

Mesa redonda: Ejemplos exitosos de coordinación Pediatria Primaria y Especializada

Experiencias reales de coordinación

G. DE LA FUENTE ECHEVARRÍA

Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Ciudad Rodrigo, Salamanca.

La mejora de la coordinación asistencial es una prioridad para muchos sistemas de salud y, especialmente, para la atención de problemas de salud en los que intervienen múltiples profesionales y servicios. La única manera de estructurar los distintos mecanismos de coordinación requiere una sistematización que ayude a utilizarlos de forma adecuada⁽¹⁾.

Si revisamos la literatura, destaca en primer lugar la confusión en la utilización de términos como continuidad asistencial, coordinación o longitudinalidad que, en ocasiones, también se confunden con estrategias concretas, como la gestión de casos o la atención compartida^(2,3). Si bien es cierto que dichos términos se basan en el enlace existente entre las múltiples fuentes de provisión durante el proceso de la atención, aluden a conceptos diferentes y por ello algunos autores han realizado un esfuerzo de delimitación de los términos desde una perspectiva global⁽⁴⁻⁶⁾.

La coordinación asistencial se define como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, independientemente del lugar donde se reciben, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin conflictos⁽⁶⁾. Es decir, la conexión armoniosa de los diferentes servicios sanitarios necesarios para la asistencia de un paciente a lo largo del continuo asistencial. La integración asistencial por su parte, se consideraría cuando la coordinación alcanza su grado máximo⁽²⁾. Por tanto, la coordinación asistencial es un objetivo intermedio pero necesario para la consecución de los objetivos finales de la organización: eficiencia y con-

tinuidad de la atención. Es decir, en teoría, la integración asistencial debería contribuir a un sistema sanitario más eficiente, equitativo y de alta calidad a través de mejoras en la coordinación asistencial, continuidad asistencial y acceso de los pacientes al sistema⁽¹⁾.

La continuidad asistencial, se considera entonces como el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente. Se define como el grado de coherencia, unión y consistencia con las necesidades médicas y el contexto personal de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del proceso asistencial⁽¹⁾. La continuidad asistencial depende de varios factores⁽²⁾, entre los que se encuentra una adecuada coordinación entre los niveles. De esta forma, la coordinación asistencial se considera un prerrequisito para una correcta continuidad asistencial.

Dentro de la continuidad asistencial se pueden establecer tres tipos o dimensiones: la continuidad de información, continuidad de gestión y continuidad de relación. Los dos primeros están íntimamente relacionados con la coordinación asistencial. El primero, la continuidad de información se define como la disponibilidad, uso e interpretación de los acontecimientos previos para proporcionar una atención adecuada en la circunstancia actual del paciente. La transferencia de información es el nexo de unión de un proveedor a otro, de un servicio a otro y/o de un nivel asistencial a otro. El segundo, la continuidad de gestión, implica que todos los profesionales, servicios o niveles asistenciales que son necesarios para la asistencia, actúen de forma sincro-

Correspondencia: Dr. Gonzalo de la Fuente Echevarría. Centro de Salud de Ciudad Rodrigo, Salamanca.

Correo electrónico: gonzadelafuente1@gmail.com

© 2021 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

nizada y garantizando un orden secuencial coherente con las necesidades del paciente en cada momento. Si se realiza correctamente se evitan pérdidas, duplicidades en pruebas o consultas. Y, finalmente la continuidad de relación. Esta se basa en la relación estable y sostenida con un único proveedor que favorece la confianza mutua, la continuidad de la información y la responsabilidad.

La atención sanitaria esta estructurada principalmente en dos niveles asistenciales en función de la complejidad, su uso de recursos y el volumen de asistencia. Estos son el nivel primario y el nivel especializado, con diferentes subespecialidades a su vez. La coordinación entre niveles asistenciales, ha sido tradicionalmente un “agujero negro” de la gestión sanitaria, que se traduce en malversación de recursos (repetición de pruebas y consultas), inseguridad del paciente (errores por falta comunicación entre profesionales), deficiente información al paciente (se diluye la responsabilidad de los profesionales ante el paciente compartido), discrepancias entre profesionales (en la prescripción y el reparto de responsabilidades), falta de acuerdo sobre los tiempos de espera en los flujos de pacientes (listas de espera gestionadas por personal que no conocen las necesidades reales del paciente), insatisfacción de los pacientes cuando perciben la escasa comunicación y sintonía entre los médicos que comparten su atención desde diferente nivel asistencial y desgaste de los profesionales ante la incapacidad de la institución para articular la coordinación interprofesional (contribución al burnout). El mejor de los modelos organizativos *in vitro* no ofrece resultados *in vivo* si no se consiguen previamente dos objetivos a nivel ético. El primero, la implicación individual de los profesionales por igual. El segundo, que la organización favorezca las condiciones para generar un “clima cooperativo” que permita la comunicación y facilite la confianza entre los profesionales que comparten la responsabilidad asistencial⁽⁷⁾.

De estos conceptos teóricos se han creado multitud de programas, cursos, y sistemas de interrelación entre niveles asistenciales. El primer ejemplo, y mas duradero de los expuestos en la ponencia se remonta a 1986, cuando el doctor Fernando Malmierca, motivado por la falta de interconexión entre los propios profesionales, inicia un curso anual de pediatría de atención primaria en Salamanca. De esta manera se iniciaba de forma natural, y no sin esfuerzo, un sistema de coordinación con pocos precedentes. El curso consiguió la unificación de criterios en el primer nivel asistencial, a través de un sistema de sesiones, utilizando los profesionales propios y muchos referentes en el ámbito nacional. Los cursos, de carácter anual y multidisciplinar, se consiguieron acreditar en el sistema por la comisión de formación continuada

de los profesionales sanitarios, reconociéndose a nivel oficial de su carácter didáctico y rigor científico. Permitted, y aún lo mantiene como una seña de identidad, crear un espacio de distensión para los profesionales, de manera que pudieran comentar sus inquietudes y quehaceres de la práctica diaria.

De una forma progresiva, se fue interconectando el curso entre los profesionales pediátricos del primer nivel y del segundo, contribuyendo a la citada coordinación entre niveles que sustenta, de una manera no oficial, pero si estructurada, la óptima atención de nuestros pacientes. Los diferentes subtipos de nivel secundario de asistencia, comentada antes, aunque sin entrar en profundidad, constituida por las especialidades dentro del complejo hospitalario, como son ginecología, otorrinolaringología, traumatología entre otros, fueron formando parte de estas sesiones en los cursos anuales. Estos servicios de interconexión obligatoria con la pediatría podían constituir jornadas formativas a los pediatras, en un sistema de flujo bidireccional que facilitó la fluidez de la coordinación. En las últimas ediciones se ha incorporado la participación a nivel formativo del colectivo de enfermería pediátrica, dentro del compromiso firme de la unidad asistencial que constituyen el binomio pediatra-enfermera pediátrica.

El segundo ejemplo de coordinación entre niveles surge de la motivación de pediatras de atención primaria que han realizado el cambio a nivel hospitalario. Fruto de ese conocimiento de ambos niveles, el doctor Javier López-Ávila propuso al jefe de servicio de pediatría del hospital de Salamanca, el doctor Eduardo Consuegra junto al pediatra de atención primaria, el doctor Javier Pellegrini, la translación de las sesiones hospitalarias aprovechando la expansión de los sistemas institucionales online. Estas sesiones multidisciplinares, engloban temáticas como la presentación de casos clínicos, la revisión de bibliográficas, actualización de protocolos y actuaciones. Se presentan los casos ingresados, debatiendo las peculiaridades y circunstancias que les acompañan. En las revisiones bibliográficas, como su nombre indica, se revisa la evidencia existente en base a un tema o caso clínico. La actualización de protocolos es el grado máximo de compromiso con la práctica médica, suponiendo un reto y un compromiso autoimpuesto del código deontológico. Las sesiones clínicas han supuesto otro vínculo entre los niveles de atención primaria y especializada, suponiendo un punto de encuentro para crear la continuidad entre niveles. Es necesario perfeccionar el sistema, para hacerlo más interactivo y fortalecer la bidireccionalidad en el peso de las sesiones.

El tercer ejemplo de la coordinación entre niveles es el proyecto de introducción de diversas escalas existentes, pero aun no introducidas en las guías asistenciales. Varias escalas

tienen como objeto cuantificar la gravedad de las patologías, de manera que puedan servir por un lado, para el diagnóstico, y por otro para realizar una derivación más precisa y con la información más completa entre el primer nivel y el segundo.³ Por el contrario, otras escalas sirven para el seguimiento, además, de los procesos clínicos incluidos. Desde el 2007 se han incluido en la cartera de servicios diversos problemas de salud con prevalencia alta en la población pediátrica que, además de suponer un número elevado de casos, suponen un reto diagnóstico que dificulta ampliamente el abordaje. Muchas de estas patologías tienen su base o asociación con patología psiquiátrica/psicológica, por lo que la valoración para llegar al diagnóstico se convierte en un verdadero desafío doble para los profesionales de atención primaria.

Por un lado, la heterogeneidad de los datos recogidos actualmente en la historia de los diversos procesos asistenciales se ha visto refrendada en muchas patologías, dificulta la evaluación de éstos, afectando a la comprensión por parte de otros profesionales que atienden al mismo paciente, duplicando anamnesis y retrasando o imposibilitando la capacidad de mejora en la atención. La actual cartera de servicios incluye diversos factores de riesgo o indicadores de presencia de patologías pediátricas. Debido a la diversidad de escalas, o complejidad en función de los grupos de edad, estos indicadores no constituyen una guía de valoración objetiva y cuantificable, sino una serie de indicaciones que dependen de la subjetividad personal, y por tanto sujeto a variabilidad interpersonal. Por otro lado, constituye una dificultad en la cuantificación de la gravedad de la patología. El diagnóstico de patología o no, es un proceso clínico, valorando subjetivamente la sintomatología del paciente, pero su estratificación o cuantificación precisa de escalas objetivas que deben ser conocidas por los profesionales sanitarios. Tener una escala homogénea, conocida por todos los profesionales que atienden o vayan a recibir al paciente, o incluso aquellos que vayan a priorizar los volantes de derivación, simplifica y asegura un lenguaje común, fácil de entender y riguroso.

El uso de escalas estandarizadas, además de todo lo anterior, supone una herramienta más sencilla de interpretar y extrapolar en estudios de investigación y en los planes de mejora en gestión. Resulta sencillo homogeneizar datos de pacientes y cuantificar el grado de mejoría del proceso en función de las medidas adoptadas. El estudio se centrará en algunas de las principales patologías pediátricas, incluidas, como decíamos, en cartera de servicios pero que actualmente carecen de guías asistenciales y de tests diagnósticos. En términos de prevalencia en la edad pediátrica, y por el

aumento gradual que experimenta, incluimos en primer lugar la obesidad. La obesidad infantil es el resultado de una compleja relación entre estilos de vida, factores biológicos y medioambientales que dan lugar a un desequilibrio energético entre la cantidad de energía ingerida y la energía consumida⁽⁸⁾. El exceso de peso (sobrepeso y obesidad) es un serio problema de salud pública en Europa, globalmente su prevalencia está en torno al 20%, repartida aproximadamente en un 5% de obesidad y 15% de sobrepeso⁽¹⁰⁾. En España, con datos referidos por los padres, la prevalencia en 1980 era de 4% en la población de 2 a 17 años y en 2007 alcanzó una frecuencia de 10,3%^(11,12). El estudio Aladino mostró que la obesidad infantil (6-9 años) en España es muy frecuente (18,3% obesidad y 26,2% sobrepeso), aunque su evolución parece estabilizarse⁽¹³⁾. Numerosos estudios de cohorte han encontrado asociación entre la obesidad infantil y factores de riesgo cardiovascular en edad adulta. Existen evidencias de que el proceso de arterosclerosis se inicia en la edad infantil. La obesidad infantil puede tener complicaciones más frecuentes en el niño como hipertensión, dislipemias, resistencia a la insulina o diabetes, hígado graso, y complicaciones psicosociales. El estudio enKid mostró muchos de los factores asociados a la aparición de esta.

Para abordar el diagnóstico y recogida de datos inicial se realizará un cuestionario con encuesta dietética y hábitos de vida, que puede ser rellenado por la enfermería pediátrica, índices antropométricos (peso, talla, IMC, perímetro abdominal y pliegue tricípital), programando las visitas de manera estructurada y fijando los objetivos en cada visita según protocolo⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Se completará con un anexo en la primera visita para descartar que la obesidad diagnosticada cumpla criterios de obesidad secundaria o comorbilidad, en cuyo caso se remitirá al siguiente nivel asistencial (endocrinología infantil), con la información recogida estandarizada^(17,18). Esto permitirá estructurar una línea de progreso y normalizar los resultados obtenidos⁽¹⁷⁾.

La segunda patología con alta prevalencia en edad pediátrica es el asma. El asma, como define la GEMA, es un síndrome que incluye diversos fenotipos clínicos que comparten manifestaciones clínicas similares, pero de etiologías probablemente diferentes. Al ser una enfermedad crónica, incluida en las diferentes estrategias de cronicidad vigentes, el objetivo de su abordaje es alcanzar y mantener el control de la patología y la prevención del riesgo futuro, especialmente de las exacerbaciones, que pueden poner en riesgo la vida del paciente y generar una carga para la sociedad. Tiene una prevalencia en España variable por regiones, entre 1.5 y 5%, aproximadamente. Sin embargo, en la población pediátrica estas cifras se elevan al 10%, según el estudio

ISAAC⁽²³⁾. Son conocidos los factores de riesgo personales y ambientales, ayudando al clínico en la vigilancia de una posible aparición⁽¹⁹⁾.

Se proporcionará la escala de evaluación de gravedad en asma denominada *Pulmonary Score*⁽²⁰⁾. Consta de tres ítems basados en signos clínicos y un cuarto basado en parámetro de pulsioximetría. La puntuación medida de 0 a 3 determinará la categorización en leve, moderada o grave. Se anexarán criterios de gravedad como motivo de derivación para complementar el subapartado de bronquiolitis, con referencias a la guía.

La utilidad de la escala *Pulmonary Score* se verá reflejada en la toma de decisiones, permitiendo seguir el algoritmo de manejo de la guía española para el manejo del asma (GEMA 5.1), actualizada de 2021. Además, se adjuntarán dos escalas referentes al manejo de la evolución del asma, mediante el "Cuestionario del Control del Asma en Niños (CAN)"⁽²⁰⁾, y el "Cuestionario *Asthma Control Test* (ACT) pediátrico", validado al castellano⁽²⁰⁾. Esto permitirá el seguimiento evolutivo con visitas estandarizadas y un seguimiento como plan de cuidados de enfermería. Creemos que optimizará el control de los pacientes, simplificará el seguimiento de los mismos, involucrará a enfermería pediátrica y mejorará el grado de satisfacción del equipo y de los usuarios.

En tercer lugar, se abarcará la patología prevalente en población pediátrica conocida como trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Este es un síndrome conductual heterogéneo de inicio precoz caracterizado por la combinación de los síntomas centrales de inatención, hiperactividad e impulsividad, con gran variabilidad en cuanto a su presentación, intensidad y gravedad. Se trata de un trastorno multifactorial con una base neurobiológica y predisposición genética que interactúa con factores ambientales.

La tasa de prevalencia del TDAH más citada entre los niños en edad escolar oscila entre el 3 y el 5%, aunque la bibliografía refiere tasas entre el 4 y 17%. En el caso de las niñas, la prevalencia es menor, por cada dos niños, una niña padece el trastorno. En Castilla y León observamos un 6,6% de prevalencia⁽²¹⁾.

El diagnóstico del TDAH es un diagnóstico eminentemente clínico. La afectación de los tres síntomas nucleares, déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, es recogida en los criterios diagnósticos establecidos por la Clasificación Americana DSM-5 y por la CIE-11.

Los menores que padecen TDAH presentan importantes interferencias en las actividades escolares, familiares y sociales, agravadas en muchos casos por la comorbilidad psiquiátrica que lleva asociada, principalmente con trastor-

nos del comportamiento, del estado de ánimo, ansiedad y del aprendizaje. Estas repercusiones son decisivas para el rendimiento académico, ya que hasta un 10% de los fracasos escolares se deben al TDAH. En este contexto, surgió la protocolización de la intervención diagnóstica y terapéutica, la coordinación entre niveles y el establecimiento de las vías y procedimiento de comunicaciones. Esto originó el desarrollo del Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad de Castilla y León 2019.

El uso de escalas y cuestionarios auto aplicados para padres, profesores y el propio evaluador ayudan junto con la entrevista a la evaluación del paciente. Nunca se realizará el diagnóstico exclusivamente por la evaluación de cuestionarios. Se dispone de dos tipos de instrumentos: unos dirigidos específicamente hacia el TDAH (derivados de los criterios del DSM), y otros más amplios e inespecíficos para realizar una evaluación más general del paciente. Entre los primeros, se dispone del Cuestionario de Evaluación del TDAH de Du Paul (1998) para niños de 5 a 17 años, que cuenta con una versión para padres y profesores y está validado en nuestro país por Servera y Cardo en 2008. El Test de Conners o el SNAP-IV están, igualmente, validados para la población española. Entre los segundos, está el SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) de Goodman y el CBCL (*Child Behavior Checklist*) de Achenbach⁽²²⁾. En el estudio proponemos la introducción de las escalas DSM-5 (de 2013) y la ADHD (Du Paul, 1998)⁽²²⁾, como apoyo a los profesionales para el diagnóstico. Es una escala que puede servir tanto en el diagnóstico como en el seguimiento hasta su remisión total o parcial. Estas escalas irán apoyadas por las escalas generales de ansiedad y/o depresión en los pacientes que así lo requieran.

La cuarta patología que hemos incluido en el proyecto es la depresión, por su incidencia creciente y por su alto impacto en la salud, principalmente en la adolescencia. Según los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud (2017)⁽²³⁾, la prevalencia global en niños del trastorno depresivo mayor (TDM) se estima en 0,6%, del 4% en adolescentes de 12 y 17 años, y del 9% en jóvenes de 18 años, cifras parecidas desde la encuesta del 2006. Antes de la pubertad, la prevalencia de depresión no difiere según sexo⁽²³⁾. Entre adolescentes, sin embargo, la prevalencia es mayor para el sexo femenino, con una razón 2:1. En la infancia, a día de hoy, continúa siendo una entidad infradiagnosticada, lo que se traduce en mayor número de complicaciones y comorbilidades, así como aumento del riesgo de cronicidad o de aparición de enfermedades psiquiátricas en la edad adulta. La evidencia científica durante la pandemia ha acreditado la patología de base que estaba latente en la población

pediátrica y que se ha agravado o debutado durante la misma⁽²³⁾. Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un curso crónico y con altibajos, y existe un riesgo entre 2 y 4 veces superior de persistencia de la enfermedad en la edad adulta⁽²⁵⁾. El presente estudio pretende la utilización de diversas escalas, como el cuestionario de depresión infantil (CDI) y el cuestionario de depresión para niños (CDS)^(25,26), entre otras, con el objetivo de evaluar la aplicabilidad, la mejoría de los escores de seguridad de los profesionales y el grado de satisfacción de los pacientes. Permitirá, al igual que en el resto de patologías incluidas, mejorar la comunicación con atención especializada, acercando conocimientos y pudiendo transmitir de manera más objetiva la gravedad del paciente.

Al igual que la depresión, la ansiedad ha trascurrido paralela en la infancia y adolescencia. Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de dicho trastorno oscila entre un 3% y un 21%⁽²⁷⁾. Por otra parte, es frecuente la concomitancia de varios trastornos de ansiedad en un mismo paciente. Un 33% de los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad cumplen criterios para dos o más subclases de trastornos de ansiedad. La ansiedad puede formar parte además de un gran número de cuadros clínicos en la infancia. En este periodo de la vida, existe cierta incapacidad madurativa para relacionar los síntomas físicos con problemas emocionales y con frecuencia son formas de aprender a resolver conflictos por imitación o identificación con sus figuras de referencia. Sin embargo, las repercusiones a largo plazo de una ansiedad persistente afectan a la autoestima, al funcionamiento interpersonal y a la adaptación social⁽²⁸⁾. Mediante la escala de ansiedad para niños (SCAS) y el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAIC)^(27,28), principalmente, se dotará de herramientas, previa formación, para el manejo y derivación de los pacientes. Al igual que en resto de patologías incluidas, se medirán los conocimientos y actitudes previas y posteriores al aprendizaje y uso, al igual que el grado de satisfacción de los profesionales y pacientes. Se medirá, además, el grado de mejoría en la interrelación entre los niveles asistenciales.

En quinto lugar, incluimos una patología psiquiátrica emergente en las consultas de atención primaria, de difícil despistaje y abordaje, como son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Los TCA representan la tercera causa de enfermedad crónica en niños y adolescentes, después del asma y la obesidad. La prevalencia en la población se sitúa en 0,3% para anorexia nerviosa, 1% para bulimia nerviosa y 1% para el trastorno por atracones muchas veces asociado a obesidad. Los trastornos de alimentación son más frecuentes en la adolescencia que en cualquier otra época de la vida

hay estudios que encuentran que el 40% de los adolescentes hacen o han hecho dieta y que el 13% desarrolla algún trastorno alimentario, siendo más probable el trastorno por atracones, seguido de la bulimia nerviosa y de la anorexia nerviosa. En Europa, un 2-3% de mujeres presentan trastornos alimentarios, frente a un 0,3-0,7% de varones (10:1)⁽²⁹⁾.

Dentro de este trastorno incluiríamos 4 categorías diferenciadas, según el manual de diagnóstico DSM-5: La anorexia nerviosa, la bulimia, el trastorno por atracón y el trastorno de evitación o restricción de ingesta de alimentos. Mediante el test de actitud frente a la alimentación (EAT 40/CHEAT-26), el *Eating Disorder Inventory* (EDI) y el *Body Shape Questionnaire* (BSQ)³², principalmente, se dotará de herramientas, previa formación, para el manejo y derivación de los pacientes. Al igual que en resto de patologías incluidas, se medirán los conocimientos y actitudes previas y posteriores al aprendizaje y uso, al igual que el grado de satisfacción de los profesionales y pacientes. Se medirá, además, el grado de mejoría en la interrelación entre los niveles asistenciales. Estas herramientas dotarán a los profesionales de herramientas de cribado, por un lado, y de herramientas para la discriminación de las variantes y la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria⁽³⁰⁻³²⁾.

Finalmente, aunque no por ello menos importante, se incluye una patología altamente prevalente como los trastornos de sueño. Resulta una patología de abordaje creciente en los últimos años, con mayor sensibilización por parte de los profesionales y de las familias. La proporción de niños que los padecen de forma transitoria es muy elevada, pero además se estima que hasta el 30% de la población infantil tiene alteraciones crónicas del sueño y los pacientes con patología neurológica tienen mayor riesgo de padecerlos⁽³³⁾. El sueño es un estado fisiológico activo cuya ausencia o alteración produce efectos adversos significativos. La privación o la mala calidad del sueño en el niño repercute en el rendimiento escolar y en estado de humor, y la alteración crónica puede tener también repercusiones físicas, especialmente fallo de medro, por lo que es importante diagnosticar el trastorno a tiempo y realizar el tratamiento adecuado. En el estudio realizaremos la formación en cuestionarios de cribado (generales como PSQ, BISQ y BEARS, en función de las edades)⁽³⁴⁾, uso de las agendas de sueño y tablas de percentiles, rutinas de higiene del sueño y algoritmo de manejo en función de las guías de práctica clínica. Al igual que en las anteriores, se medirán los conocimientos y actitudes previas y posteriores al aprendizaje y uso, al igual que el grado de satisfacción de los profesionales y pacientes.

Esperamos que el proyecto pueda aumentar las capacidades de los pediatras y sus recursos para afrontar las

diferentes patologías incluidas. Aportará evidencia para justificar la inclusión de las escalas en cartera de servicios y en las guías asistenciales. Confiamos que la participación de los profesionales pueda ser suficiente para que se obtengan resultados concluyentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Terraza Núñez R, et al. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006; 20(6): 485-95
2. Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones Sanitarias Integradas en Cataluña: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Pública*. 2005; 79: 633-43.
3. Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortún V, editor. *Gestión clínica y sanitaria*. Barcelona: Masson; 2003. p. 17-89.
4. Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2002; 327: 1219-21.
5. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell JB. *Remaking health care in America*. 1ª ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series; 1996.
6. Starfield B. Coordinación de la atención en salud. En: Starfield B, editor. *Atención primaria*. Barcelona: Masson; 2002. p. 233-65.
7. Condón A.I. Ethics in the coordination between levels of care. Value of engagement and involvement in the healthcare organization. Tesis doctoral 2017
8. Lobstein T, Baur L, Uauy R, IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev*. 2004; 5(Suppl 1): 4-85.
9. Han JC, Lawlor DA, Kimm SY. Childhood obesity. *Lancet*. 2010 May 15; 375(9727): 1737-48.
10. Freedman DS, Dietz W, Srinivasan SR, Berenson GS. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*. 1999; 103: 1175-82.
11. Valdes Pizarro J, Royo-Bordonada MA. Prevalence of childhood obesity in Spain: National Health Survey 2006-2007. *Nutr Hosp*. 2012; 27(1): 154-60.
12. Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta Nacional de Salud (ENS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social (accedido el 1 de Nov. de 2009) Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaIndice2006.htm>
13. Napoleón Pérez Farinós et al. The ALADINO Study: A National Study of Prevalence of Overweight and Obesity in Spanish children in 2011. *Biomed Res Int*. 2013; 2013: 163687.
14. Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, Leizaola Olarreaga L, Solorzano Sánchez C, García Conde G, Aguirre Sorondo B, Totoricaguena Imaz A y cols. Protocolo del estudio: abordaje del sobrepeso en Atención Primaria. Papel de la entrevista motivacional. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2014; 16: e199-e207.
15. Colomer Revuelta, J. Prevención de la obesidad infantil. Recomendación. En *Recomendaciones PrevInfad/PAPPS*. Actualizado octubre 2004.
16. Edo Martínez Á, y cols. Estilos de vida, hábitos dietéticos y prevalencia del sobrepeso y la obesidad en una población infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010; 12: 53-65.
17. Palomo Atance E, Bahillo Curieses P, Bueno Lozano G, Feliu Rovira A, Gil-Campos M, Lechuga-Sancho AM, et al. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica sobre hábitos de alimentación para la prevención de la obesidad y los factores de riesgo cardiovascular en la infancia. *An Pediatr*. 2016; 84(3): 178.e1-178.e7.
18. Carvajal-Urueña I, García-Marcos L, Busquets-Monge R, Morales M, García de Andoin N, Batlles-Garrido J, et al. Variaciones geográficas en la prevalencia de síntomas de asma en los niños y adolescentes españoles. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) fase III España. *Arch Bronconeumol*. 2005; 41: 659-66.
19. García-Marcos L, Quirós AB, Hernández GG, Guillén-Grima F, Díaz CG, Ureña IC, et al. Stabilization of asthma prevalence among adolescents and increase among schoolchildren (ISAAC phases I and III) in Spain. *Allergy*. 2004; 59: 1301-7.
20. Guía Española para el Manejo del Asma (Gema 5.1), actualización del 2021.
21. Rodríguez Molinero, López Villalobos. J.A, Garrido Redondo M, Sacristán Martín AM, Martínez Rivera M T, Ruiz Sanz F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009; 11(42): 251-70.
22. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2017 Guías de Práctica Clínica en el SNS.
23. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. [consultado 5 jul 2021]. Disponible en: <https://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/analisis.htm>
24. Canals J, Marti-Henneberg C, Fernandez-Ballart J, Domenech E. A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. *Europ Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 4(2): 102-110.
25. Pine DS, Cohen E, Cohen P, Brook J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *Am J Psychiatry*. 1999; 156(1): 133-5.
26. Harrington R. Affective disorders. En: Rutter M, Taylor E, editores. *Child and adolescent psychiatry*. 4th ed. Oxford: Blackwell Publishing Company; 2005.

27. Ochando G. La ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatr Integral*. 2008; XII(9): 901-06.
28. Ochando G, Peris SP. Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatr Integral*. 2012; XVI(9): 707-14.
29. Ruiz AM, Lago B. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. En: AEPap, editor. *Curso de Actualización Pediatría*. Madrid: Exlibris Ediciones. 2005. p. 265-80.
30. Escribano Ceruelo E, Jiménez García R. Detección precoz e intervención del pediatra en los trastornos de la conducta alimentaria. En: AEPap, editor. *Congreso de Actualización Pediatría 2020*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 137-46.
31. Peláez Fernández MA, Raich Escursell RM, Labrador Encinas FJ. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* [en línea]. 2010; 1(1): 62-75.
32. Losada AV, Marmo J. *Herramientas de evaluación en trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Editorial Académica Española; 2013.
33. *Guía de práctica clínica del SNS*. 2012.
34. Stores G, Wiggs L. *Sleep disturbance in children and adolescents with disorders of development: its significance and management*. London: Mac Keith Press; 2001.