



Sociedad Argentina de Pediatría
Dirección de Congresos y Eventos
Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria



6^o Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria

*"El derecho a salud, el de infancia y adolescencia.
Un desafío para pensar y actuar"*

19, 20 y 21 DE NOVIEMBRE DE 2014

Mesa redonda: Rol del pediatra en el seguimiento del paciente con enfermedad respiratoria crónica

Miércoles 19, 16:30hs

Dra Virginia D'Alessandro

Pediatra Neumonóloga. Servicio Neumonología

Htal de Niños "Sor María Ludovica"



Objetivos

Seguimiento

Definir el rol del pediatra



Rol en enfermedades crónicas



Enfermedades respiratorias crónicas



Rol del pediatra



- Prepararse, mantenerse actualizado en pediatría
- Brindar un servicio de calidad
- Trabajar por una adecuada financiación de la atención médica
- Investigar los problemas de salud local
- Trabajar por los derechos del niño en las instituciones científicas
- Tratar de comprender los fenómenos sociales y políticos

Rol del pediatra en enfermedades crónicas



Cuáles son?

- Trastornos del desarrollo y discapacidad
- Enfermedades renales
- Endocrinológicas
- Neoplásicas
- **Enfermedades respiratorias**

Rol del pediatra en enfermedades crónicas



- Detección oportuna
- Continencia del paciente
- Coordinación de las intervenciones médicas
- Atención de interurrencias
- Monitorear el crecimiento y desarrollo
- Organizar programas de seguimiento

Enfermedades respiratorias crónicas



“Aquella enfermedad que presenta manifestaciones clínicas persistentes y/o recurrentes de duración prolongada”

Concepto de **tos crónica**: Tos de más de un mes de duración

Enfermedades respiratorias crónicas



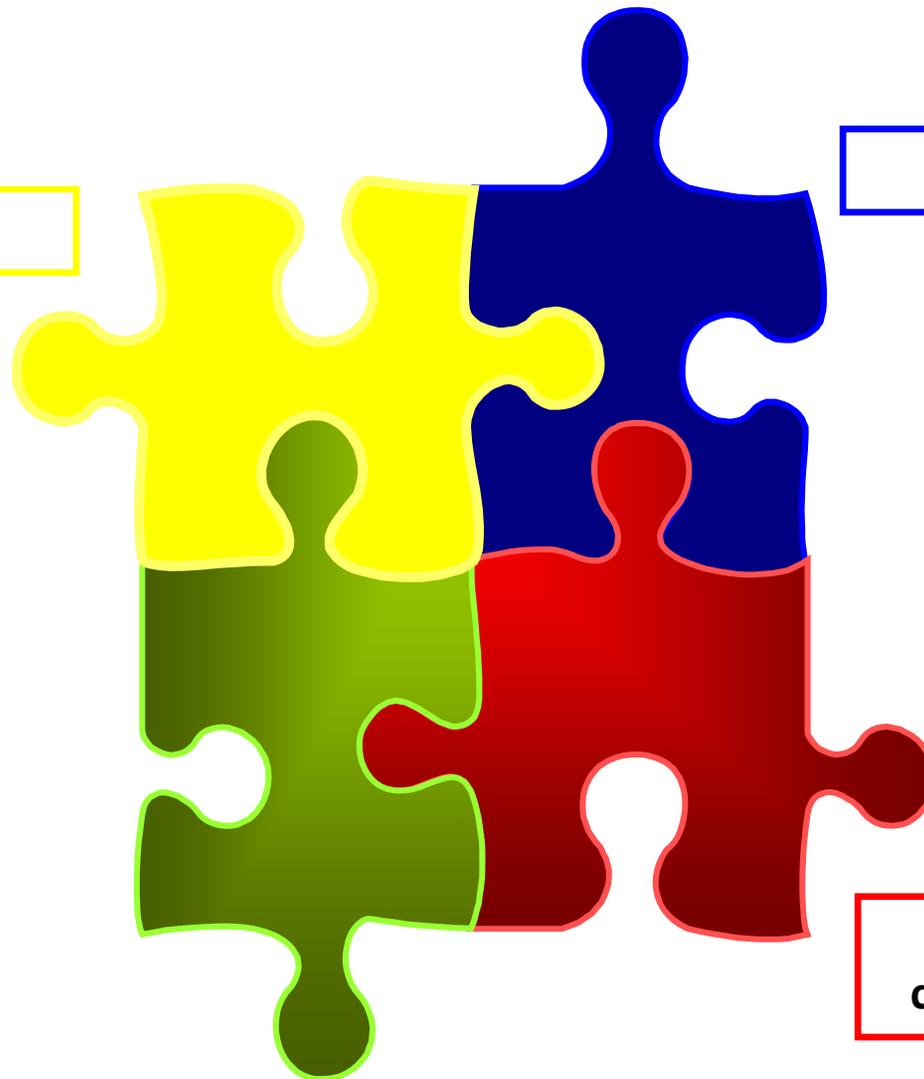
- **ASMA**
- **DISPLASIA BRONCOPULMONAR**
- SECUELA PULMONAR POST-INFECCIOSA
- FIBROSIS QUÍSTICA
- BRONQUIECTASIAS

Enfermedades respiratorias crónicas



Interrogatorio

Examen Físico



Estudios
complementarios



- Antecedentes personales

Síntomas neonatales
Sibilancias asociadas a la alimentación y/o vómitos
Esteatorrea
Estridor

- Antecedentes familiares

Sibilancias
Tos
Dificultad para respirar
Disnea

- Naturaleza de los síntomas

Intensidad
Frecuencia
Estacionalidad
Variabilidad diaria- Síntomas nocturnos
Factores predisponentes y/o agravantes

- Características de los síntomas

- Características de las crisis

Conurrencias a sala de emergencia
Internaciones
UCIP

- Tratamiento farmacológico

Dosis
Formas de administración
Respuestas
Efectos adversos

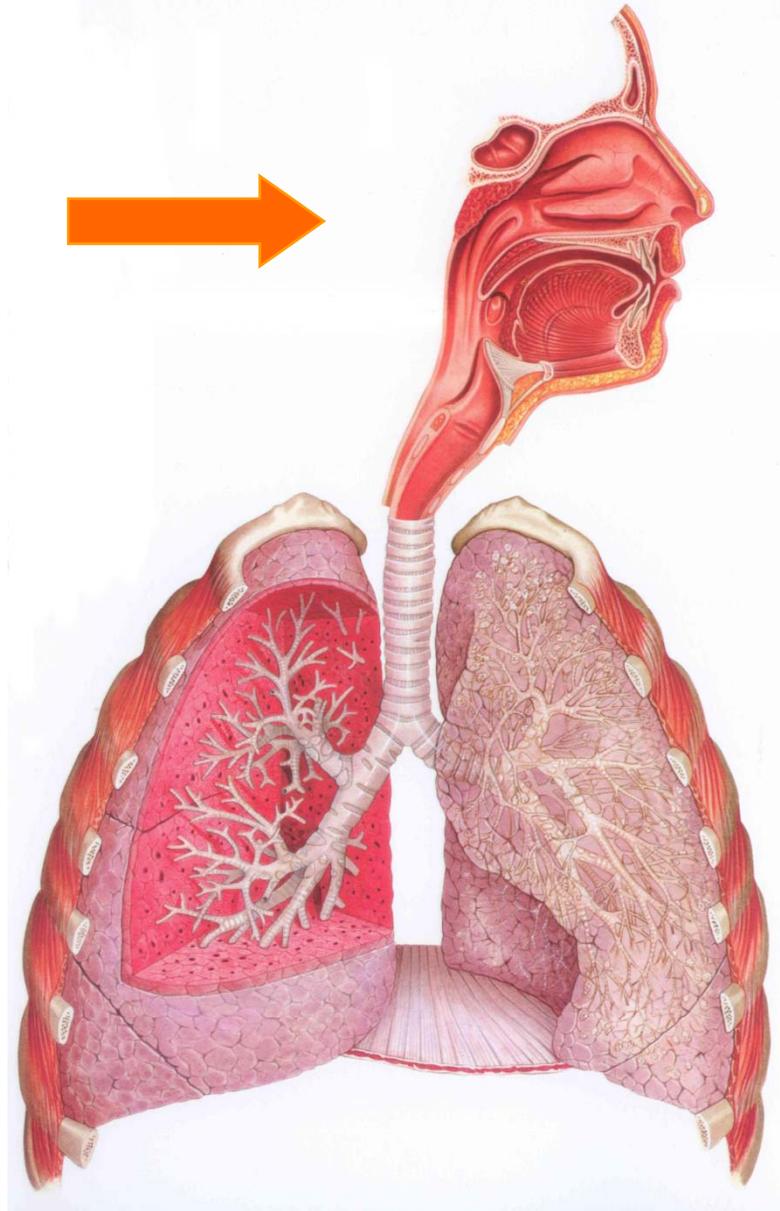
- Impacto de la enfermedad en el niño y su familia

Actividad física
Ausentismo escolar
Trastornos del sueño

Examen Físico



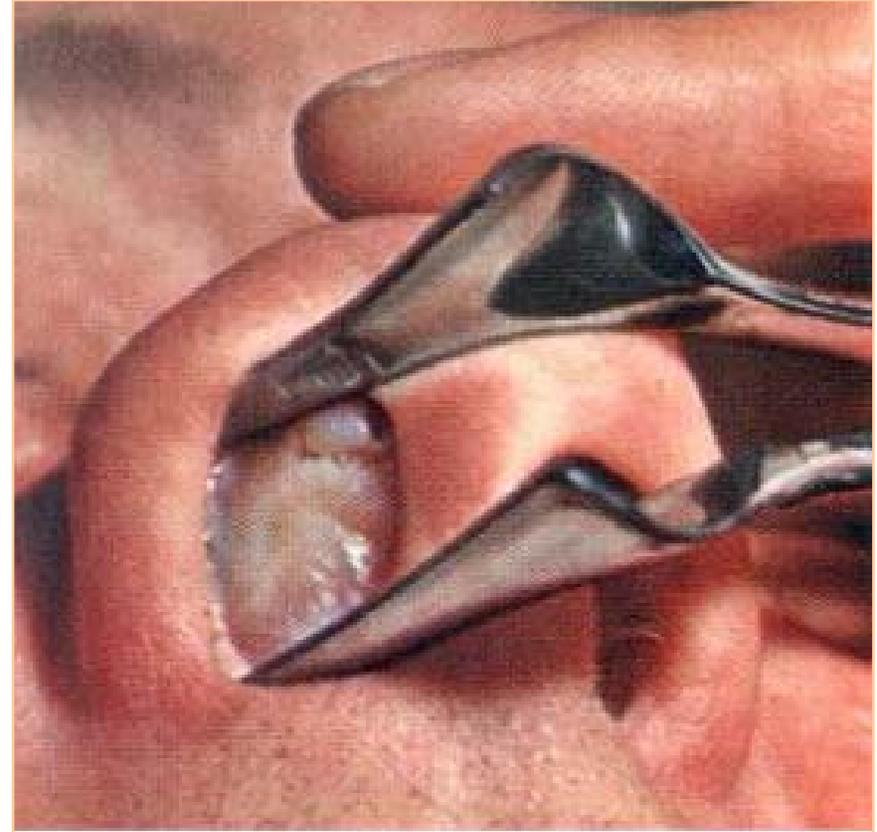
Vía aérea superior



Vía aérea inferior

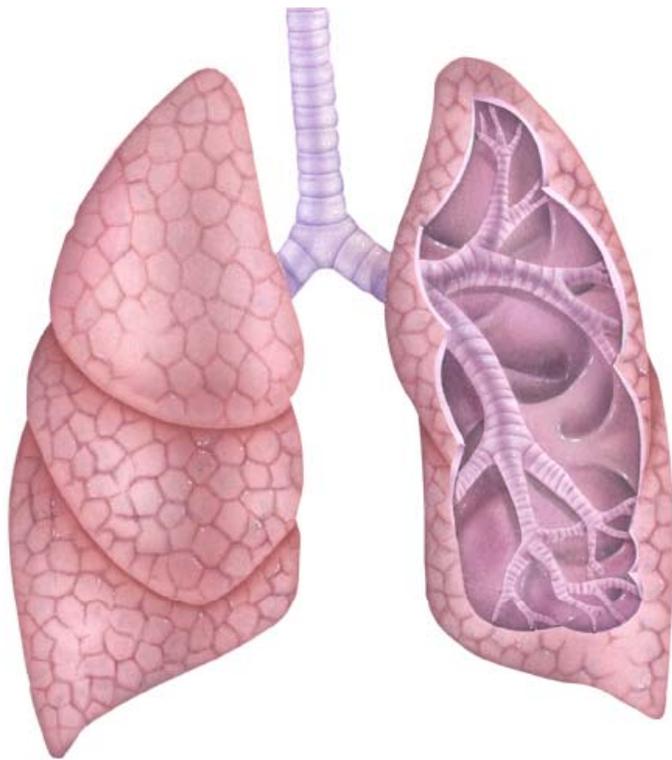


Puente nasal



Pólipo nasal

Examen Físico



Inspección: Forma del tórax, retracciones

Evaluar FR

Hipocratismo digital

Cianosis

Auscultación: Sibilancias, espiración prolongada, rales subcrepitantes



Frecuencia Respiratoria



Edad	Media	Rango
6-12 m	27	22-31
1-2 a	19	17-23
2-4 a	19	16-23

Exámenes Complementarios

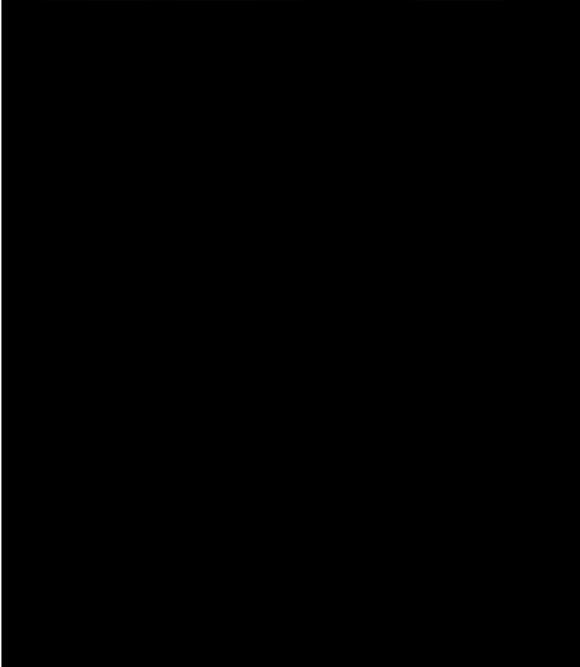
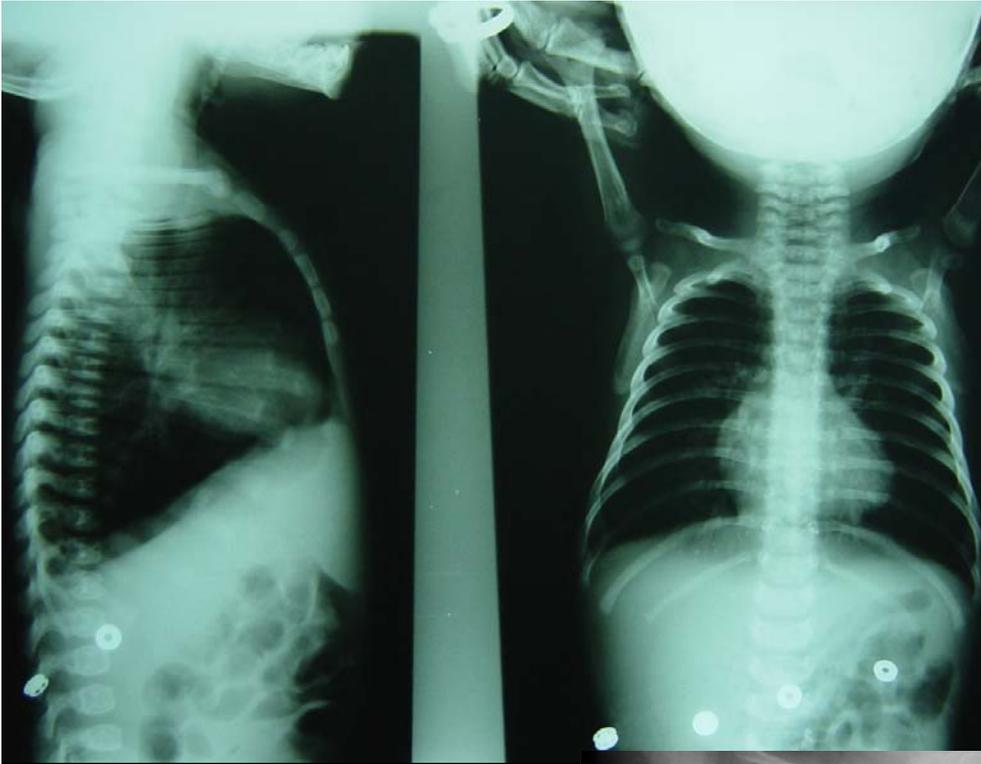


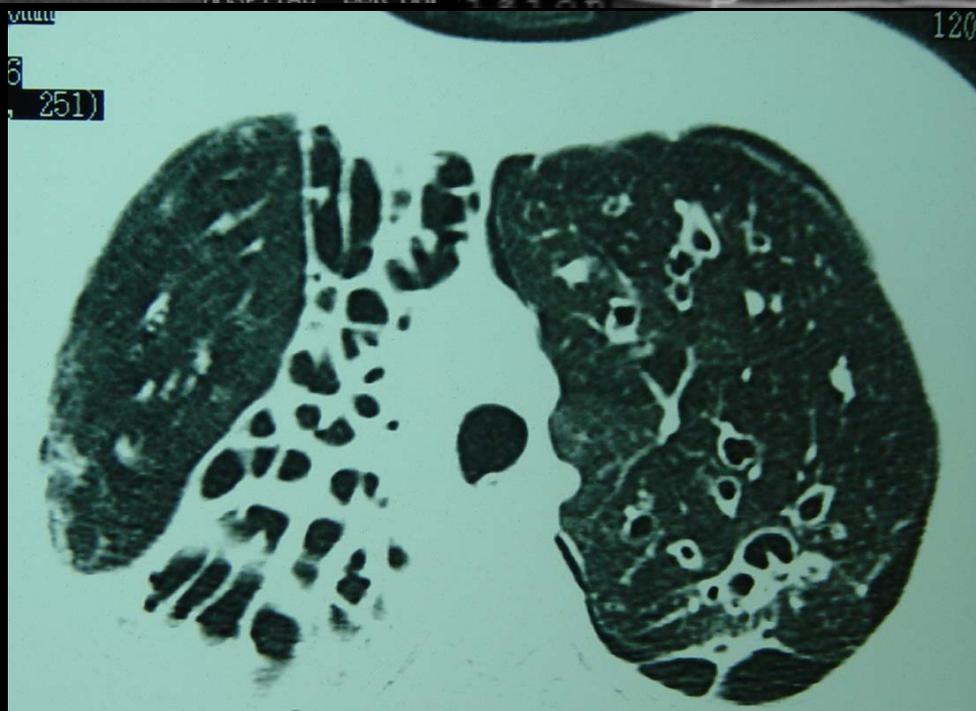
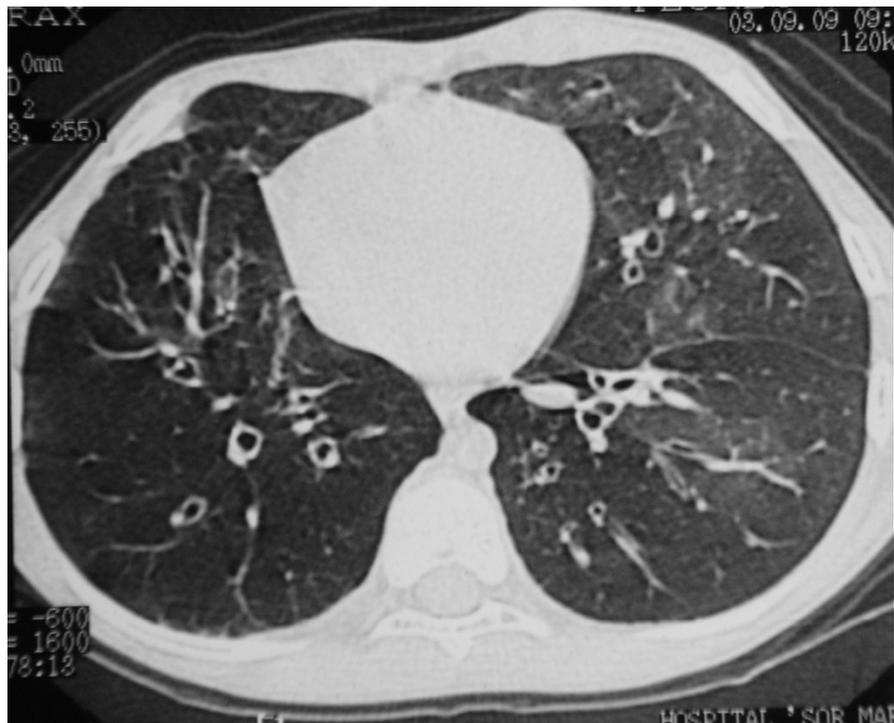
- ❖ Rx de tórax
- ❖ TAC de tórax
- ❖ Estudios de función pulmonar: espirometrías con evaluación de la respuesta a broncodilatadores, pletismografía y prueba de ejercicios.

Específicos



- ❖ Prueba del sudor y análisis de mutaciones genéticas
- ❖ Estudio inmunológico
- ❖ Serología para HIV
- ❖ Evaluación cardiológica con ecocardiograma



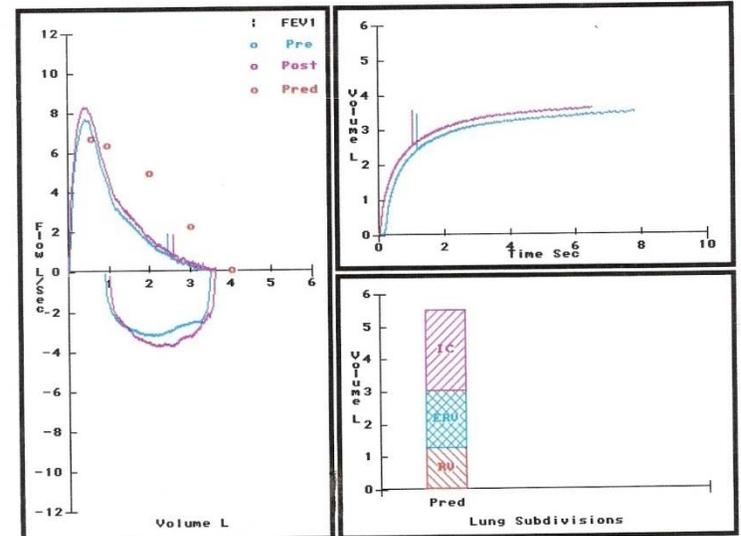
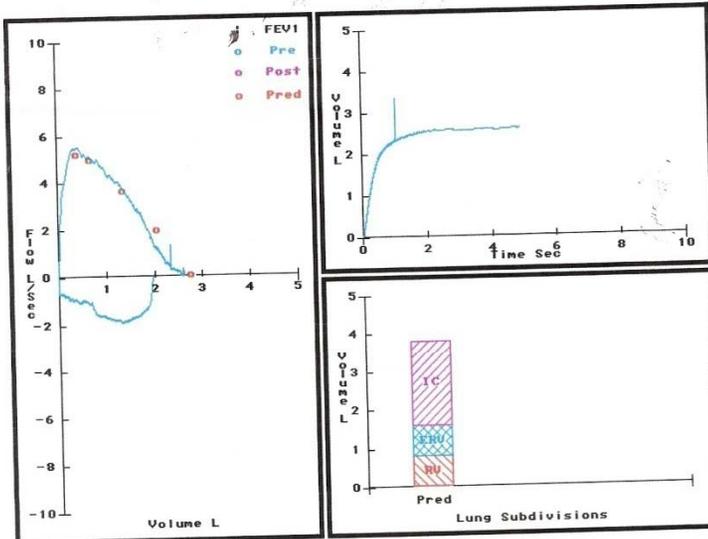


Espirometría

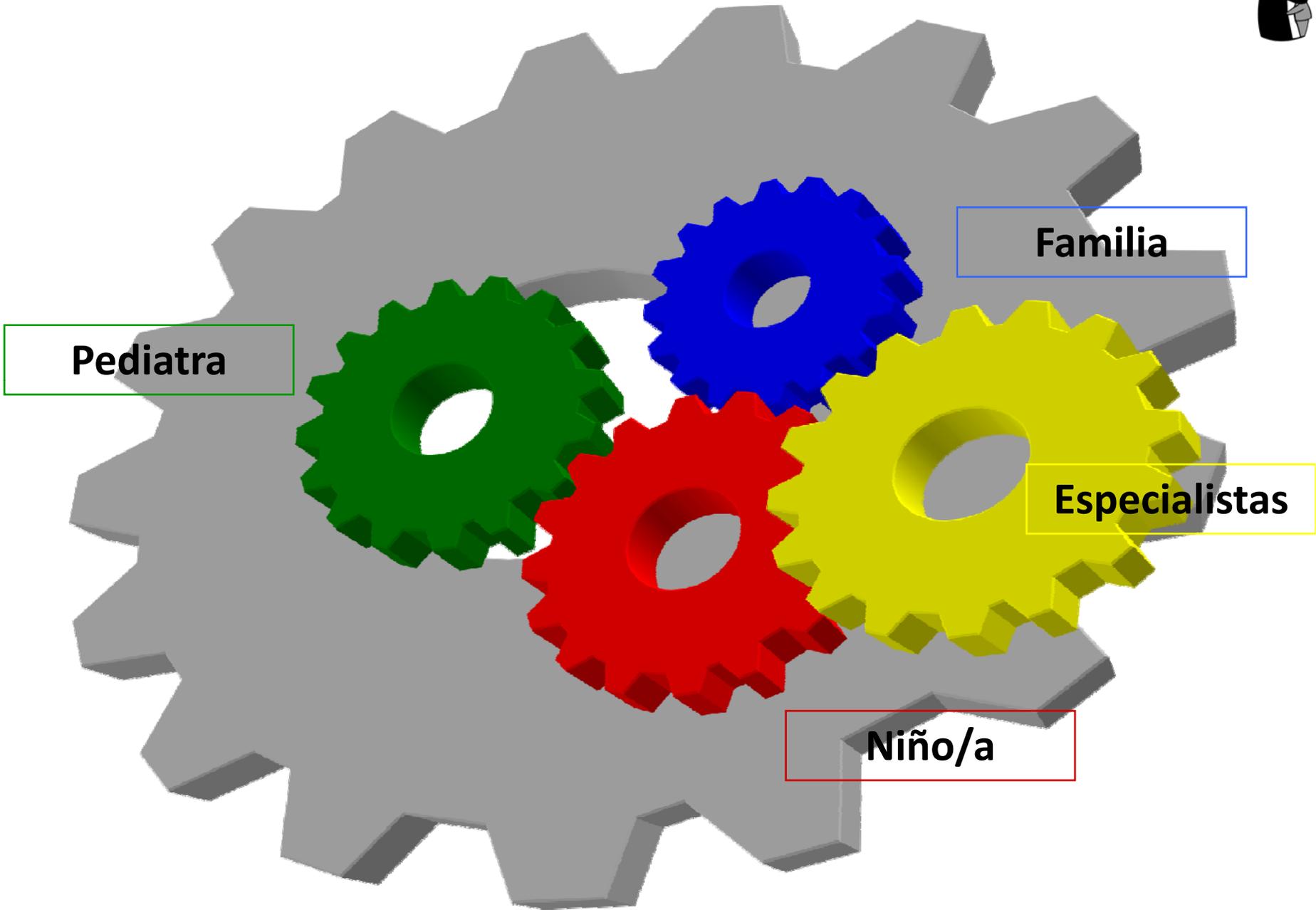


	PRE-BRONCH			POST-BRONCH		
	Actual	Pred.	%Pred.	Actual	%Pred.	%Chng
LUNG MECHANICS						
FVC (L)	2.62	2.78	94			
FEV1 (L)	2.34	2.42	97			
FEV1/FVC (%)	89	87				
FEF 25% (L/sec)	5.08	4.93	103			
FEF 50% (L/sec)	3.89	3.58	109			
FEF 75% (L/sec)	1.48	1.93	76			
FEF MAX (L/sec)	5.51	5.14	107			
FEF 25-75% (L/sec)	3.28	2.76	119			
FEF 75-85% (L/sec)	1.00					
FIVC (L)	1.97					
FIF 50% (L/sec)	1.72					
FEF 50%/FIF 50%	2.27	9-1.0 th				

	PRE-BRONCH			POST-BRONCH		
	Actual	Pred.	%Pred.	Actual	%Pred.	%Chng
LUNG MECHANICS						
FVC (L)	3.50	4.07	86	3.63	89	4
FEV1 (L)	2.44	3.50	70	2.57	73	5
FEV1/FVC (%)	70	86		71		1
FEF 25% (L/sec)	4.87	6.32	77	5.52	87	13
FEF 50% (L/sec)	1.96	4.88	40	2.24	46	15
FEF 75% (L/sec)	0.60	2.20	27	0.79	36	32
FEF MAX (L/sec)	7.66	6.64	115	8.26	124	8
FEF 25-75% (L/sec)	1.54	4.17	37	1.82	44	18
FEF 75-85% (L/sec)	0.41			0.56		37
FIVC (L)	2.60			2.62		1
FIF 50% (L/sec)	3.17	4.23	75	3.69	87	16
FEF 50%/FIF 50%	0.62	1.15		0.61		-2



Post Broncodilatador



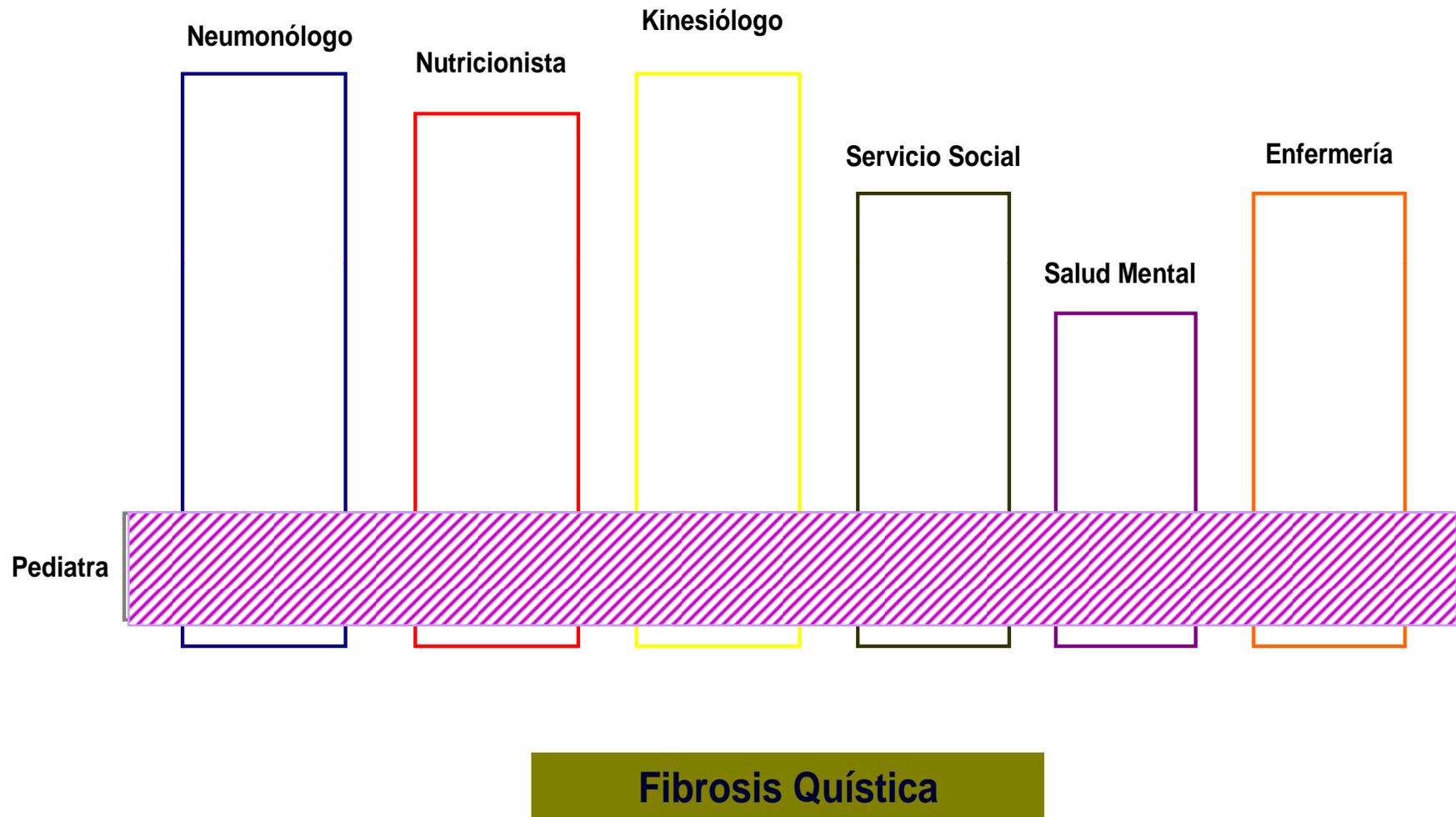
Pediatra

Familia

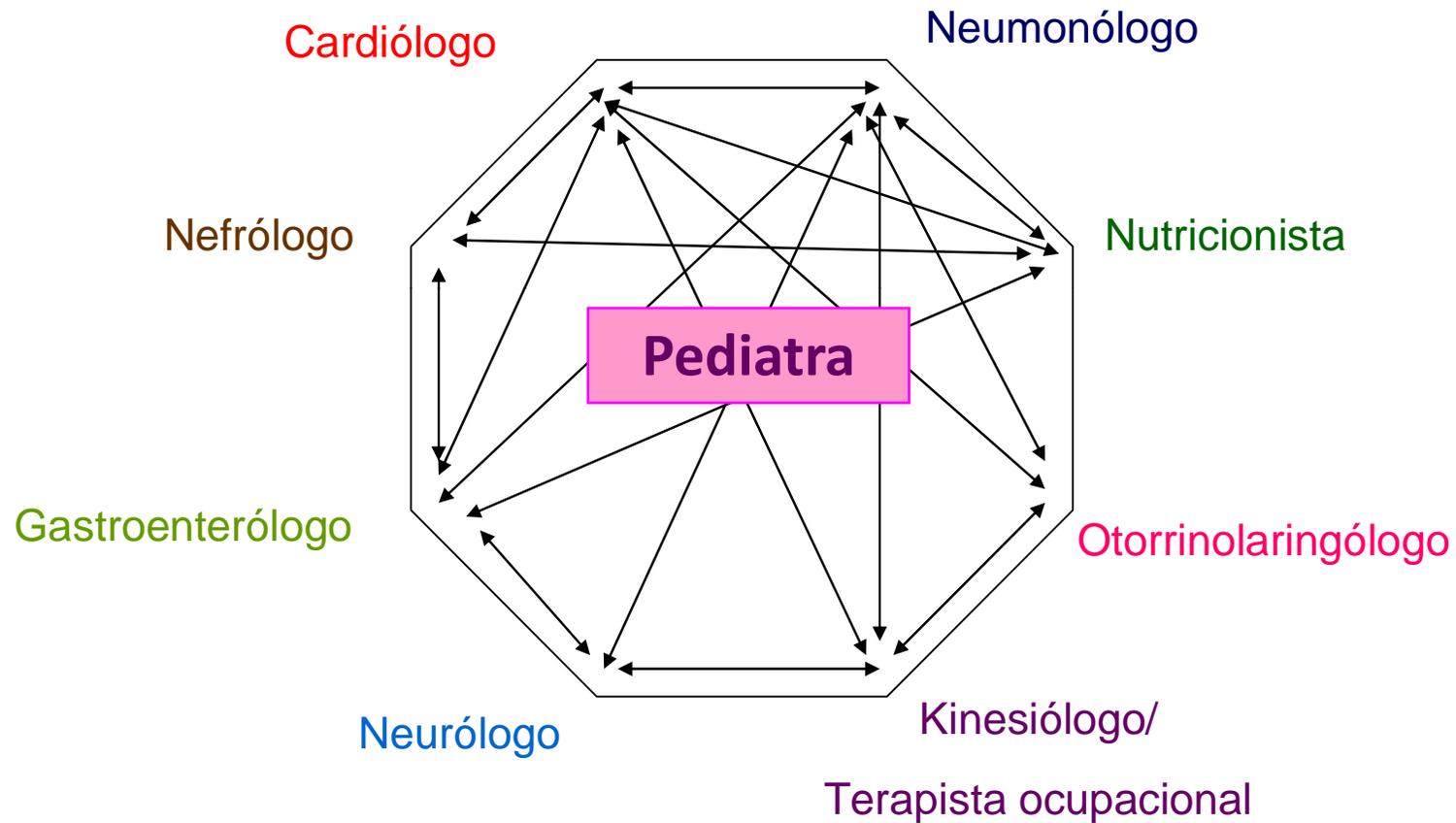
Especialistas

Niño/a

Roles



Roles

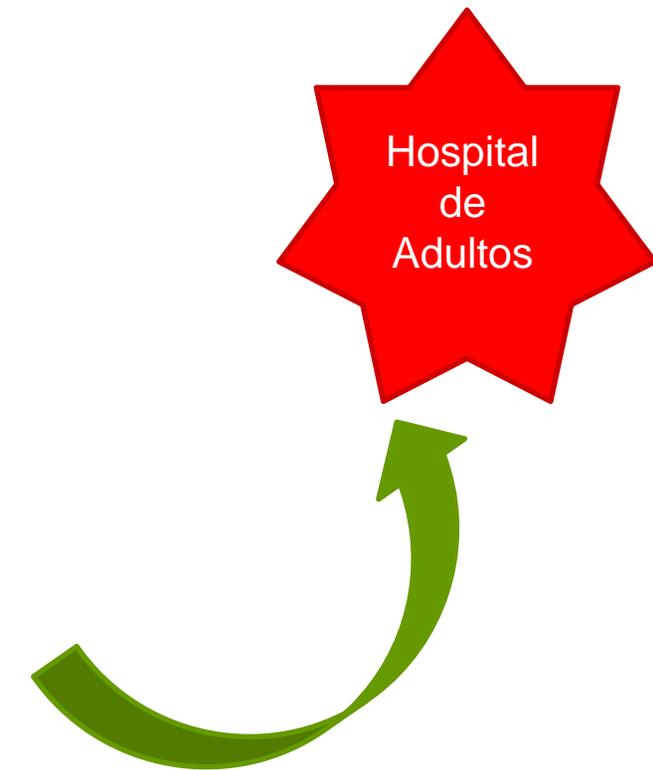


Displasia Broncopulmonar

Gestión: Área de Hospitalización



Referencia-Contrarreferencia Transición



Programa de Transición

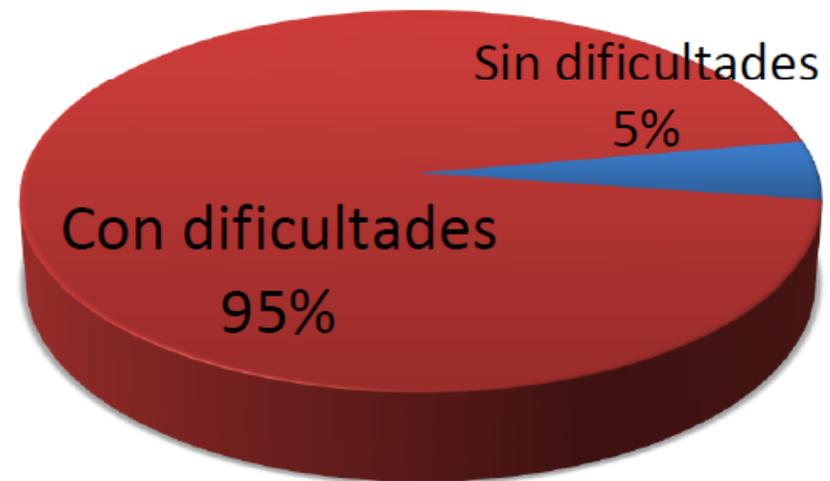
Encuesta- Comité de Neumonología 2012



4.- ¿Qué patologías le resulta más difícil derivar?

Población general

FQ:	51%
EPC/BO:	37%
DBP:	24%
Asma:	13%
TBC:	5%
Otras (HTP, NIC):	5%



4.- ¿Qué patologías le resulta más difícil derivar?

Provincias/Capital

FQ:	83%	-	50%
EPC/BO:	36%	-	50%
DBP:	16%	-	12%
Asma:	8%	-	18%
TBC:	6%	-	6%
Otras (HTP, NIC,):	11%	-	12%



6.-¿Usted hace un seguimiento en conjunto con el Neumólogo de adultos en alguna etapa de la transición del paciente?

Población general ([provincias](#))

a-Hospital Público: 41% (**43%**)

b-Institución privada: 40%

c-Consultorio: 15% (**16%**)

7.-¿Bajo qué modalidad deriva los pacientes a un Neumólogo de adultos?

a-Derivación por escrito: 66%

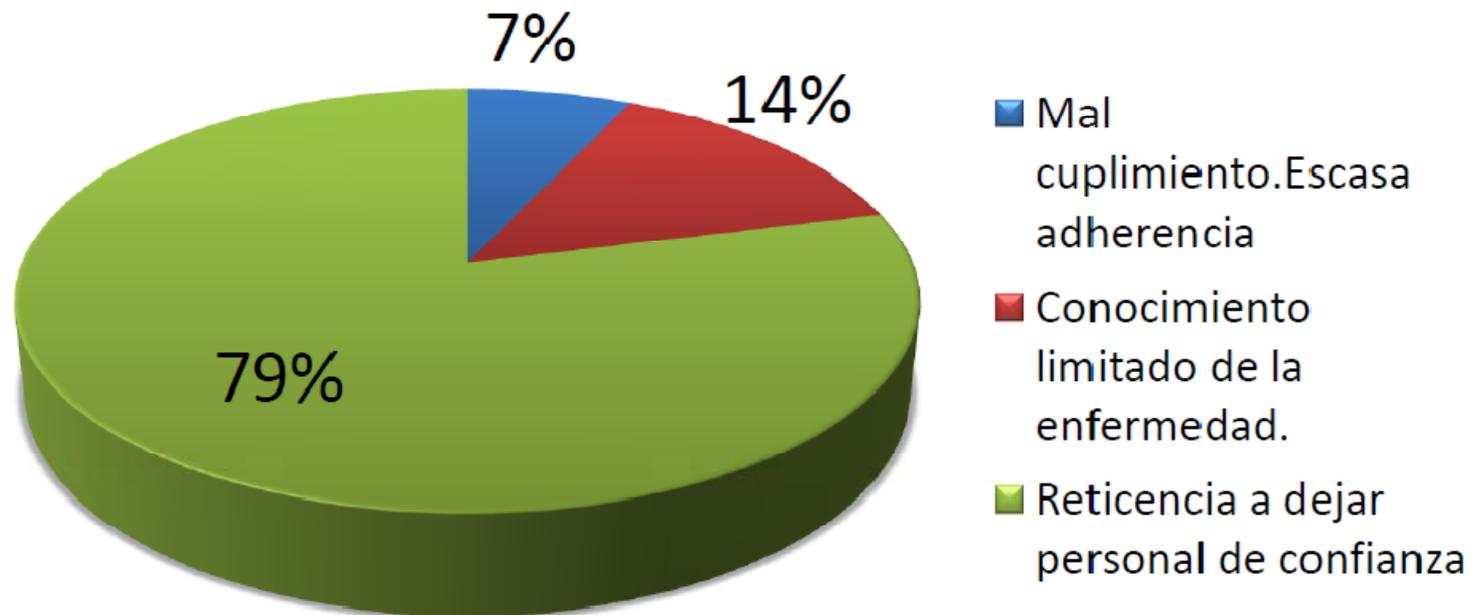
b- Contacto telefónico: 43%

c-Le sugiere al paciente que busque un Neumólogo por sus propios métodos:1,6%

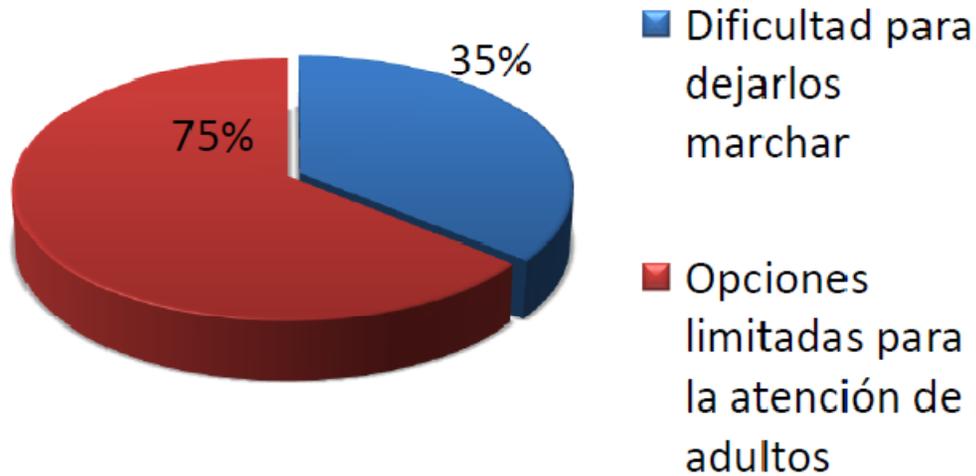
d-Otros (ej mail): 28%

9.-¿En su opinión, cual es la barrera más frecuente que existe para lograr la transición según cada involucrado?

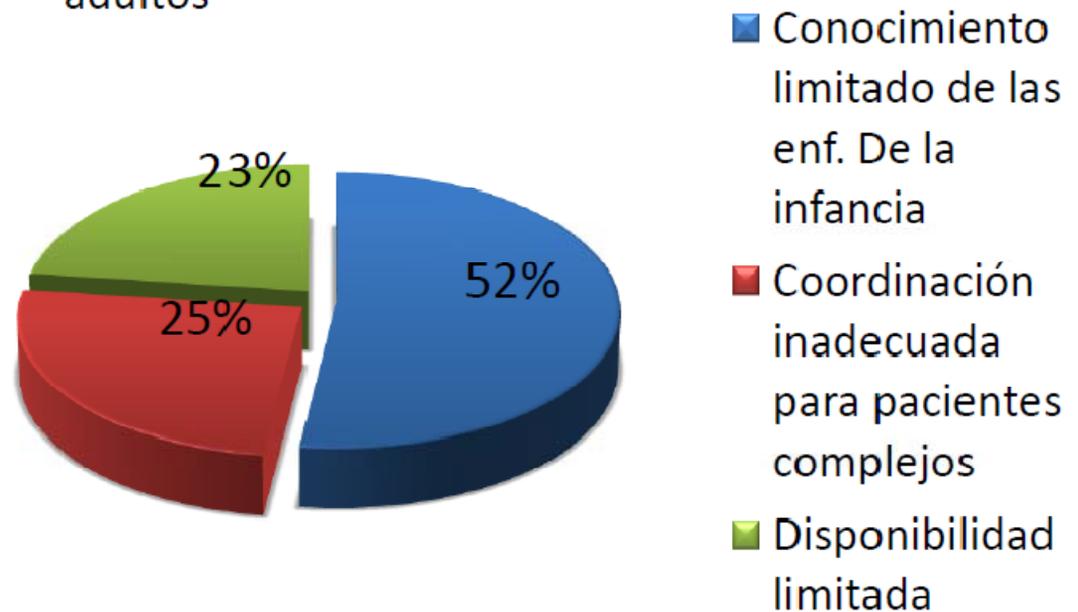
Paciente y padres



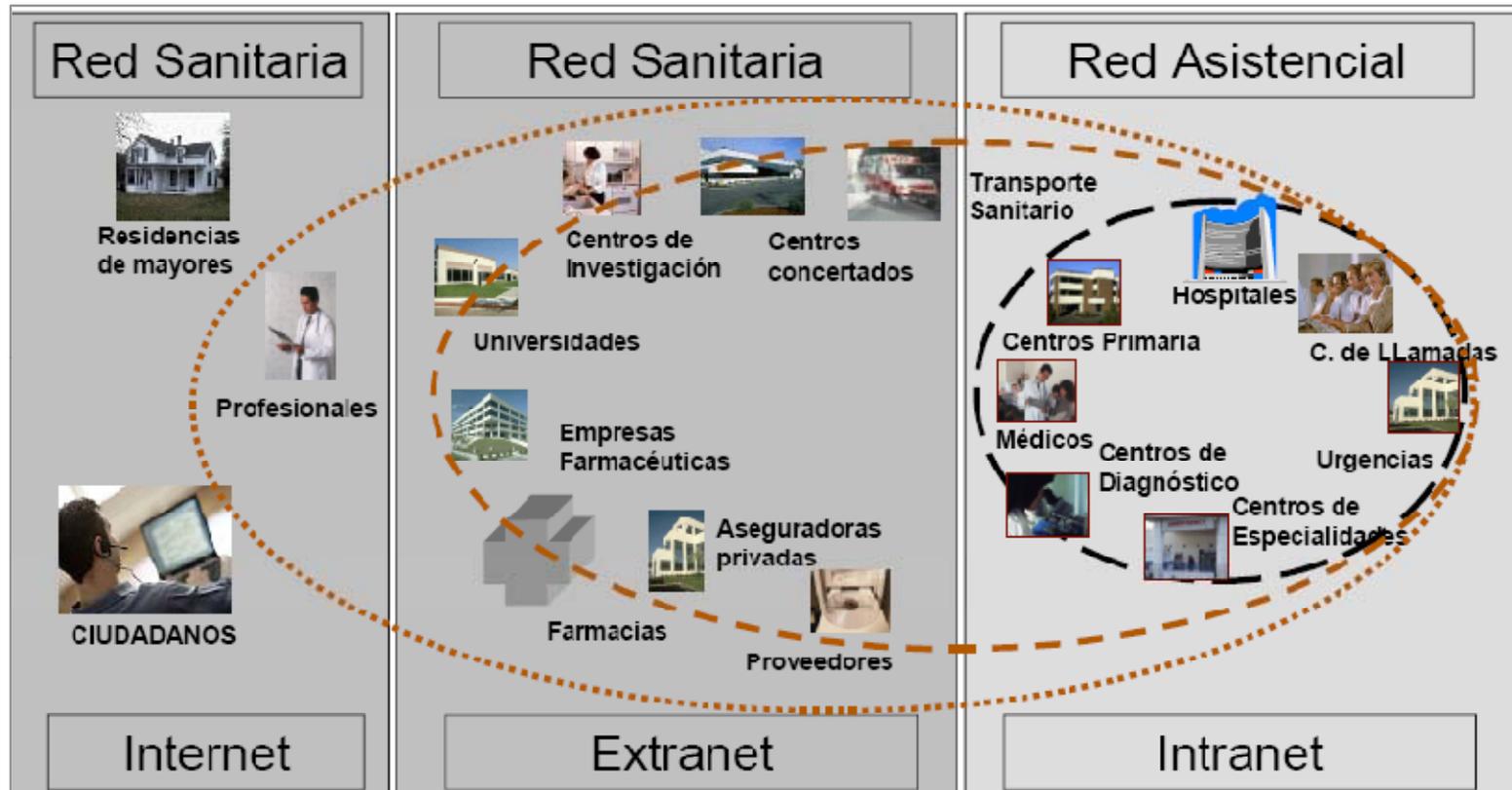
Equipos pediátricos



Equipos de adultos



Informatización



Intranet funciona como un canal de comunicación hacia los profesionales, que enlaza y conecta también con el laboratorio, consultorios, etc. La **extranet** es una intranet ampliada, en la que se ponen en contacto otras instituciones, centros o entidades, como la Universidad, empresas farmacéuticas, etc.



Seguimiento

Definir el rol del pediatra



Rol en enfermedades crónicas



Enfermedades respiratorias crónicas



Rol del pediatra en ASMA



Prevalencia: 10-20%, 6-7 años y 13-14 años

- ✚ Conseguir el control de los síntomas- Educación
- ✚ Prevenir las exacerbaciones
- ✚ Mantener la función pulmonar
- ✚ Lograr realizar actividad física normal
- ✚ Evitar los efectos adversos de la medicación

Rol del pediatra en ASMA



Prevalencia: 10-20%, 6-7 años y 13-14 años

+ Conocimiento en aerosolterapia: Dispositivos y tto farmacológico



Rol del pediatra en DISPLASIA BRONCOPULMONAR



Prevalencia: 27% de DBP en 1540 prematuros
<1500 g de peso al nacer (nacidos en 2011) ¹⁻²

- ✚ Controles ambulatorios en lactantes con DBP
- ✚ Controles ambulatorios en preescolares y
escolares con antecedentes de DBP

1- Arch Argent Pediatr 2013;111(2):165-172

2- Ministerio de Salud de la Nación. Programa de prevención de IRA en prematuros de alto riesgo atendidos en el sector público de salud.,2011

Rol del pediatra en DISPLASIA BRONCOPULMONAR



Lactantes con DBP

- Control estricto del crecimiento
- Monitoreo de la saturación de oxígeno
- Evaluación cardiológica
- Imágenes
- Gasometría arterial
- Pruebas de función pulmonar
- Endoscopía, estudios de sueño, Phmetría, SEGD y laboratorio

Rol del pediatra en DISPLASIA BRONCOPULMONAR



Preescolar y Escolar con DBP

- ❑ Control estricto del crecimiento
- ❑ Monitoreo de la saturación de oxígeno
- ❑ Evaluación cardiológica
- ❑ Pruebas de función pulmonar



Formar pediatras es un proceso largo y se hace imprescindible tomar conciencia de lo conveniente que resulta proteger un recurso tan valioso.

La tarea de equipo y trabajo en red, ES IMPORTANTE para poder satisfacer la demanda planteada por el cuidado integral de los niños CON ENFERMEDADES CRÓNICAS