

ANEXO **INFORME AEPAP**

EN RELACIÓN A UNA POSIBLE
AMPLIACIÓN DE LA EDAD DE ASISTENCIA
PEDIÁTRICA HASTA LOS 18 AÑOS
según el

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2013-2016 (II PENIA)

ANEXO INFORME AEPAP
EN RELACIÓN A UNA POSIBLE AMPLIACIÓN DE LA EDAD DE ASISTENCIA
PEDIÁTRICA HASTA LOS 18 AÑOS SEGÚN ESTABLECE EL PLAN
ESTRATÉGICO NACIONAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2013-2016
(II PENIA)

Figura 1: Distribución de Pediatras de AP por CCAA: y su especificación en modelo tradicional; pediatras de área y ratio de tarjetas asignadas año 2011:

	Pediatría EAP	Pediatría MT	Pediatría de Área	Total Pediatría	% mujeres	Ratio Tarjetas Asignadas
ANDALUCÍA	1120	10	0	1130	60 %	1093
ARAGÓN	169	2	0	171	72 %	1014
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	115	5	9	129	66 %	817
BALEARES (ISLAS)	131	3	2	136	61 %	1183
CANARIAS	276	33	0	309	65 %	931
CANTABRIA	66	2	11	79	70 %	996
CASTILLA Y LEÓN	217	0	72	289	70 %	907
CASTILLA-LA MANCHA	242	0	11	253	63 %	1050
CATALUÑA	1067	0	0	1067	-	1130
COMUNIDAD VALENCIANA	737	40	0	777	70 %	968
EXTREMADURA	118	1	16	135	64 %	977
GALICIA	297	25	14	336	67 %	939
MADRID (COMUNIDAD DE)	847	36	3	886	76 %	1122
MURCIA (REGIÓN DE)	238	2	0	240	62 %	973
NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)	101	0	0	101	79 %	975
PAÍS VASCO	318	0	0	318	66 %	820
LA RIOJA	21	6	16	43	72 %	957
CEUTA y MELILLA (INGESA)	24	1	0	25	44 %	1132
ESPAÑA	6104	166	154	6424	67 %	1033

<s/ConsultaSIAP/mttoDatosGlobales.do?metodo=crearDatosGlobales>



Figura 2: Ratios de tarjetas sanitarias por profesional (media, máximo y mínimo)

	Medicina de familia	Pediatría	Enfermería
máximo	1.865	1.982	3.583
media	1410	1029	1663
mínimo	667	419	874

<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>

Tabla 1: Pediatras CCAA

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Pediatras totales	Especialistas por 100.000 <de 15 años	Porcentaje de Pediatras > 52 años *	Pediatras Atención Primaria	% plazas de pediatría en centros de salud sin pediatra titulado**	Número de pediatras que faltarían en primaria***
Andalucía	1551	113,6	51,10	1110	28 %	310
Aragón	269	147,3	49,8	163	0-10%	0- 16
Asturias	221	195,1	47,5	128	0 %	0
Baleares	233	139	41,6	136	30-50%	40-68
Canarias	419	134,3	48,4	295	30-50%	88-147
Cantabria	100	129,7	51	73		
Castilla y León	395	129,9	46,3	301	0-10%	30
Castilla la	373	115,8	33,8	288	10-30%	28-86
Cataluña					10-30%	
Valencia	1049	162,8	46,8	738	34%	250
Extremadura	196	122,4	35,2	132	10-30%	13-39
Galicia	527	164	37	360	0-10%	0-36
Madrid	1594	162,2	47,3	867	30-50%	260-433
Murcia	340	132,5	47,6	232	30-50%	69-116
Navarra	165	169,8	49,10	95	23%	21
País Vasco	463	160,7	55,7	288	19%	54
La Rioja	54	116,8	40,77	40	0-10%	0-4
Total España	9036	130,3	48,4	6215		1168-1614

*Datos de >49 años a 31 octubre 2009 actualmente > 52 años

** Puntos negros” de la asistencia a la población infantojuvenil en Atención Primaria en España (primera parte). Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13:15-31. Publicado en Internet: 06/04/2011

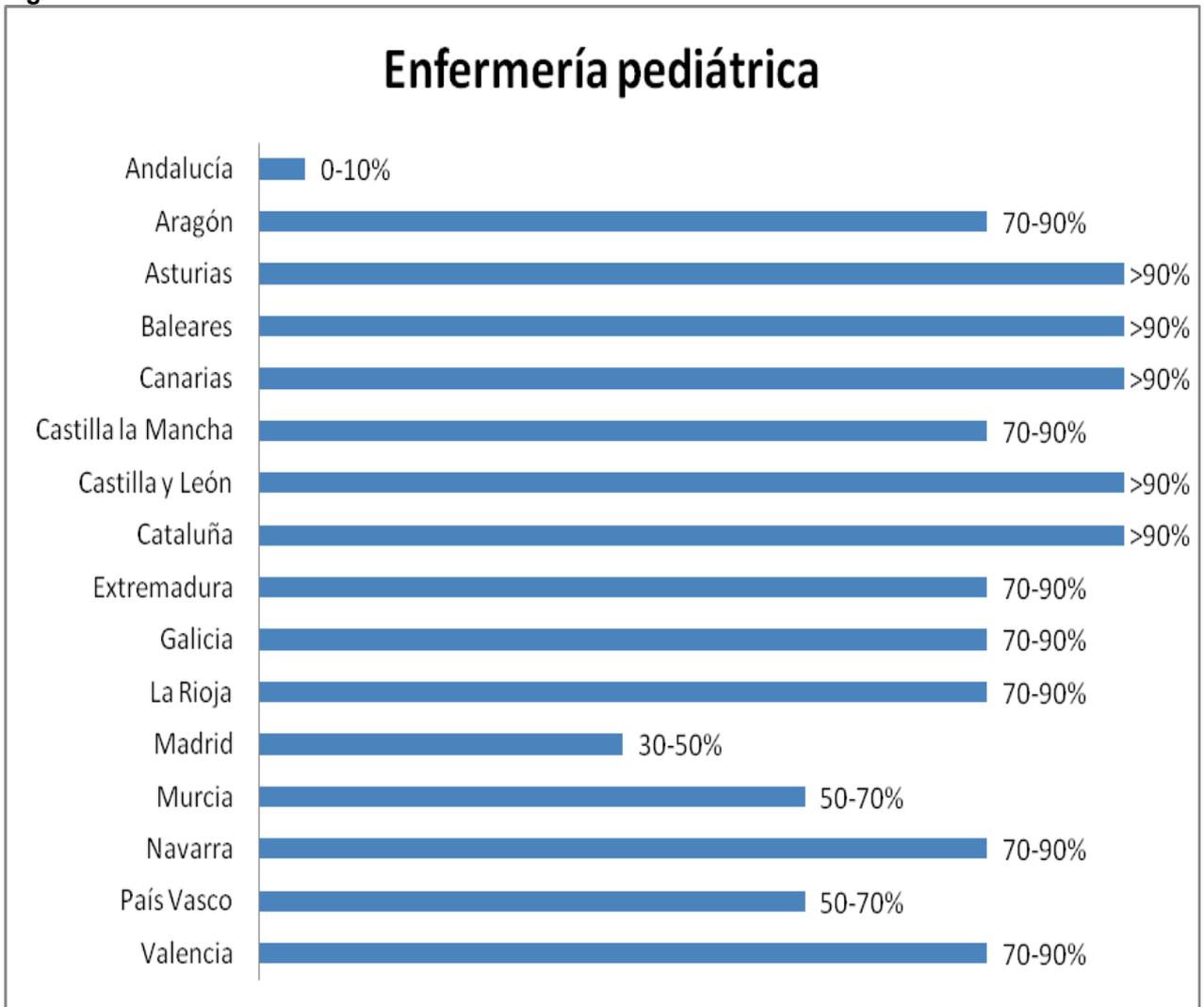
*** Elaboración propia a partir de los datos previos

Tabla 2: Plazas MIR de Pediatría convocadas en 2012 a través de las Unidades Docentes Multiprofesionales y de las unidades docentes de hospitales

	Centros de Salud Acreditados	Plazas MIRP en UDM	Plazas MIRP hosnitales	%de plazas UDM del total
Andalucía	32	59	19	75,6%
Aragón	15	14	0	100%
Castilla la mancha	26	8	2	80%
Cataluña	22	30	30	50%
Galicia	4	3	15	16,6%
Murcia	10	12	0	100%
P Asturias	8	7	0	100%
Castilla y León	22	13	11	54,16%
Comunidad Madrid	76	81	4	95,29%
Total	215	227	186	54,9%

Elaboración propia a partir de los datos publicados en el Boletín Oficial del Estado BOE Num. 229 sábado 22 setiembre de 2012

Figura 3:



Sánchez Pina C, Palomino Urda N, de Frutos Gallego F, Valdivia Jiménez C, y cols. "Puntos negros" de la asistencia a la población infanto-juvenil en Atención Primaria en España (primera parte) Rev Pediatr Aten Primaria. 2011; 13:15-31

Figura 4:

Anexo. Población según edad, España 2001-2010.

	Todas edades	< 1	1-4	5-14
Ambos sexos				
2001	40.721.447	403.869	1.501.513	4.044.325
2002	41.314.019	414.156	1.559.252	4.031.186
2003	42.004.575	429.563	1.627.456	4.042.986
2004	42.691.751	445.971	1.689.957	4.059.818
2005	43.398.190	454.922	1.747.789	4.088.366
2006	44.068.244	462.461	1.796.935	4.134.050
2007	44.873.567	477.301	1.848.939	4.208.774
2008	45.593.385	494.188	1.899.713	4.301.762
2009	45.929.477	504.126	1.935.265	4.375.692
2010	46.072.834	506.028	1.971.447	4.446.918

Figura 5:



SIAP - S.G. de Información Sanitaria e Innovación

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

USUARIOS DISTINTOS ATENDIDOS EN CONSULTA ORDINARIA. SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Año 2007 - 2011

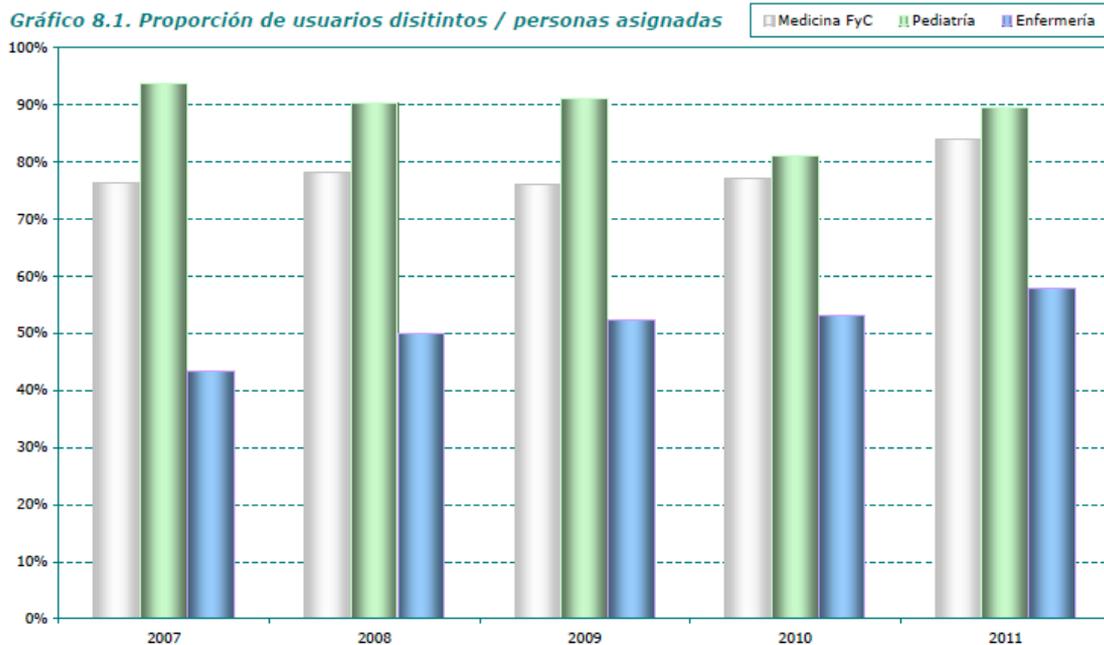


Figura 6:

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

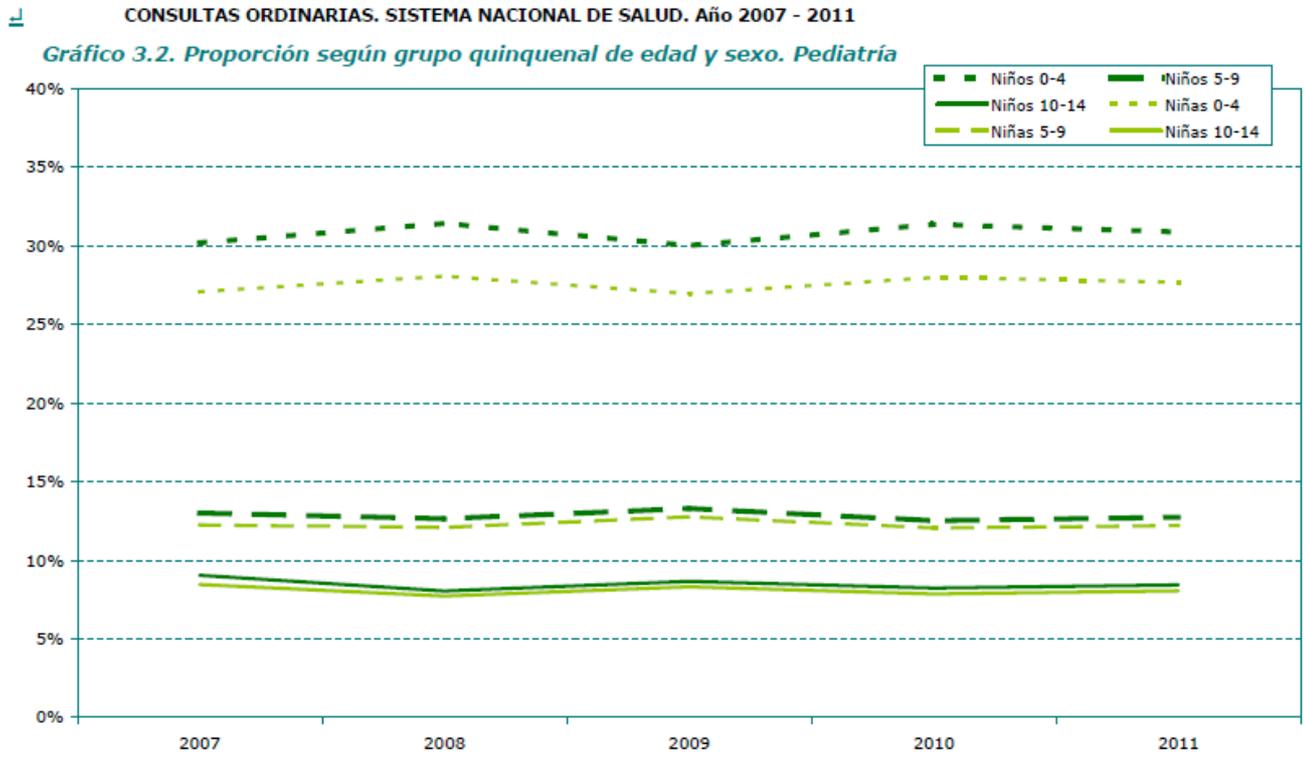


Figura 7:



SIAP - S.G. de Información Sanitaria e Innovación

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

FRECUENTACIÓN GENERAL. SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Año 2007 - 2011

Gráfico 5. Por tipo de profesional

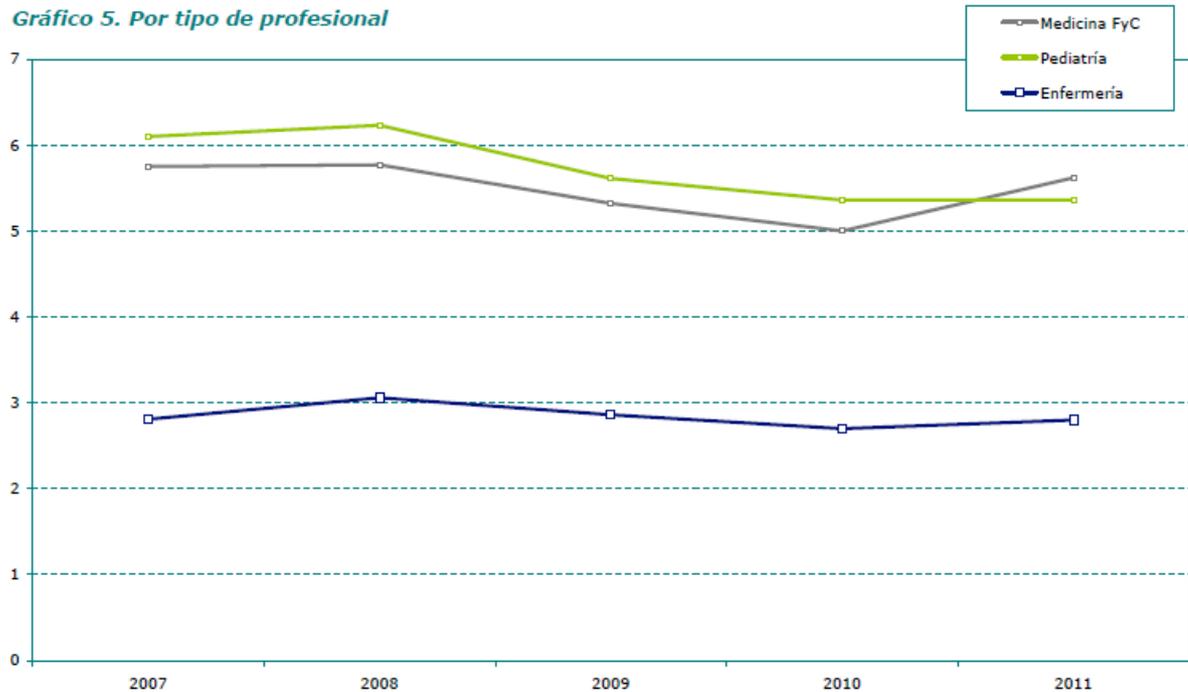


Figura 8:

Tabla 7.7 Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos y sus componentes: mortalidad neonatal, postneonatal y perinatal por 1.000 nacidos vivos

	2008			2009			2010		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
Mortalidad infantil	3,3	3,0	3,7	3,3	3,0	3,5	3,2	3,1	3,3
Mortalidad neonatal	2,1	1,9	2,4	2,1	2,0	2,3	2,1	2,0	2,2
Mortalidad postneonatal	1,2	1,1	1,3	1,1	1,0	1,2	1,1	1,1	1,1
Mortalidad perinatal	4,4	4,0	4,7	4,5	4,3	4,7	4,4	4,4	4,4

Observaciones: *Mortalidad infantil*: nº de muertes de niños antes de cumplir un año de vida. *Mortalidad neonatal*: nº de muertes de niños de menos de 28 días de vida. *Mortalidad postneonatal*: nº de muertes de niños de más de 28 días y menos de un año. *Mortalidad perinatal*: nº de muertes de fetos de 24 semanas o más de gestación y nº de muertes en los primeros siete días de vida.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Mortalidad infantil y perinatal

Tabla 3:
Evolución de las Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes todas las causas por tramos de edad

Edad años	1981	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<1	1.211,4	448,2	410,3	419,4	403,4	406,5	388,0	368,5	357,0
de 1 a 4	62,7	26,0	24,6	25,4	27,2	22,4	21,7	19,9	20,8
de 5 a 14	29,6	16,2	15,0	14,8	14,7	13,1	12,5	12,1	11,9

Fuente:

<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>

Tabla 4:
Evolución de las Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes Neumonía e influenza según edad

Edad años	1981	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<1	44,7	3,3	0,5	2,2	2,6	0,9	1,5	2,4	1,5
de 1 a 4	3,2	0,3	0,3	0,3	0,6	0,3	0,5	0,5	0,3
de 5 a 14	1,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1

Fuente:

<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>

Tabla 5: Motivos más frecuentes de ingreso hospitalario por franjas de edad

	< de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años
Enf. de origen en periodo neonatal	40,3%		
Anomalías congénitas	6,1		
Enfermedades aparato respiratorio	15,9	32,4	16,9
Enf. Infecciosas y parasitarias	6,1	12,1	
Enf. aparato digestivo		9,7	16,2
Lesiones y envenenamientos			14,7

Fuente: Encuesta Nacional de Salud España 2006 INE. Población de 0 a 15 años

Figura 9:



Figura 10:

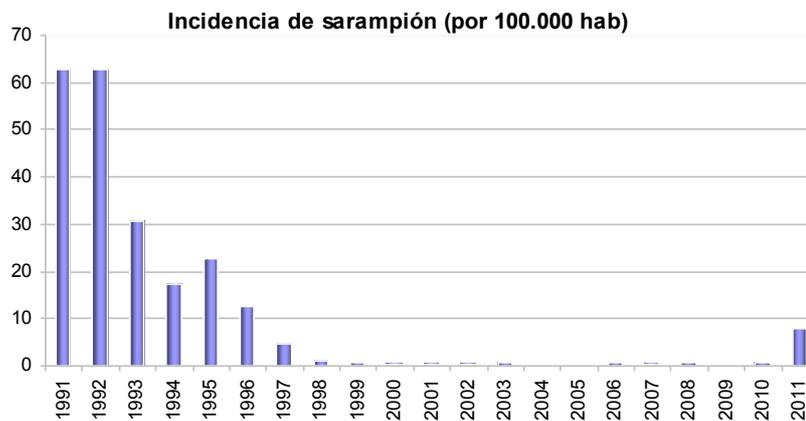


Figura 11:



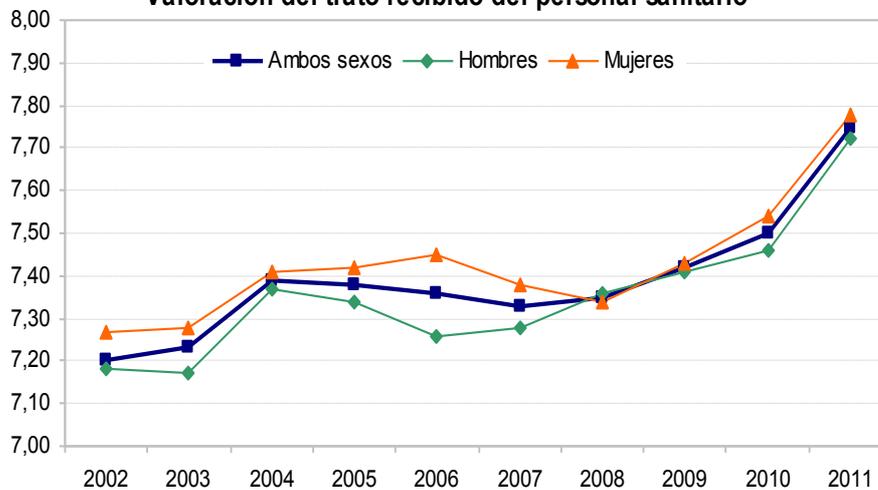
Tabla 6: Enfermedades crónicas diagnosticadas por un médico; distribución porcentual

	Media	mínima	máxima
Alergia crónica	11,60	4,41 La Rioja	16,38 Canarias
Asma	6,58	3,43 La Rioja	15,28 Asturias
Tumores malignos	0,17	0,0 Varias CCAA	0,74 Navarra
Epilepsia	0,85	0,0 La Rioja	1,73 C. Valenciana
Diabetes	0,24	0,0 varias CCAA	0,63 Baleares

Fuente: Encuesta Nacional de Salud España 2006 INE. Población de 0 a 15 a

Figura 12:

Valoración del trato recibido del personal sanitario

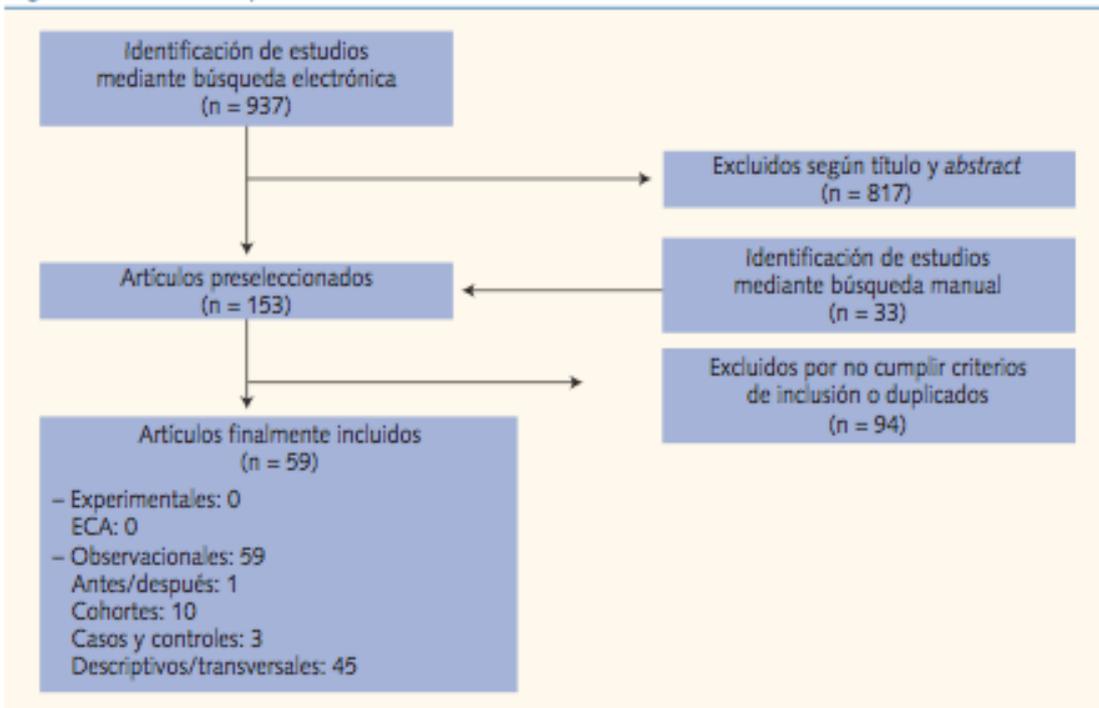


¿QUÉ PROFESIONAL MÉDICO ES EL MÁS ADECUADO PARA IMPARTIR CUIDADOS EN SALUD A NIÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PAÍSES DESARROLLADOS?

Buñuel Álvarez JC, García Vera C, González Rodríguez P, Aparicio Rodrigo M, Barroso Espadero D, Cortés Marina RB y cols. Revisión sistemática. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010;12:s9-s72. Publicado en Internet: 31/03/2010

Material y métodos

Figura 1. Resumen del proceso de la selección de estudios.



Diseño de estudio

Revisión sistemática (RS). Fuentes de los datos: hasta diciembre de 2008 se revisaron las bases de datos MEDLINE y CENTRAL, el metabuscador TRIP-Database y el buscador Google Académico para recuperar artículos originales que compararan la práctica clínica de ambos tipos de profesionales. No se efectuó ninguna restricción por idioma.

Selección de estudios

Se incluyeron estudios de cualquier tipo de diseño (estudios transversales, cohortes, casos y controles, experimentales) siempre que efectuaran, como objetivo principal o secundario, una comparación de la práctica clínica de PED y MF/MG. Se excluyeron todas las referencias que no contuvieran investigación original (cartas al director o editoriales). Finalmente se seleccionaron 59 publicaciones (1 estudio antes/después, 10 de cohortes, 3 de casos/controles y 45 de diseño transversal). Asimismo, se evaluó la calidad metodológica de cada estudio con el instrumento "OSTEBA; Fichas de lectura crítica". Dicha calidad fue valorada de forma independiente por dos revisores, que llegaron a un consenso en caso de discrepancia. La extracción de datos fue realizada por

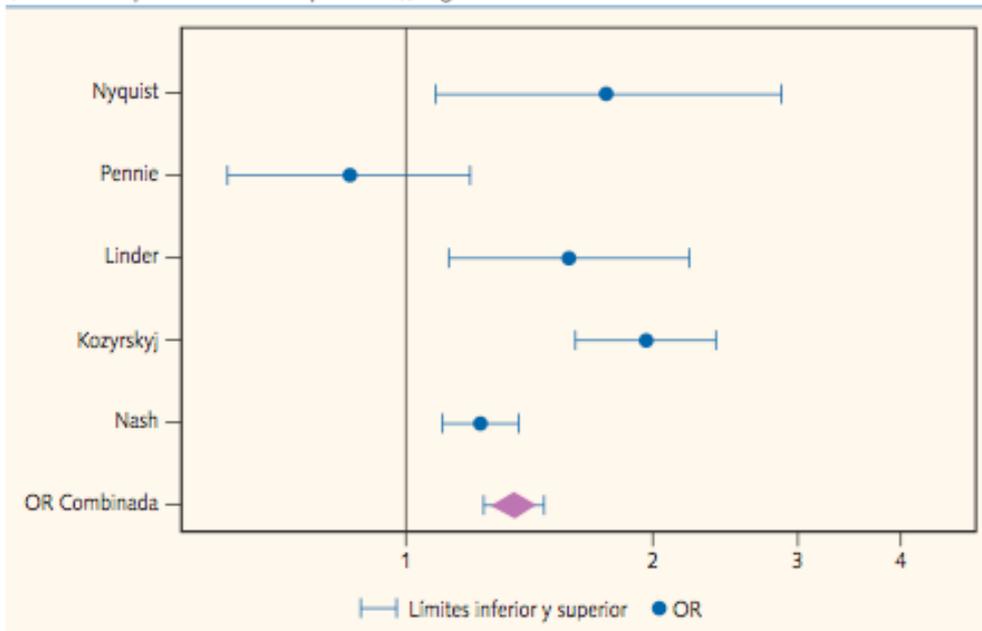
siete parejas de revisores de forma independiente y conforme a un formulario preestablecido. Las discrepancias se resolvieron mediante consenso.

Análisis estadístico

A partir de los resultados de cada estudio se calcularon, cuando no se ofrecían y siempre que fue posible, los siguientes estimadores del efecto según el tipo de diseño del estudio y la prueba estadística utilizada: riesgo relativo, odds ratio (OR) y prevalencia relativa. Se calcularon, asimismo, los intervalos de confianza del 95% (IC 95%) de cada estimador. Cuando fue posible, se combinaron los resultados de los estudios mediante el cálculo de un estimador combinado global, la OR, estimada por el método del inverso de la variancia, aplicando un modelo de efectos fijos o aleatorios, según hubiera ausencia o presencia de heterogeneidad estadística. La presencia de heterogeneidad se estimó mediante la prueba Q.

Resultados

Figura 2. Utilización de antibióticos en enfermedades infecciosas de probable etiología vírica (médicos no pediatras frente a pediatras), según diferentes estudios.



Cálculo de odds ratio por el método del inverso de la variancia, modelo de efectos aleatorios.

En promedio, los MF/MG prescribieron más ATB que los PED en infecciones del tracto respiratorio superior de probable etiología vírica (OR: 1,4; IC 95%: 1,1 a 1,8). Los PED tuvieron más probabilidades de adherirse a las recomendaciones de guías de práctica clínica sobre el manejo del síndrome febril (OR: 9; IC 95%: 3 a 25) y del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (OR: 5; IC 95%: 3 a 11), y una mayor capacidad de resolución para otras enfermedades de elevada prevalencia durante la infancia y la adolescencia (como asma y OMA). Los PED presentaban porcentajes de vacunación superiores, las planificaban mejor, introducían antes y mejor las nuevas, y tenían menos creencias erróneas sobre sus efectos secundarios en comparación con los MF/MG, en prácticamente todos los estudios (16) que evaluaron este resultado.

Respecto a actividades de prevención “cardiovascular” solo las relacionadas con el tabaquismo y el ejercicio físico fueron llevadas a cabo más adecuadamente por los MF/MG, mientras que la detección y manejo de la obesidad, el cribado de hipercolesterolemia y la toma de tensión arterial lo fueron por los PED. En la provisión de otras actividades preventivas los PED aconsejaron más sobre accidentes, intoxicaciones, prevención del raquitismo y menos que los MF/MG sobre consumo de tóxicos. Finalmente, la utilización de pruebas diagnósticas en AP pediátrica fue mejor llevada a cabo también por los PED, ya que solicitaron menos radiografías de tórax por sospecha de neumonía (DR PED vs MF: -6,90; IC 95% -8,80 a -4,90); más analíticas en el lactante pequeño febril (DR PED vs MF: 12,50; IC 95%: 10,00 a 14,30); y más test de detección de estreptococo beta-hemolítico grupo A en caso de odinofagia (OR MF/MG vs PED: 0,46; IC 95%: 0,32 a 0,66). Además, cuando se solicitaban radiografías de tórax, la probabilidad de que fuera patológica fue mayor entre los PED que entre los MG (RR: 2,6; IC 95%: 1,1-6,6).

Conclusiones

Esta es la primera RS que compara la práctica clínica de PED y MF/MG en el ámbito de la AP. Como conclusiones principales de este estudio, parece comprobarse que, en países desarrollados, la AP pediátrica en manos de PED presenta un mejor cumplimiento de los programas de vacunación y de las recomendaciones de las guías de práctica clínica de enfermedades de elevada incidencia y prevalencia, en comparación con los MF/MG. Las variables estudiadas (uso adecuado de medicamentos, cumplimiento de recomendaciones de las guías de práctica clínica y de los calendarios oficiales de vacunación y disminución del porcentaje de derivaciones al nivel especializado) son, además, de una gran importancia para médicos, pacientes y gestores, ya que pequeñas variaciones en la forma de dispensar estos cuidados pueden tener enormes repercusiones sanitarias y no sanitarias. En vista de los resultados expuestos, parece recomendable mantener la figura del PED en los equipos de AP y reforzar su función específica como primer punto de contacto del niño con el sistema sanitario.

Link al texto completo

http://www.pap.es/files/1116-1052-pdf/S9-S72_Que%20profesional%20medico%20es%20el%20mas%20adecuado.pdf

Link texto completo INGLES

<http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13s21/revision.pdf>

Figura 13:

Tabla I. Rango de edad pediátrica en diversos países europeos

Rango de edad (años)	Países N (%)	Países
0-18	15 (52)	Austria, Bulgaria, Estonia, Alemania, Islandia, Irlanda, Israel, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Noruega, Polonia, Portugal, Suecia, Reino Unido
0-19	3 (10)	República Checa, Eslovaquia, Eslovenia
0-16	4 (14)	Dinamarca, Francia, Holanda, Suiza
0-15	2 (7)	Bélgica, Finlandia
0-14	5 (17)	Chipre, Grecia, Hungría, Italia, España

Ocho países con menos de 0-18 años han extendido la edad pediátrica para hospitalización o especialidades.

Libro Blanco de las especialidades pediátricas: <http://www.aeped.es/documentos/libro-blanco-las-especialidades-pediatricas>

Tabla 7: Países con la mortalidad más baja de Europa y gasto en salud

Países	Mortalidad infantil	Gasto en salud per cápita	Gasto en salud pública per cápita
Czech Republic	2,7	1884	1578
Finland	2,3	3251	2422
Norway	2,8	5388	4607
Portugal	2,5	2728	1795
Slovenia	2,5	2428	1768
Spain	3,2	3056	2267
Sweden	2,5	3758	3046

[OECD Health Data: Health status: OECD Health Statistics \(database\)](http://www.oecd.org/health/data/). Datos 2010

Figura 14: Mortalidad infantil en Europa (1986-2007)

