
Retos profesionales de la pediatría del siglo XXI. ¿Hacia dónde vamos?

¿Es necesaria una revista como Canarias Pediátrica?

Antonio José Aguilar Fernández.

Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.
Unidad de Neumología Pediátrica. Servicio de
Pediatria

Los avances en la medicina impulsados por el desarrollo del conocimiento y los progresos tecnológicos han permitido el perfeccionamiento y creación de nuevas herramientas diagnósticas y tratamientos que, junto a una demanda asistencial cada vez mayor e inmediata, podrían hacer perder al médico los valores esenciales de la asistencia al paciente. Quizás es el momento de establecer un periodo de reflexión para volver al punto de partida y recuperar el valor del desarrollo de una anamnesis profunda y detallada junto a una exploración física exhaustiva como pilares para la generación de hipótesis diagnósticas más acertadas que faciliten una posterior toma de decisiones optimizando los recursos disponibles. No cabe la menor duda de que este proceso, imprescindible, requiere tiempo además de conocimientos. Sin embargo, nos encontramos inmersos en una vorágine de asistencia inmediata y burocratizada en la que el médico debe desarrollar este proceso diagnóstico y terapéutico esencial en escaso tiempo, añadiendo a ello la necesidad de realizar informes médicos para el paciente, petición de pruebas y recetas a través de programas y dispositivos informáticos, habitualmente escasos en número, con funcionamiento irregular y, en no pocas ocasiones, insuficientemente adaptados a los procedimientos utilizados durante la atención al paciente, pretendiendo avanzar hacia el siglo XXI con herramientas del siglo XX.

Por tanto, no existe otra posibilidad que establecer unos objetivos reales, generales y específicos según el área de capacitación, con un plan de desarrollo y dotación económica que permita el crecimiento real, controlado y sostenido de los diferentes servicios y unidades asistenciales. Si ya nadie discute que la atención pediátrica debe estar centrada en el niño (¿cuándo no lo estuvo?), parece indispensable que este plan estratégico se centre en el pediatra, profesional que posteriormente va a desarrollarlo y que se encuentra diariamente con las fortalezas y limitaciones reales de la situación actual. Es por ello que el

reto principal e inmediato que se plantea es volver a ocupar un lugar central en la asistencia pediátrica, involucrando al mayor número de profesionales posibles con el más potente estímulo para el médico: poder ofrecer a su paciente la mejor atención posible guiado por los conocimientos actuales, con el tiempo necesario para desarrollarla y el acceso a las herramientas diagnósticas y terapéuticas más eficaces disponibles en cada momento. Paralelo, se debe dotar a los servicios con los recursos necesarios para el desarrollo de la actividad médica de forma paralela al progreso científico y tecnológico que asegure, en primer lugar, un desarrollo óptimo de la asistencia que evite generar desigualdades entre los pacientes del sistema nacional de salud según su lugar de residencia pero que evite también la frustración que puede provocar en los profesionales encontrar importantes limitaciones en el acceso a nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas con demostrada eficacia que pudiese condicionar una asistencia óptima según el conocimiento actual.

Sin embargo, el éxito de este planteamiento no se podrá alcanzar desde niveles asistenciales independientes, debiendo abandonarse los términos/conceptos de atención primaria vs especializada o primer nivel y segundo nivel que reflejan compartimentos estancos, con escasa comunicación que en ocasiones enfrentan a profesionales, para establecer una continuación de cuidados con un intercambio de información real y sostenida que permita establecer planes de atención integral al niño de forma genérica pero también planes individualizados para aquellas situaciones particulares que lo requieran.

No menos importante será la colaboración estrecha con otros profesionales como especialistas de otras áreas médicas, enfermeros pediátricos, farmacéuticos, microbiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, entre otros. En este sentido, la creación de unidades interdisciplinarias no es una medida recomendable, sino primordial, para asegurar un proceso

asistencial de calidad sobre todo en pacientes complejos y en los que sufren patologías crónicas que constituyen cada vez un mayor porcentaje de los niños atendidos en el hospital. Sin embargo ha sido un concepto muy utilizado sin que realmente se hayan creado, en la mayor parte de los casos, las condiciones necesarias para su funcionamiento real y, por tanto eficaz y eficiente. A diferencia de los equipos multidisciplinares en los que cada profesional aportaba las teorías y metodologías de su área de conocimiento para la solución de problemas de forma independiente e interactuando con otros profesionales de manera informal; el equipo interdisciplinar pretende integrar las diferentes metodologías, compartiendo la información de manera formal e informal para crear planes conjuntos, en este caso, de atención e investigación¹. Por lo tanto, es necesaria la creación de espacios adaptados para esta modalidad de atención y, por supuesto, tiempos para desarrollarla bien definidos en la planificación de los diferentes servicios que posteriormente deberán ser respetados por todos para su correcto funcionamiento.

¿Estamos preparados para despojarnos de la inmediatez asistencial que condiciona la agenda diaria y establecer estos espacios de discusión destinados a un menor número de pacientes por su complejidad?

Probablemente el análisis de resultados de un servicio/unidad, y no sólo de su actividad, no dejaría lugar a dudas sobre la eficiencia de las unidades interdisciplinares ni de la ampliación de los tiempos por paciente destinados actualmente. El reto es volver a tomar la iniciativa para explicar y demostrar la necesidad de avanzar en este "nuevo/viejo" modelo de asistencia para convencer al resto de profesionales involucrados e incluso a los pacientes que la única meta de un servicio o centro hospitalario no debe ser reducir la lista de espera para atención al paciente sino además que esa consulta por la que el paciente ha esperado se realice de forma eficaz y eficiente buscando siempre la excelencia en función del desarrollo científico y tecnológico.

Para intentar alcanzar este nivel óptimo de asistencia es mandatorio dar un nuevo impulso al desarrollo de las especialidades pediátricas reconocidas por la Asociación Española de Pediatría (AEP) en 1979 y reflejadas en el nombre de la especialidad: *Pediatría y sus Especialidades* inicialmente y, a partir del Real

Decreto 127/1984, *Pediatría y sus áreas específicas*². Sin embargo, aún no se ha satisfecho la necesidad de regular la formación en estas áreas, realizándose hasta el momento por iniciativa de las diferentes sociedades científicas pediátricas, de forma satisfactoria a pesar de ello (con la expedición de documentos acreditativos por la AEP a instancia de éstas), lo cual queda reflejado por el amplio reconocimiento en nuestro país y en el extranjero, y con su implementación en la mayor parte de los hospitales de nuestra red sanitaria. De cualquier forma, la creación de un programa formativo homologado institucionalmente es imprescindible para fortalecer e incentivar el desarrollo de estas áreas específicas, regulando también el acceso a la formación y posteriormente a las unidades hospitalarias a través de las diferentes ofertas de empleo público perfiladas según las necesidades de cada centro.

Este reconocimiento y desarrollo de las áreas específicas supondría además un estímulo para potenciar la investigación, motor del desarrollo del profesional y de los servicios de forma global, al administrar de forma más precisa, esfuerzos y recursos para ello. Una vez más, es necesario recurrir a la necesidad de establecer tiempos y espacios físicos que generen estructuras sólidas con financiación adecuada destinadas a esta actividad, imprescindible para optimizar la asistencia y ofrecer un programa docente con garantías que estimule también a los profesionales en formación en la búsqueda de nuevas soluciones o enfoques sobre los problemas de salud de la población, siendo insuficientes y poco productivos los esfuerzos individuales. Es por ello por lo que no se debería acoger un programa de formación del Médico Interno Residente (MIR) sin crear las condiciones favorables para el desarrollo de la investigación médica como bien queda reflejado en el punto 3 de los objetivos generales del *Programa oficial de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas*³, que advierte que el pediatra deberá adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para "realizar labores de investigación clínica y básica". Más allá, el punto 4 de dichos objetivos también hace referencia a la capacidad de "trabajar como integrantes y, si es preciso, coordinadores de equipos multidisciplinares de salud" lo cual confirma la necesidad, por los múltiples motivos ya reseñados, de crear estas estructuras de trabajo. Es preciso, en cualquier caso, una revisión del sistema MIR que ha ofrecido re-

sultados satisfactorios previamente pero que debe adaptarse a los importantes progresos de la especialidad. En este sentido, el intenso desarrollo de las especialidades pediátricas en los últimos años con procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios, cuestiona la duración actual del programa formativo MIR para residentes de Pediatría y sus Áreas Específicas que quizás debería prolongarse a 5 años de duración de forma semejante al que contempla el programa formativo de Medicina Interna⁴, considerando que al leer su descripción en la introducción podría observarse un evidente paralelismo con la pediatría al referirse a “atención global al enfermo adulto”, sustituyendo obviamente el término “adulto”. Además queda explícito el “carácter preferentemente hospitalario” de la especialidad de Medicina Interna lo cual no ocurre en el programa formativo de Pediatría y sus Áreas Específicas, ampliando por tanto los objetivos formativos que se deberían desarrollar en ésta última. Por otro lado, para asegurar el adecuado cumplimiento de los objetivos propuestos, sería aconsejable mejorar los procesos de evaluación del residente con tribunales externos y calificaciones más homogéneas en todo el territorio nacional.

Por último, y no por ello menos importante, queda aún por resolver uno de los objetivos enumerados en el *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016*⁵, aprobado por el Consejo de Ministros del 5 de abril de 2013, que contemplaba que “los pacientes menores podrán permanecer en las unidades pediátricas hasta los 18 años y no hasta los 14, como hasta ahora”, supuesto también presente en el *Programa oficial de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas* que hace referencia, en el capítulo de definición de la especialidad y competencias, a que la “Pediatría es la medicina integral del periodo evolutivo de la existencia humana desde la concepción hasta el final de la adolescencia...” o en los objetivos generales “Promocionar la salud de la población infantil y adolescente”. Sin embargo, actualmente esta situación no resuelta genera ansiedad y preocupación en muchos adolescentes y sus familiares, sobre todo en aquellos con patologías crónicas, complejas y de mayor gravedad, precisamente aquellos pacientes que deberían encontrar una respuesta más sensible si cabe a sus diversas necesidades. No afrontar esta situación teniendo en cuenta a pacientes y profesionales provoca, incluso, que pacientes pediátricos reciban atención médica en

centros pediátricos y en centros de adultos de forma paralela según el área específica lo cual dificulta, sin duda, la coordinación entre los diferentes profesionales y la continuidad de cuidados de estos pacientes.

Por tanto, el mayor reto actual para el futuro es volver a liderar la atención pediátrica, integrando a los diferentes profesionales involucrados para reconstruir, desde los principios básicos de una exhaustiva anamnesis y exploración física, unos pilares sólidos que posibiliten posteriormente un acceso racional a las herramientas diagnósticas y terapéuticas según los conocimientos actuales para la resolución óptima de los problemas de salud planteados, tanto a nivel individual como poblacional. Para ello es imprescindible mejorar la organización actual, diversificando la actividad asistencial y evaluando posteriormente los resultados de las medidas tomadas más allá de la cuantificación de esta actividad.

Bibliografía

1. Gutiérrez C, Jiménez C, Corregidor AI. El equipo interdisciplinar. Tratado de geriatría para residentes; 2007(7):89-93- Disponible en https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2007_I.pdf
2. Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 31 de enero de 1984, núm. 26, pp. 2524-2528
3. ORDEN SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 14 de octubre de 2006, núm. 246, pp. 35657-35661
4. ORDEN SCO/227/2007, de 24 de enero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Interna. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 7 de febrero de 2007, núm. 33, pp. 5755-5759
5. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Informes, estudios e investigación 2013:680-13-034-1