

MESA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO
COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA ESPECIALIZADA

COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA ESPECIALIZADA NUESTRA EXPERIENCIA EN GRAN CANARIA PROTOCOLOS CONSENSUADOS

A. Cansino Campuzano

*Pediatra de Atención Primaria. Presidenta de la Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria
Coordinadora de Pediatría de Atención Primaria - Atención Especializada Área de Salud de Gran Canaria*

La coordinación entre Atención Primaria y Especializada ha sido una necesidad que los pediatras sentimos desde siempre y que, por desgracia, se ha hecho realidad en contadas ocasiones.

Trabajar en departamentos estanco, sin conexión ni cohesión, hace que la atención a nuestros pacientes presente multitud de inconvenientes: mensajes contradictorios, duplicidad de pruebas, acciones solapadas, retrasos en la atención y un largo etcétera que complican la asistencia y ocasionan incomodidades en los niños y sus familias.

Existen algunas experiencias a nivel nacional y a nivel de nuestra Comunidad Autónoma. Por un lado, se han elaborado Planes Regionales de Atención al Niño y al Adolescente Asmático en las CCAA de Andalucía¹, Aragón², Asturias³ y Castilla y León⁴; en cuya elaboración han participado profesionales de ambos niveles asistenciales y en los que se definen las actuaciones y recursos necesarios para llevar a cabo estos Planes. También existen experiencias en la gestión a través de la Gerencia Única de Área Sanitaria como ocurre en Badajoz⁵, y en nuestra comunidad en las islas no capitalinas. También existe una figura de Coordinador entre Atención Primaria y Especializada en Servicios Centrales pero de manera genérica.

El nuevo modelo organizativo del área pediátrica del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias⁶ (HUMIC) ha apostado por la gestión por procesos, donde el paciente constituye el eje central del proceso. La continuidad en la asistencia y la atención integral del niño y su familia son la clave para conseguir la calidad de los servicios, así como una mayor rentabilidad. Los cambios más significativos que ha incorporado este nuevo modelo son principalmente:

- La transversalidad, para orientar la actuación de todos los profesionales a los procesos más estrechamente relacionados con la atención al paciente, creando la figura de los coordinadores de procesos.
- La multidisciplinaridad, estimulando la participación de todos los profesionales que intervienen en el proceso, incluida la enfermería y área administrativa, al situar al paciente como eje central de todo el proceso.
- La orientación a la calidad, estableciendo sistema de evaluación permanente que permitan establecer mejoras.

Esta Coordinación específica para Pediatría en un Área de Salud concreta, en este caso el Área de Salud de Gran Canaria, no tiene precedente en nuestro país; y a la luz de los resultados obtenidos en tan corto periodo de tiempo se dibuja como una línea de trabajo a seguir y, por supuesto, a mejorar. Quizá, las posibilidades de mejora son tan grandes que cualquier esfuerzo realizado en este sentido es muy estimulante.

El objetivo fundamental de esta Coordinación es favorecer la comunicación entre los profesionales de ambos niveles para mejorar la calidad asistencial a nuestros niños y sus familias, además de mejorar las relaciones entre los profesionales.

Para conseguir este objetivo, se han propuesto una serie de actividades:

- Definir la cartera de servicios de Atención Especializada y Atención Primaria.
- Elaborar circuitos de derivación.
- Crear modelos de actividades asistenciales compartidos.

- Crear modelos formación MIR compartidos: rotación obligatoria en Centro de Salud.
- Crear modelos de formación continuada compartidos: sesiones clínicas conjuntas, reciclaje de los profesionales, etc.
- Elaborar Guías y Protocolos Consensuados (diagnóstico, terapéutica y derivación).

Definir la cartera de servicios de Atención Especializada y Atención Primaria

Parece increíble, pero en muchas ocasiones los pediatras de Atención Primaria no saben dónde derivar determinadas patologías, donde solicitar determinadas pruebas o a qué prestaciones tienen derecho nuestros pacientes. Así, por ejemplo se solicitan estudios por imagen que únicamente pueden solicitarlo los facultativos hospitalarios, como la Resonancia Magnética Nuclear, con la consiguiente pérdida de tiempo y confusión para el niño y su familia ya que de esto se les informa una vez que ya están en el Servicio de Radiodiagnóstico. En otras ocasiones se derivan pacientes al Servicio de Urgencias para realizar una radiografía de tórax urgente, cuando ésta se puede solicitar directamente al Servicio de Radiodiagnóstico. También hay casos en los que se derivan a especialidades de adultos como urología o cirugía, en cuyo caso una vez que llegan a la consulta del especialista, después de la lista de espera pertinente, deben ser derivados a otro servicio y volver a sufrir la lista de espera, ocasionando un grave perjuicio para el paciente y su familia.

De la misma manera, los pediatras del hospital desconocen cómo funciona una consulta de Atención Primaria o un Centro de Salud; o qué prestaciones se ofrecen en este nivel asistencial. Por este motivo, muchos pediatras del hospital desconfían de sus compañeros de Atención Primaria y se sobrecargan con actividades que no son propias de la Atención Especializada como, por ejemplo, la realización de un Mantoux, con las consiguientes molestias para el niño y su familia que se tienen que desplazar de manera innecesaria al hospital.

En la actualidad estamos trabajando en definir la cartera de servicios de Pediatría, en Atención Especializada y Atención Primaria, para elaborar una Guía de Servicios que permita una mejor utilización de los recursos por los profesionales para mejorar la calidad de la atención a los niños y sus familias.

Elaborar circuitos de derivación

Cumplimentar y firmar un documento, como puede ser una hoja de Inter. Consulta, para solicitar una prueba diagnóstica parece que no es nada complicado y que se

seguirá el circuito establecido para que el paciente se realice tal prueba y nos llegue el resultado. Sin embargo, muchos de estos circuitos tienen tantos pasos a seguir y a veces tan absurdos que nos preguntaríamos quién ha podido dar instrucciones para que se haga de esta manera. Además, el circuito no depende únicamente de que el pediatra, el radiólogo, el analista o el hematólogo lo hagan de manera correcta, sino que intervienen otros profesionales que deberemos tener muy en cuenta a la hora de elaborar estos circuitos. Y por último, las instrucciones para que estos circuitos se cumplan no están por escrito en la inmensa mayoría de las ocasiones o lo están solo parcialmente, y por lo tanto todo depende de las personas que en ese momento sean responsables del servicio, la unidad, etc.

Se trata de elaborar circuitos que persigan una finalidad concreta, teniendo en cuenta a todos los profesionales que intervienen en el mismo y, por supuesto, con el objetivo de mejorar la calidad e la atención nuestros pacientes y sus familias.

Circuitos que se han elaborado:

- Solicitud de radiografía urgente de tórax al Servicio de Radiodiagnóstico del HUMIC, desde Atención Primaria.
- Derivación al Centro Base de Valoración de Minusvalía, desde el HUMIC de pacientes con los siguientes diagnósticos: Síndrome de Down y otras cromosomopatías, pacientes con riesgo neurológico (RNMBP), y otras encefalopatías.

Circuitos en fase de elaboración:

- Procedimiento para recogida de muestras urgentes, desde Atención Primaria, en el Área Sur de Gran Canaria.

Crear modelos de actividades asistenciales compartidos

Que los profesionales de ambos niveles compartan su actividad asistencial es una manera muy eficaz de mejorar las relaciones y de que utilicen criterios comunes a la hora de actuar ante una determinada patología.

En la actualidad, la realización de guardias médicas en el HUMIC por compañeros de Atención Primaria, con carácter voluntario, es la manera que tenemos para compartir actividades asistenciales.

Crear modelos de formación MIR compartidos

A pesar de que el 80% de los pediatras en formación terminarán ejerciendo en Atención Primaria⁷, en España se siguen formando excelentes pediatras hospitala-

rios pero con un desconocimiento absoluto del funcionamiento de los centros de salud y de la pediatría comunitaria. Teniendo en cuenta que la atención a la salud infantil se realiza fundamentalmente en el medio natural donde el niño se desarrolla (familia, medio escolar, comunidad), y puntualmente en el hospital deberíamos considerar la importancia de la formación del pediatra en los Centros de Salud.

El Programa de Formación para la especialidad de Pediatría (1996), especifica la necesidad y la obligatoriedad de que el pediatra en periodo de formación «aprenda Pediatría comunitaria», «el residente de pediatría rotará por los Centros de Atención Primaria (CAP) acreditados para la docencia en Pediatría o en su defecto en servicios o unidades de Pediatría Social Hospitalarios»⁸. A pesar de ello, la rotación por los Centros de Salud sigue siendo «voluntaria».

La Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas en julio de 2002, y el Comité de Acreditación del Consejo Nacional de Especialidades Médicas en el 2003 aprobaron el reconocimiento de Centros de Salud de Atención Primaria como «Unidades Docentes Asociadas» para la formación MIR- Pediatría.

El Grupo de Trabajo Docencia MIR de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) ha publicado en febrero de 2005, el *Convenio de Colaboración Docente entre Atención Primaria y el Hospital, para rotación de residentes de pediatría. Solicitudes de acreditación de Unidad Docente Asociada y tutor pediatra*⁹. Este documento pretende ser un instrumento para constituir como Unidades Docentes Asociadas aquellos Centros de Salud que formen pediatras, y para acreditar a los pediatras de Atención Primaria como tutores MIR de Pediatría.

En Gran Canaria, los residentes de Pediatría rotan durante 2 meses, de manera voluntaria al final de la residencia, considerándola como «rotación optativa», no obligatoria.

Desde 1995 los MIR- Pediatría realizan estas rotaciones con pediatras bien formados y experimentados, preferiblemente en Centros de Salud docentes donde hay más de un profesional. En concreto esta experiencia comenzó en el Centro de Salud de Vecindario con tres pediatras y, desde entonces han pasado unos 30 MIR de Pediatría que, en su mayoría, actualmente desarrollan su actividad en Atención Primaria.

Desde esta Coordinación se está trabajando en el Convenio de Colaboración Docente entre Atención Primaria y el HUMIC, y en establecer el periodo de rotación por los Centros de Salud en 3 meses de manera

obligatoria tal y como se recoge en el Programa de Formación para la especialidad de Pediatría de 1996.

Crear modelos de formación continuada compartidos

Compartir la formación continuada es tan importante para mejorar las relaciones y establecer criterios comunes, como compartir modelos asistenciales.

Es en el marco de la formación donde se discuten y se acercan posturas hacia criterios comunes.

1. *Reciclaje de pediatras de AP en el hospital.* Clásicamente los pediatras de AP han realizado periodos de reciclaje en el HUMIC para mejorar sus conocimientos y habilidades, y también para no perder el nexo de unión con sus compañeros hospitalarios, lo cual redundaría en una mayor accesibilidad del profesional y, por lo tanto en una mejor atención al niño y su familia.
2. *Sesiones clínicas conjuntas.*
 - a. Charlas de pediatras hospitalarios en Centros de Salud.
 - b. Presentación de los protocolos consensuados por pediatras de Atención Primaria en el hospital.
3. *Reciclaje de los pediatras hospitalarios en Atención Primaria,* asistiendo a actividades formativas propias del ámbito extrahospitalario.
 - a. Taller del Programa de Salud Infantil. A lo largo de los 11 talleres que se han realizado en la Gerencia de AP han asistido 11 residentes de Pediatría, el jefe de servicio, supervisoras, enfermeras, pediatras y trabajadora social. Además se ha realizado una edición en el HUMIC para todos los profesionales.
 - b. Curso de Terapéutica Pediátrica para médicos de Atención Primaria. A lo largo de las 12 ediciones realizadas en Gran Canaria han asistido los 12 residentes de Pediatría, 7 pediatras, 3 intensivistas, enfermeras y supervisora del área de urgencias.

Elaborar Guías y Protocolos Consensuados (diagnóstico, terapéutica y derivación)

PROTOSCOLOS CONSENSUADOS

La elaboración de protocolos consensuados entre Atención Primaria y Especializada para el manejo diagnóstico y terapéutico de las diferentes patologías, así como definir los criterios de derivación, ha sido uno de los mayores logros de esta Coordinación.

Desde que en 1992 nos constituyéramos como una Sección de Pediatría Extrahospitalaria en el seno de la SCP (Las Palmas) y, más tarde, en 1994 como Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria, hemos trabajado en la elaboración de protocolos consensuados convencidos de que era la mejor manera de trabajar. Así, desde hace más de una década, a través de nuestros cursos de Pediatría Extrahospitalaria (7 ediciones), talleres, simposios, seminarios, conferencias y los denominados «Jueves Pediátricos» celebrados los últimos jueves de cada mes desde hace 10 años, hemos conseguido llegar a algunos acuerdos con los compañeros hospitalarios pero sin la participación del Servicio Canario de la Salud.

La creación del Departamento del Uso Racional del Medicamento en la nueva Dirección General de Farmacia, a través de los Cursos de Terapéutica Pediátrica para médicos de Atención Primaria, y más tarde la puesta en marcha de la Coordinación con AP dentro del nuevo modelo organizativo del área pediátrica del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, ha hecho posible esta realidad en un marco de trabajo en común entre todos los pediatras.

Metodología

Creemos firmemente que la metodología que hemos seguido para la elaboración de estos protocolos ha sido la clave del éxito, basada fundamentalmente en la amplia participación en el consenso.

Para la elaboración de un protocolo, el primer paso es formar un «grupo de expertos» en el tema que se va a tratar, formado por pediatras de AP, pediatras del hospital expertos en el área específica correspondiente (neuropediatría, alergia pediátrica, endocrinología pediátrica, etc.), otros especialistas implicados (ORL, Radiodiagnóstico, etc.), el titular de la Coordinación con AP y un representante de la Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria.

El aval de las sociedades científicas para llevar a cabo la puesta en marcha de guías y protocolos de actuación es fundamental para que éstos tengan penetrancia entre los profesionales, y que no lo vean como algo impuesto desde la administración.

Este «grupo de expertos» elabora un borrador del protocolo después de varias reuniones (entre 4 y 10 de promedio), basándose en la Medicina Basada en la Evidencia, en consensos de expertos y guías de manejo nacionales e internacionales.

Una vez elaborado el borrador se le da difusión entre todos los profesionales de AP y AE a través de los «jueves pediátricos», en sesión clínica en el servicio de

Pediatría, y se envía a todos los pediatras y otros profesionales que atienden a población infantil (Unidades Atención Familiar, médicos de Incidencias, médicos de Urgencias, médicos que realizan Atención Continuada).

Una vez difundido el borrador, los profesionales disponen de un mes para hacer aportaciones o sugerencias. Una vez transcurrido este periodo se vuelve a reunir el «grupo de expertos» para valorar las sugerencias y aportaciones de los compañeros y se obtiene el documento final.

El protocolo se edita en formato papel y en versión electrónica que se cuelga de página web de la Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria¹⁰ y en la Intranet tanto de AP como del Complejo Hospitalario Materno Infantil. Los gastos de la edición son compartidos por ambas gerencias.

Protocolos elaborados

1. Guía de derivación al servicio de Cirugía Pediátrica desde Atención Primaria, que incluye el «Manejo de la fimosis en Atención Primaria». Octubre 2004.
2. Manejo de la Sinusitis Bacteriana Aguda. Noviembre 2004.
3. Manejo de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Atención Primaria. Enero 2005.
4. Manejo de la faringitis y catarro de vías altas. Febrero 2005.
5. Manejo de la Obesidad en Atención Primaria. Abril 2005.
6. Manejo de la cefalea en Atención Primaria. Junio 2005.
7. Manejo del Dolor Abdominal Recurrente en Atención Primaria. Octubre 2005.
8. Manejo del Asma Infantil en Atención Primaria. Febrero 2006.
9. Manejo de la Otitis Media Aguda en atención Primaria. Junio 2006.
10. Manejo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Junio 2006.

Resultados

1. Guía de derivación al servicio de Cirugía Pediátrica desde Atención Primaria, que incluye el «Manejo de la fimosis en Atención Primaria». Octubre 2004. Un año y medio después de su puesta en marcha se valoran sus resultados que se exponen en la tabla I.

Tabla I. Resultados

	AÑOS		VA	%
	2004	2005		
Propuestas recibidas desde AP	2.086	1.893	- 193	- 9,2%
Propuestas rechazadas	¿?	230		
Nueva solicitud para valorar propuestas rechazadas	¿?	3		1,3%
Pacientes valorados que no precisan tratamiento Q	60%	20%		
Pacientes programados para Intervención Quirúrgica	20%	60%		
Lista de espera para CCEE	± 6m	± 10 días		
Propuesta de IC diagnóstico «fimosis» (HUMIC)		60%		
Propuesta de IC diagnóstico «adenopatías» (HUMIC + CAE)		- 50%		
Reducción nº propuestas + propuestas rechazadas		423		- 20,2%

Llama la atención la disminución de las propuestas recibidas desde Atención Primaria en el año 2005 con respecto al 2004, un 9,2% menos.

También es significativo que de las 230 *propuestas rechazadas*, por no ajustarse a protocolo, tan solo en 3 *casos* han vuelto a solicitar nueva valoración. Lo más sobresaliente ha sido la mejora en la calidad de la derivación. En el año 2004, de todos los pacientes valorados en la consulta externa *sólo el 20%* requerían tratamiento quirúrgico; y en el 2005 *el 60%* han sido programados para intervención quirúrgica.

Otros datos a destacar están en relación con patologías concretas:

- Fimosis. La elaboración del protocolo de manejo de la fimosis y la adecuación de su tratamiento ha hecho que las Inter. consultas por este problema *se reduzcan en un 60% en el año 2005*. La evidencia científica disponible ha revolucionado el tratamiento de la fimosis; hasta ahora la solución era quirúrgica con el consiguiente coste económico, pero sobre todo las molestias para el paciente y su familia derivadas de las múltiples visitas al hospital, las pruebas complementarias necesarias, la anestesia a la que son sometidos y sus riesgos, el acto quirúrgico en sí y sus posibles riesgos, el ingreso hospitalario, el post operatorio y sus posibles riesgos y cuidados necesarios. En la actualidad, el tratamiento es conservador y, en cualquier caso médico, consiste en la aplicación tópica de un corticoide, perfectamente asumible por los profesionales de Atención Primaria.

- Adenopatías. Las propuestas para valoración de adenopatías, patología cuya evaluación inicial no es quirúrgica, se han reducido en el año 2005 en un 50%.

La suma de las propuestas rechazadas (230) y de la reducción del número de propuestas recibidas (193) en el 2005, han supuesto una disminución de las consultas externas en un 20,2% con respecto al 2004; con una repercusión directa en la lista de espera que ha pasado de 6 meses en el 2004 a 10 días, aproximadamente, en el 2005.

Conclusiones

Podemos concluir que los principales beneficios que se han obtenido de la puesta en marcha de la Guía son:

- Disminución de la presión asistencial en el Servicio de Cirugía Pediatría.
- Mejora de la calidad de la prestación asistencial especializada debido a la selección en las remisiones de pacientes desde Atención Primaria, con un aumento significativo de las indicaciones quirúrgicas de los pacientes remitidos.
- Disminución de la lista de espera para consultas externas de Cirugía Pediátrica (primera visita) hasta su práctica desaparición; en la actualidad está en 10 días aproximadamente.
- Disminución de los costes asistenciales en las áreas de Consultas Externas, Hospitalización, Quirófanos y Servicios Administrativos.

2. *Manejo de la Sinusitis Bacteriana Aguda. Noviembre 2004*

Uno de los logros más importantes se ha alcanzado gracias a la puesta en marcha de este protocolo, ya que elimina la radiografía simple de senos para el diagnóstico de la sinusitis bacteriana aguda.

Según la mayoría de las guías de manejo internacional y la evidencia científica disponible, esta prueba tiene escaso valor y se propone que el diagnóstico sea clínico.

Desde la puesta en marcha del protocolo se rechaza sistemáticamente la solicitud de Rx de senos para nasales, siempre que el diagnóstico de sospecha sea la sinusitis bacteriana aguda. Esto se ha podido llevar a cabo en el HUMIC, que asume todos los estudios por imagen para la población pediátrica del área de salud de Gran Canaria; no obstante en los centros de salud que disponen de radiología convencional esto no ha sido posible, de momento, aunque la difusión del protocolo en los Cursos de Terapéutica Pediátrica ha servido de mucho apoyo.

so de Terapéutica Pediátrica para médicos de Atención Primaria en la isla de Gran Canaria; se ha podido constatar una reducción en el número de envases de cefalosporinas de tercera generación en un 54% y de un 46,2% para los macrólidos.

4. *Manejo de la faringitis y catarro de vías altas. Febrero 2005*

Este protocolo se presentó el día 24 de febrero de 2005. Los aspectos más destacables de este protocolo son:

- En cuanto a la faringitis, confirmar el uso de Fenoxi-metil-penicilina como antibiótico de elección, evitando el uso de macrólidos y cefalosporinas. En el análisis de los datos de la Dirección General de Farmacia, que relacionan la prescripción terapéutica de los pediatras antes (año 2003) y después (año 2005) de la puesta en marcha de los protocolos y de impartir 11 ediciones del Curso de Terapéutica Pediátrica para médicos de Atención

	2002	2003	2004	2005	Descenso % 2005-2004
Pacientes	54.791	58.415	58.498	56.772	1.726 (3%)
Exploraciones	66.516	70.653	71.286	69.031	2.255 (3,2%)
Placas	98.239	112.039	109.647	99.792	9.855 (9,8%) 8,9%
Rx senos/cavum			5.717	4.078	1.639 (28,6%)

3. *Manejo de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Atención Primaria. Enero 2005*

Los aspectos más destacables de este protocolo son:

- Establecer el procedimiento para la solicitud de Rx tórax con carácter urgente desde Atención Primaria al HUMIC.
- Confirmar que no es necesaria la radiografía de control, de manera sistemática en los casos en los que la evolución sea favorable.
- Adecuar la terapéutica a la evidencia científica disponible, sobre todo en lo que respecta al tratamiento antibiótico evitando el uso indiscriminado de macrólidos y cefalosporinas de tercera generación. En el análisis de los datos, de la Dirección General de Farmacia, que relacionan la prescripción terapéutica de los pediatras antes (año 2003) y después (año 2005) de la puesta en marcha de los protocolos y de impartir 11 ediciones del Cur-

so de Atención Primaria en la isla de Gran Canaria; se ha podido constatar un parámetro de calidad terapéutica aumentando el número de envases de fenoxi-metil-penicilina en un 373,6%, es decir se ha multiplicado por 9.

- En cuanto al catarro de vías altas, determinar la ineficacia así como la falta de seguridad de los fármacos mucolíticos, antitusígenos y anticatarrales. En el análisis de datos referido anteriormente el número de envases prescritos de mucolíticos ha disminuido, en el mismo periodo 2003-2005, en un 44,3% el ambroxol, en un 50,1% la acetilcisteína y en un 26,3% la carbocisteína; el de los antitusígenos en un 35,7%; y el de los anticatarrales en un 54,9% para la asociación fenilefrina con antihistamínicos (Paidoterin descongestivo®) y un 51,15% para la asociación pseudoefedrina con antihistamínicos.

5. *Manejo de la Obesidad en Atención Primaria. Abril 2005*

Este protocolo se presentó en abril de 2005, y desde entonces se han constatado cambios importantes en los criterios de derivación desde Atención Primaria en el sentido de reducción en el número de Inter-consultas por este motivo y en la mejora de la orientación diagnóstica y los criterios de derivación. Según informe de la unidad de Endocrinología Pediátrica del HUMIC, antes de ponerse en marcha el protocolo uno de cada cuatro pacientes vistos en la CCEE tenía el diagnóstico de sobrepeso u obesidad. Un año después el número de propuestas por esta patología se ha visto reducido hasta el 5%; esto supone que el número total de consultas (4.071/año) ha disminuido en 50 por año. Esto repercute positivamente en la lista de espera y por lo tanto no solo se benefician los pacientes obesos, sino todos los que precisan asistencia especializada en la unidad.

Además, el protocolo ha eliminado la determinación de TSH y T4 libre para el estudio de la función tiroidea de manera sistemática en los pacientes obesos o con sobrepeso. Si tenemos en cuenta que el coste por determinación y paciente de TSH y T4 libre son 2,88 euros, y suponiendo que estudiamos a todos los pacientes obesos y con sobrepeso de Gran Canaria (29.766), supondría un ahorro de 85.726 euros.

6. *Manejo de la cefalea en Atención Primaria. Junio 2005*

La adecuación en el manejo de la cefalea en Atención Primaria, según la evidencia científica disponible, ha reducido el número de pruebas complementarias. Hasta ahora el protocolo de estudio, a realizar por el pediatra de Atención Primaria, indicado por la Unidad de Neuropediatría del HUMIC incluía:

- Hemograma
- Bioquímica (GOT, GPT, Glucosa, Creatinina, Colesterol y Triglicéridos)
- Radiografía de senos
- Electroencefalograma (EEG)

Con la puesta en marcha del protocolo no estaría indicada realizar ninguna de estas pruebas, únicamente en casos excepcionales estaría indicado un TAC.

Los resultados del servicio de Diagnóstico por la Imagen están influenciados, además del protocolo del manejo de la sinusitis bacteriana aguda, por este protocolo.

En el caso del hemograma y la bioquímica sanguínea, y dada la incidencia de la cefalea en la infancia (10%)

y que constituye un motivo frecuente de consulta, podría suponer un ahorro de 1 euro por estudio y paciente, que multiplicado por el número de casos esperados en un año serían unos 10.872 euros (1.808.769 pesetas).

En cuanto a los EEG solicitados, en el año 2004 se realizaron un total de 1.922 y con el diagnóstico de cefaleas 293; y el año 2005 se realizaron un total de 1.708 y con el diagnóstico de cefaleas 135. Esto supone una reducción de un 11% en el total de EEG y de un 54% para las solicitudes con el diagnóstico de cefaleas.

La solicitud de EEG para estudio de cefalea desde Atención Primaria ha disminuido en un 76%. Esto se ha calculado teniendo en cuenta periodos de tres meses antes y después de la puesta en marcha del protocolo. Esto ha supuesto un ahorro de 6.320 euros (1.051.559 Ptas.)

En cuanto al número de propuestas recibidas desde Atención Primaria, según informe de la responsable de la Unidad, Doña Milagros Martí Herreros, ha disminuido. Además, ha mejorado la derivación en el sentido de la orientación diagnóstica y selección de pruebas complementarias.

7. *Manejo del Dolor Abdominal Recurrente en Atención Primaria. Octubre 2005*

Este protocolo se presentó en octubre de 2005 y los logros más importantes que se han conseguido son:

- Definir los criterios de derivación, con carácter urgente, preferente o normal, tanto al servicio de Urgencias como a la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Infantil.
- Suprimir la solicitud de determinadas pruebas complementarias de manera sistemática como el calcio y el fósforo en sangre, coprocultivo, anticuerpos Anti-gliadina y Anti-transglutaminasa.
- Sustituir la serología para H.Pylori de manera sistemática por el Antígeno en heces para casos seleccionados.

El número de Inter. consultas por este motivo, desde Atención Primaria, se han reducido y sobre todo las propuestas rechazadas de manera justificada no son reenviadas.

El resto de los protocolos presentados están evaluándose o pendientes de evaluación.

En general, todas las unidades o servicios hospitalarios afectados por alguno de los protocolos puestos en marcha coinciden, a través de sus informes remitidos a esta Coordinación, en los beneficios obtenidos:

- Disminución de la presión asistencial.

- Mejora en la derivación de pacientes desde A.P.
- Mejora de la calidad asistencial en el nivel especializado.
- Posibilidad de regular las entradas al disponer de un documento basado en la Evidencia Científica y en el consenso.
- Mejora en las relaciones con los pediatras de A.P.

Otros protocolos que están en fase de elaboración son: manejo del lactante febril sin foco en Atención Primaria, manejo del reflujo gastroesofágico en Atención Primaria, manejo del estreñimiento en Atención Primaria, manejo de la escoliosis en Atención Primaria, manejo de la infección del tracto urinario en Atención Primaria, y dermatología pediátrica y su manejo en Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Proceso Asistencial Integrado. Asma en la edad pediátrica. Andalucía www.respirar.org
2. Atención al Niño Asmático. Aragón www.respirar.org
3. Plan Regional de Atención al Niño y al Adolescente con Asma. Asturias. www.respirar.org
4. Asma Infantil. Guía para la atención a los niños y adolescentes asmáticos. Castilla y León. www.respirar.org
5. Morell Bernabé JJ. Coordinación atención primaria y especializada. visión desde la pediatría de atención primaria. Ponencia de inauguración del V Curso Pediatría en Atención Primaria de Madrid, 23 de Enero de 2003
6. Nuevo modelo organizativo del área pediátrica del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/chmi/index.htm
7. Acreditación de Centros y Tutores para Docencia en Pediatría de Atención Primaria. Asociación de Pediatras de Atención primaria de Andalucía. www.pediatrasandalucia.org/Docs/Docencia/RotacionMIRPAndalucia.pdf
8. Programa de la Especialidad de Pediatría www.msc.es/profesionales/formacion/docs/Pediatría_y_sus_Areas_especificas.pdf
9. Convenio de Colaboración Docente entre Atención Primaria y el Hospital General, para rotación de residentes de pediatría. Solicitudes de Acreditación de Unidad Docente Asociada y Tutor Pediatra. Grupo de Trabajo Docencia MIR de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) www.aepap.org/pdf/docencia_mir.pdf
10. www.sepexpal.org