jokatu behar den adinez adin eta urratsez urrats argi utzita, gainera, bera ere sartuta dagoela arazoan eta irtenbidean (33).

Beste kontsulta-zio frekuenta eskolako huts egitea da. LMLko pediatrak irtenbidea aurkitzen lagundu behar du arazo honetan, kausa organiko posibleak alboratu zein espezialista egokira bideratuz. Huts egitea honetako eta portaerako arazo batzuetako kausa garrantzitsuenetarikoa bat Arreta Eskasiaren Arazoa-Hiperaktivitatea da (34, 35). Arazo hau txikitatuz antzematea, jarraitzea eta tratatzea oso garrantzitsua da ume hauen gerorako eta erronka handia bihurtuko da pediatrarentzat.

Gertatu ohi dira (gero eta gehiago?) gaixotasun psicosomatikoak; batzutan umeak erakusten ditu berez eta lehendabiziz, baina gehienetan familia-aintzindariak oso indartsuak dira. Kasu hauetan ere, pediatraren lana aldatu egin da, organizatzea baztertzuz gain beste azterketa bat adierazten ikasi duelako ume zein familiaren aurrean.

Kontsulta programatua osasun-arazo batzutan

Gaixotasun eta egoera batzuk jarraipen ordenatua behar dute, enuresiak eta obetsitateak esate baterako arestian aipatutakoen artean. Pediatra batzuk beste horrenbeste egin dute gaixotasun organiko batzuk, batez ere kronikoak direnean eta, beraz, tratamenduak jarraipen arautua eskatzen duenean. Kontsulta-mota honen eredia txurrunaren jarraipena da (36, 37).

Erizain-kontsulta LMLan

Kontsulta programatu gehienak (puericultura, txertaketak, ...etab) gauzatzeko beharrezkoa izan da erizainen parte-hartzea. Lan honetan jardun duten erizainek ez dira bereziak, hau da pediatrikoak, izan, baina bereziak bihurtu dira denbora aurrera ahala. Osasunerako heziketak eta ume osasuntsuaren zainketaz aparte, beste patologia batzuetan ere erizainek daramate pisu handiena: obetsitatea, enuresia lan ezinezkoa gertatuko litzateke pediatrarentzat patologia eta prebentzioa bereganatzea eta aurrera eramatea erizainarekin batera talde bat ez balego osatuta (36).

Tresna berriak LMLan

Orain dela 20 urte ez zegoen kontsultatan beste tresnarik klasikoak izan ezik, alegia estetoscopio, linterna eta otoskopioa izan ezik alegia, hauek ere gehienetan pediatrak ipiniak, ez Segurantzia Sozialak. Oso gutxi zeukan optotipoa eta garmua aztertzeo tirak lortzeko aparteko eskaerak egin behar izaten ziren Administrazioaren aurrean. Gaur egun, gauza miragarria ez bada ere, badaukagu kontsultan laguntzen diguten beste tresna batzuk: audioskopia umearen entzumen neurtzeko, latex-testa amigdalitis baten aurrean eragilea estreptokokoa den ala ez jakiteko, pulsioximetria amas-apatutako gaixotasunen larritasuna neurtzen laguntzeko, aire-kamarak eta oxigeno bonbonak arnas estuak arintzeko, orkidometria mutilen pubertate-mailaz jabetzeko. Gainera, 2-3 urtetik hona Osasun Zentro askotan espirometría eta larruazaleko frogak alergikoak eska ditzake pediatrak, azken hauek sarritan erizain pediatriko berak egiten dituelarik.

Laborategiko eskaerei buruz, gaur egun ia dena eska dezake LMLko pediatrak, 20 urte lehenago hematimetría eta oinarriko biokimikak baino ezin egin zuenean. Eradiologia, X-izpiko betiko plakaz aparte ekografia ere eska dezake pediatrak, TAK eta erresonantzia magnetikoa ospitalerako geratzen diren bitartean.

LMLa eta Ospitalea

Behar bada LMLko pediatra berri guztiak bertoko ospitalean ikasi dutelako, edo ospitaleko eta Osasun Zentroetako pediatren arteko hitzaldi eta mahai inguru asko ospatu direlako, dirudi gaur egun hartu-eman gehiago dagoela 2 aldeetako pediatren artean.

Los pediatras de AP y la Asociación Profesional

Los pediatras de AP como ocurría con la medicina general han contribuido de manera limitada al avance científico y a las discusiones sobre los problemas pediátricos en las reuniones científicas y otros tipo de actividades. Parece que estas iniciativas se organizaban desde el hospital y en la mayor parte de los casos los ponentes eran pediatras de hospital. En Vizcaya hace años, concretamente en 1982, empezó a reunirse inicialmente en Amorebieta un grupo de pediatras para discutir y renovar el sistema de trabajo y actualizar los conocimientos. Este grupo de pediatras y sus reuniones fueron la semilla para los cursos de formación continuada y actualización que empezaron a celebrarse en Vizcaya en 1986. Entre los meses de octubre y mayo se celebran 7-8 conferencias (una vez al mes) con gran éxito y aceptación, a las que acuden mas de 100 personas como media.

Los pediatras de Álava, Guipúzcoa y Navarra organizan de otra forma sus reuniones. Se reúnen durante un día entero en Pamplona y San Sebastián y dos mañanas en Vitoria. Tienen tanta aceptación como en Vizcaya. Los ponentes que acuden desde fuera del País Vasco se quedan impresionados por la participación de los pediatras y por su colaboración.

Los organizadores de estas actividades o reuniones crearon no hace muchos años el Comité Vasco de Pediatras de Atención Primaria, para intentar solucionar tanto los problemas profesionales como los conflictos con la Administración.

Los pediatras de AP y la Administración

En muy pocas ocasiones las oportunidades para la formación continuada en pediatría han sido promovidas por la Administración. La mayor parte de los casos han surgido de la iniciativa y del esfuerzo del colectivo y la administración a menudo ha planteado dificultades para poder llevarlas a cabo, pidiendo detalles exhaustivos y poniendo unos requisitos casi imposibles de satisfacer. También hoy la posibilidad de acudir a este tipo de eventos está en manos de la administración y depende de la designación y de las limitaciones del presupuesto anual destinado a esta actividad (las bajas, las vacaciones...).

La situación laboral de los pediatras no ha mejorado mucho. Aunque hace 2 años se pasó de las 40 horas a las 35 horas semanales, en los Centros de Salud han pasado a ser consultas de todo el día (por decisión de la administración).

Otros problemas

Los pediatras de AP también tienen otros problemas, que muchas veces no son pequeños y están muy quemados. Sería muy interesante medir y comparar el burn-out de hace 20 años y el de hoy.

Conclusiones

En general, la Pediatría de AP esta mejor que hace 20 años. Su actividad esta regulada y el pediatra ha aprendido a tratar nuevas patologías. El pediatra ha tenido que promover y buscar vías para su formación continuada. Los pediatras de AP tienen hoy mejor relación con los compañeros de su centro de salud, con los profesionales del medio hospitalario y también con la Administración. Las Asociaciones Profesionales que se han formado estos 20 años gozan de muy buena salud. Como en los Centros de Salud los pediatras son minoría, la atención pediátrica se adapta difícilmente a los cambios y en general su trabajo se lleva a cabo peor que la Medicina Familiar.

Referencias bibliográficas / Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la elaboración del programa del lactante y preescolar en Atención Primaria de Salud. Colección: Atención Primaria de Salud. 1984;6.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la elaboración del programa del escolar y adolescente en Atención Primaria de Salud. Colección: Atención Primaria de Salud. 1984;7.
3. Abad I, Cabezas I. Protocolo de asistencia sanitaria para niños con síndrome de Down. Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría. 2001.
4. Aranzábal M. Adopciones internacionales: seguimiento pediátrico. Libro de las Jornadas de Atención Primaria en Pediatría de la Sección de Pediatría Extrahospitalaria Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría-Sección Álava. 2000.
5. Lawrence RA. Breastfeeding. A guide for the medical profession. Third Edition. Saint Louis: The C. V. Mosby Company. 1986.
6. Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Human milk in the modern world: psychological, nutritional and economic significance. New England journal M. 1977;17:912.
7. Casado de Frías E. Problemática de la lactancia materna en España: MTA Pediatría. 1982;3,10:430-445.
8. Kocürk TO, Zetterström R. Lactancia natural entre madres turcas que habitan en los suburbios de Estambul y Estocolmo; una comparación. Acta Pediátrica Escandinava. 1986;3,2:235-241. Edición en Castellano
9. Ceña R, Banco A. Síndrome de la muerte súbita del lactante; I: sistema para identificar niños con alto riesgo. Anales Españoles de Pediatría. 1993;39,2:105-110.

LMLko pediatrak eta Elkarte Profesionalak

LMLko pediatriak, medikuntza orokorrarekin gertatzen zen moduan oso pisu eskasa izan ohi du aurrerapen zientifikoei zein bere laneko arazo pediatrikoei dagozkien Bilera edo Jardunaldietan. Hauek ospitaleatik antolatu ohi ziren eta, ia beti, ospitaleko pediatrak ziren hizlariak. Bizkaian, direla urte batzuk (1982ean hain zuzen ere), biltzen hasi ziren hango pediatra batzuk bere lanari eta ezagunenduen berritzeari bidea emateko. Bilera hauek Zornotzan gauzatzen ziren. Pediatra-talde hau eta bere bilerak izan ziren 1986 geroztik urtero Bizkaian burutzen diren kurtsoen hazia: Urrian hasita Maiatzara arte 7-8 hitzaldi (hilean behin) ospatzen dira; arrakastatsua dira, bakoitzean biltzen direlarik batzate beste 100 pertsonatik gora.

Araba, Gipuzkoa eta Nafarroako pediatrek beste era batera antolatzen dituzte bere bilerak: egun oso bat Iruinean eta Donostian eta goiz oso bi Gasteizen. Bikaikaok bezala, oso arrakastatsua dira. Euskal Herri kanpotik datozen hizlariak harriduta geratzen dira bertoko pediatren partehartzearekin.

Jardunaldi edo hitzaldi hauen antolatzaileak bat egin zuten orain dela urte gutxi Lehen Mailako Laguntzako Euskal Pediatría Elkarte sortu zutenean, arazo profesionaleri irtenbidea ematen zein Administrazioarekin tirabirak konpontzen saiatzen delarik.

LMLko pediatrak eta Administrazioa

Pediatrek, bere eguneroko prestakuntzan, eman dituzten urratsak kasu gutxitan baino ez dira Administrazioaren aldetik sustatuak izan. Esfortzua ia beti izan da bere aldetikoa eta Administrazioak, erraztatu beharrea, sarritan oztopatu egin izan ditu ekintza hoiak, kurtsoetarako edo hitzaldietarako zehaztasun handiak eskatuz eta baldintza ia betezinak ipiniz. Gaur egun ere, lekuko administrazioaren esku dago egun batean ekintza hoietara joateko, eta aipatutakoa urteroko diruaren (bajak, oporrak) araberaren menpean dago.

Pediatraren lan-baldintzari dagokion egoera ez da askoz ere hobea. Direla 2 urte, 40 orditik 35era pasatu bazen ere, egun gutzirako kontsultetara pasatu da OZetan (Administrazioaren erabakiz), hau da goiz eta arratsaldetako kontsultetara; pediatrak, gutxiengoa osatzen dutenez gero, oso txarto moldatu ahal izan dira, lehenago erdutegi zabalagoarekin baino okerrago geratuz leku batzutan, kontra-erakutsa badiñudi ere.

Beste arazo batzuk

LMLko pediatrek ere badituzte bere arazoak, ez txikiak askotan, eta asko nekaz daude. Interesgarria izango litzateke neurtzea eta parekatzea direla 20 urteko burn-outa eta gaurkoa.

Ondorioak

- 1- LMLko Pediatra, oro har, hobeto dago direla 20 urte baino.
- 2- Bere ekintza arautuagoa dago eta gaixotasun mota berriak tratatzen ikasi du.
- 3- Bere prestakuntza ez da etorri administrazioetik, baizik eta pediatra berak sustatu eta bideratu du.
- 4- LMLko pediatrak harreman hobekak ditu bere O.Z.ko kideekin, Ospitalekoekin eta baita Administrazioarekin ere, eta, gainera, 20 urte hauetan sortu diren Elkarte Profesionalek osasun ona daukate.
- 5- Gutxiengoa denez gero O.Z.etan, pediatría-lankidegoa nekez moldatzen da han gertatzen diren aldakuntzetara eta, oro har, bere iharduera Familia Medikoa baino lan-baldintza eskasagoetan betetzen da.

10. Ponsonbym AI. Factores que potencian el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante asociada a la posición prona. PD/atención. 1994;94,1.
11. Trenchs V, Domingo A, García S, Gaspa J. Humidificadores domésticos: ¿qué se sabe de ellos?. Anales Españoles de Pediatría. 2002;57,3:231-237.
12. Arranz L, Aseginolaza I, Gaztañaga R, Pérez-Yarza E, Txakartegi X. Inmunizapen aktiboaren egoera, Euskadirako txerto eskema eta beste ahalbideak. Boletín de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría. 1981;62:79-87.
13. Gómez J A. Vacunación 1995; importantes expectativas para el pediatra. Acta Pediátrica Española. 1995;53,7:434-437.
14. Arístegui J. La vacunación del Haemophilus Influenzae B en el Calendario Vacunal de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Boletín de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría. 1996;XXX:140-141.
15. Asensi F, Otero MC, Pérez D, Sánchez S, Cabedo J L. ¿Es recomendable la vacunación general anti Haemophilus influenzae tipo B en España?. Anales Españoles de Pediatría. 1995;42,5:333-336.
16. Calbo F. Vacuna contra el meningococo. Anales Españoles de Pediatría. 1996; Suplemento 86:74-75.
17. Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Calendario Vacunal de la Asociación Española de Pediatría 2001-2002. Anales Españoles de Pediatría. 2001;55,1:30-38.
18. Casado J, Arístegui J, Rodrigo C, Martín JM, Fernández C. Grupo para el estudio de la meningitis neumocócica. Anales Españoles de Pediatría, 2002;56,1:5-9.
19. Programak. Euskadiko haurren Txerto-egutegiaren egunerapena. Osasun Publikoa. 1999:8.
20. Hernández A. Consideraciones acerca de los costes de la varicela en niños sanos y conveniencia de la vacuna antivariela. Acta Pediátrica Española. 1999;57,3:115.
21. Gold R. Poliomieltis parálitica, vacunas antipolio e introducción de las vacunas pentavalentes en Canadá: Anales Españoles de Pediatría. 1996.Suplemento 86:81.
22. Granström M. Vacunas acelulares anti tosferina: puesta al día. Anales Españoles de Pediatría. 1996.Suplemento 86:73.
23. Chamberlin RW. Prevención de problemas de conducta en niños de corta edad. Pediatr Clin North Am. 1982;2:241-249.
24. Fernández de Pinedo R, Gorostiza E, Lafuente P, Ojembarrena E, Olaskoaga A. Versión Española del ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory): medida de validez. Atención Primaria. 1998;21,2:65-74.
25. Villó N, Kheiri I, Mora T, Sancedo C, Prieto M. Hábitos del sueño en niños. Anales Españoles de Pediatría. 2002;57,2:127-130.
26. Txakartegi X, Onaidia X. Obetsitatearen eta gainpisuaren azterketa Euskal Herriko udal bateko ume populazioan. Boletín de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría. 1996;30,1:13-20.
27. Jiménez MP, Repáraz F, Iñigo J. Persistencia de obesidad en la población infanto-juvenil de Navarra (1987-1993). Acta Pdiátrica Española. 1996;54,8:564-574.
28. Martul P, Rica I. La obesidad como factor de riesgo cardiopulmonar. Anales Españoles de Pediatría. 1997.Suplemento102-Libro de Actas del XI Congreso de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de la A.E.P.:59-62.
29. Sanjurjo P, Aranceta J, Pérez C. La "merienda" y el consumo de "golosinas" en el manejo dietético de las dislipemias y en la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Anales Españoles de Pediatría. 1995;42, 2:123-128.
30. Sanjurjo P. Importancia del pediatra en la prevención de la enfermedad cardiovascular. Anales Españoles de Pediatría. 1997.Suplemento102-Libro de Actas del XI Congreso de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de la A.E.P.:55-59.
31. Alustiza E, Blandini E, Aldámiz-Echevarría L, Aranzabal MT, Ugarte R, Gorostiza E, de Miguel M, Sanjurjo P; Grupo Kursaal. Presentación de un "score" en la prevención de la enfermedad cardiovascular. Anales españoles de Pediatría. 1997.Suplemento 102.Libro de Actas del XI Congreso de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria de la AEP: 63-65.
32. Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. Pediatría Integral. 1997;2,3:243-260.
33. Schmitt BD. Enuresis nocturna: actualización del tratamiento. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1982;1:21-36.
34. Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga-Barke EJS, Jensen PS, Cantwell DP. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno hiperkinético. The Lancet. 1998;32,6:360-365.
35. Taylor E, Sergeant JA, Doepfner M, Gunning B, Overmeyer S, Mobius H-J, Eisert H-G. Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. European Child and Adolescent Psychiatry. 1998;7:184-200.
36. López Viña A. Educación en el asma. Anales Españoles de Pediatría. 1997; Suplemento 102_Libro de Actas del XI Congreso de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de la AEP:23-36.
37. Callén M. Profesores de enseñanza primaria y conocimiento en asma: resultados de un cuestionario. Boletín de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría. 1997;31:5-9.