

Carta a la Directora

Abecedario del pediatra ideal en el siglo XXI.

Manuel Cruz Hernández

Catedrático de Pediatría. Profesor Emérito. Universidad de Barcelona

Recibido: 28/12/17 Aceptado: 12/04/18

Cruz Hernandez M. Abecedario del pediatra ideal en el siglo XXI. Vox Paediatr 2018; 25:20-26

Querida amiga y compañera:

Agradecería publicase en la apreciada revista Vox Paediatrica, y como homenaje al anterior Director, la carta que hace algunos meses remití al Doctor José del Pozo:

Hoy 28 de diciembre, cuando todavía algunos celebramos el Día de los Inocentes, que considero los patrones cristianos de la Infancia Maltratada, recibo el número XXIV, 2, octubre 2017 que acaba con un elocuente escrito de R. Espino Aguilar sobre el Dr. Carlos Miguélez Lago, q.e.p.d. en el que hace un bello juego literario a partir de la palabra medicina¹.

Con el poco pudor que dan los muchos años, me atrevo a someter a su consideración, por si ve oportuna la publicación en Vox Paediatrica, una lista que precisamente he redactado en estos días navideños. Recoge las **cualidades ideales de los pediatras en este siglo XXI** utilizando como guía las letras del abecedario o alfabeto añadiendo una justificación del significado de cada cualidad asignada (o deseo) a las distintas letras desde la A la Z. Tal vez el momento ideal para su lectura hubiera sido el Día de los Inocentes, pero este año llegará tarde o demasiado pronto, según se mire.

ABECEDARIO DEL PEDIATRA IDEAL EN EL SIGLO XXI

A. Adelantado dentro de las ciencias médicas. Cuando el pediatra está al día, como suele ser, tiene la oportunidad, entre otras, de cosechar algunos éxitos, que perdurarán durante muchos años y le explicarán posibles reconocimientos. En ellos encontrará una gratificación emocionada que vendrá a compensar su incertidumbre y otros sinsabores propios de los comienzos de todo pediatra, como de cualquier médico. Pocas veces ocurrirá en el terreno científico, pero no será rara en la tarea docente y más aún en la asistencial.

B. Barricada frente al desánimo en el trabajo. Es sabido que la/el pediatra en sus diversos quehaceres encuentra crecientes obstáculos que llegan a conducirlo al desánimo, hasta configurar el lamentable cuadro del pediatra acabado, agotado, quemado. El material para construir una barrera frente a esta situación empieza con la aceptación de la cambiante epidemiología de la salud infantil, donde se incluyen procesos frecuentes de tipo banal junto a enfermedades de baja prevalencia, así como afecciones de tipo general o propias de una especialidad. Es la pediatría como total medicina de la edad infantil, concepto asumido desde nuestra formación inicial hasta la culminación profesional, y aceptado

Autor para correspondencia: Manuel Cruz Hernández
mchbcn@gmail.com

gracias al refuerzo de la autoestima y de la resiliencia, junto con una ayuda especial: el contacto con el niño, optimista por definición.

C. Crítico ante los errores propios y ajenos. Hay tendencia a ser indulgente con el error propio y algo menos con el ajeno. Para ambos hay que ser crítico basándose en el conocimiento y en la experiencia. Un protocolo bien actualizado es una buena barrera frente al error, pero no es suficiente. Hoy por hoy el error es posible en pediatría, a veces porque no se tienen en cuenta los factores sociales y étnicos y las diferencias anatómicas, fisiológicas y sintomatológicas en comparación con el adulto, que es la referencia aprendida en los primeros años de formación. No se olvidarán al valorar los síntomas clínicos, los datos diagnósticos y la medicación, casi siempre ensayada primero en el mayor.

D. Defensor de los derechos del niño. Largo ha sido el camino del progreso en la protección de la infancia, culminado en la Convención de 1989. Y nadie es más apropiado para asumirla que el pediatra, porque conoce bien al niño y sus circunstancias, de modo que el pediatra moderno es un defensor esforzado de los derechos del niño, empezando por todo lo referente a la salud infantil. Hará lo posible por mejorarla, como refleja la disminución de la mortalidad infantil y prestará sus cuidados con preocupación, cariño y amor, compartidos en un entorno familiar normal.

E. Eficiente para el trabajo individual y en equipo. El pediatra eficiente queda definido cuando muestra su capacidad para lograr lo que se espera de él: una promoción de la salud infantil, la prevención de su patología prevalente, el diagnóstico lo más rápido posible, una acción curativa pronta y si no es posible el alivio y el consuelo. Para ello debe sortear, basado en el conocimiento y en la experiencia, una serie de obstáculos unos intrínsecos y otros extrínsecos. Puede ser el entorno adverso, la resistencia a los cambios, la falta de diligencia, de empatía o de motivación, la desconfianza escrupulosa en su capacidad que le empuja a la especulación o

a la recomendación de excesivas pruebas complementarias, retrasando su acción. Además de los manuales, protocolos y guías, el remedio moderno es el trabajo en equipo, que combate la mayor parte de las objeciones citadas y evita el aislamiento con sus consecuencias. Eso sí, siempre que no se utilice para eludir la propia responsabilidad. Al contrario, si el equipo es multidisciplinario, el pediatra debe ser el líder natural.

F. Fecundo en ideas nuevas sobre la salud infantil. Para glosar la F en vez de otras palabras como fuerte, fiel, firme o fiable, apareció el adjetivo de fecundo. Y ahora puede justificarse: la pediatría ha sido fecunda en ideas prácticas para fomentar la salud infantil. Los ejemplos son numerosos y están en todos los capítulos de nuestra ciencia. Siempre hubo quien advirtió la importancia de distinguir una ictericia normal del recién nacido de otras patológicas que requieren tratamiento urgente, como otras situaciones de esta edad; hubo quien defendió la lactancia materna por sus repercusiones en la nutrición, inmunidad y respuestas psicológicas; quien advirtió que el crecimiento es un buen índice de salud, pero que al mismo tiempo hay que vigilar la maduración psicológica; quien defendió las vacunaciones preventivas como método profiláctico principal en la frecuente patología infecciosa del niño; quien describió esa lacra que es el maltrato infantil en todas sus formas. Y así sucesivamente. Es importante que la pediatría siga atenta para ser fecunda en ideas que mejoren los métodos de diagnóstico, prevención y terapéutica. El progreso no siempre nace en el laboratorio.

G. Generoso con el tiempo dedicado a su profesión. Con el riesgo de levantar protestas, tanto en el ambiente hospitalario como en la predominante asistencia primaria, siempre estuvo justificada la generosidad con el tiempo dedicado al trabajo pediátrico. Muchos pediatras la practican y es lícito asegurar que recibirán la gratificación debida algún día, compensando el aparente olvido inmediato. Esta tendencia debe ser

matizada: no hay que ser avaro del tiempo pero tampoco pródigo, procurando que el derroche de tiempo en el trabajo no sea a expensas de la familia, de los amigos y de la salud propia. Igualmente, la generosidad en el trato con el enfermo no debería ocultar el hacerlo por vanidad o por la ambición de escalar peldaños en la personal hoja de servicios. Se piensa ante todo en el pediatra clínico, pero lo mismo se puede decir del investigador, del gestor o del docente.

H. Humano ante el infortunio ajeno. Humano es un atributo pediátrico imprescindible, más que deseable. Decir que el médico que asiste niños debe ser humano parece una redundancia, en cuanto pocos otros ejercitan de manera tan evidente su papel bienhechor. En la toma de decisiones a veces tendrá que elegir entre ser justo o ser humano, porque las decisiones deben tener en cuenta tanto al niño y su familia como al sistema en que se trabaja, sin dejar de ser crítico, competente, efectivo, capaz de ver enfermos y no enfermedades. Por encima de todo no olvidará que, como cualquier médico, debe ser humano, o sea, sensible y comprensivo ante el infortunio ajeno y al mismo tiempo hacer compatible su profesión con el humanismo, porque siendo ambicioso intelectualmente, tendrá una renovada energía en su tarea.

I. Innovador atento a los necesarios cambios. Hay motivos sobrados para afirmar que el pediatra siempre fue un innovador atento a los cambios. Nunca han faltado colegas que se han distinguido aportando técnicas y otras novedades, facilitando el descubrimiento de nuevos agentes nocivos, o bien la mejoría en la elaboración de guías de tratamiento o las reformas en los procedimientos diagnósticos para adaptarlos a la edad infantil. En todos los capítulos de la pediatría los pediatras han innovado a expensas de provocar un exceso de tecnificación y tal vez de deshumanización, si bien siempre han defendido el cuidado integral o total. Los pediatras han colaborado en la socialización y atención universal, aceptando la sobrecarga asistencial y una posible mala relación con la familia y el

paciente. Los pediatras han sido importantes en la atención sanitaria en nuevas etapas cronológicas como la medicina fetal y la medicina del adolescente.

J. Jovial dentro de la seriedad profesional. Buen humor es una disposición ideal para el quehacer médico, para la relación con la familia y para cuidar mejor al pequeño paciente. También resulta deseable cuando se piensa en la salud del mismo pediatra. Si el médico está inmerso en un trabajo apresurado y agobiante debe advertir que es básico mantenerse feliz y por tanto sano durante toda la vida o el mayor tiempo posible. A las características anatómicas y fisiológicas de cada uno es preciso añadir el mantenerse al día, porque el conocimiento científico y humanístico no engendran pesar sino contento. Se sumarán igualmente las circunstancias ambientales como pueden ser un trabajo bien organizado o en equipo, que su relación con otros colegas sea buena, que haya coordinación entre el trabajo en atención primaria y en el hospital, que reciba una gratificación adecuada a su esfuerzo y en todos los sentidos.

L. Liberal en el trato con otras profesiones. Hay diversas expresiones de liberalidad en el pediatra, como su tolerancia ante un quebrantamiento de las normas y su adaptación a las condiciones culturales, con frecuencia dependientes de una determinada etnia o religión, hasta tolerar con benevolencia que una familia llegue a consultar, por así decir, con un curandero. Sin embargo, ser liberal plantea en pediatría un mayor dilema con las profesiones más cercanas de enfermería y médico de familia, pero también algunas otras. Los pediatras conocen mejor las normas básicas de su ciencia: la consideración integral del niño, la valoración del ambiente, la atención del núcleo familiar, la promoción de la salud en sentido amplio, las crecientes tareas de prevención, la impregnación de un sentido ético a toda actividad y la consideración de la importancia de cualquier acontecimiento en el futuro biológico, psicológico y social. Por tanto, el médico indiscutible para cumplir estos ambiciosos objetivos

es el pediatra para quien el trabajo clínico en el niño sano o enfermo estará envuelto en un clima de comprensión, de amor y de calor humano, también para la familia, sin dejar que la compasión o la empatía sean tareas de otros.

M. Maestro en la educación sanitaria. Fueron muchos los que enseñaron al pediatra, desde los años de la primera enseñanza, el bachillerato y los estudios universitarios, hasta la época crucial de la especialización. También considero maestros a los discípulos y a los compañeros. Además, al destacar los que transmitieron una enseñanza inolvidable, incluirá igualmente a los propios niños enfermos. Pero aquí interesa destacar el papel del pediatra en la necesaria educación sanitaria, lo que le impulsará a realizarla junto al trabajo de cada día. El pediatra como maestro fue una advertencia heredada de los grandes pediatras del siglo XX. Parece imprescindible, en efecto, la participación de todo médico en la instrucción sobre la salud y en el caso de la pediatría muy especialmente en la enseñanza dirigida a los padres. Hacerlo aprovechando la consulta es doblemente útil, porque lo aprendido con un componente emocional, como es la enfermedad del hijo, es siempre mejor recordado. Por otro lado, aprender y enseñar son en el fondo la misma cosa.

N. Notario del saber pediátrico consolidado. Esta nueva exigencia es una de las más definitivas, pero igualmente de las más preocupantes. Quiere decir que le corresponde tomar nota de la patología evidente, aquella que clásicamente está en un tratado o en un manual de Pediatría, mientras considerará discutible si el posible avance aparece como una nota previa en un congreso, una revista científica o un periódico. Anotar la ciencia consolidada significa pues estar al tanto de los contenidos firmes de la medicina pediátrica, sabiendo esperar que algunas novedades dejen de ser efímeras y que los viejos conocimientos sean desterrados o modificados por el avance incesante de la investigación, junto con el resurgir de las viejas patologías falsamente erradicadas. Aceptar este reto trope-

zará con dificultades dada la celeridad actual en la difusión de los nuevos datos. Parece cierta la advertencia de los viejos maestros: la medicina es un estudio que dura toda la vida.

O. Organizador equitativo de los recursos sanitarios. Más que propuesta es una reivindicación, porque viene a recordar que la pediatría, y ya desde la asistencia primaria, debe participar en la organización de la atención sanitaria de los niños y adolescentes. También, que no sea manipulada o presionada por los responsables a nivel gubernamental, que en ocasiones dictan normas guiadas por prejuicios políticos o sólo económicos, olvidando las verdaderas necesidades del niño sano y enfermo sujetas a las transformaciones epidemiológicas. El pediatra no dudará en aceptar que la buena organización es importante para promocionar la salud. No esquivará la participación en las estructuras sanitarias. Al contrario, reclamará un puesto como organizador equitativo de los recursos sanitarios. Y si no le es concedido, ejercerá su derecho a criticar las decisiones que considere no adecuadas hasta la misma terminología inapropiada, mencionando al enfermo como un usuario y al médico como un proveedor.

P. Portavoz de las quejas latentes de los menores. En el niño numerosos síntomas físicos menores y los trastornos psíquicos suelen quedar sin la etiqueta debida y constituir un ejemplo de queja latente en la edad pediátrica. Se tardó tiempo en reconocer que el maltrato en todos sus tipos, el abuso, la falta de medidas higiénicas y el abandono físico y psicológico producen graves alteraciones en el niño, sin que éste expresara su queja. Permanecen por tanto latentes en espera del clínico que consiga ponerlas de manifiesto. Es difícil que el niño pequeño manifieste su queja de manera directa y explícita. Cuando está más cerca de la adolescencia, si lo hará, pero tropezará frecuentemente con una barrera la capacidad de expresarse y los prejuicios extendidos por los adultos. En la esfera psicológica los ejemplos se multiplican, Por ejemplo, los niños no siempre mueren por acci-

dentes, neoplasias, por una alimentación carencial, por las infecciones o por una mala higiene, sino por otra deficiencia: la carencia de afecto.

Q. Quintaesencia de la medicina clínica. En el razonamiento clínico tienen un papel evidente las emociones como ha confirmado la neurociencia, lo mismo que la realidad de la intuición, ese proceso cognitivo cuyo fundamento solo es parcialmente captado y que parece más frecuente en la mujer pediatra. Estos conceptos tienen su lugar en la tarea diagnóstica, aunque no aparezcan en los protocolos. Con más razón, siguen siendo útiles, rápidos y económicos los métodos clásicos de exploración clínica. Favorecen en general una aproximación al paciente, de modo que resultan ser una buena forma de ir iniciando el proceso curativo al mismo tiempo que favorecen la empatía. El problema es que el médico actual y más aún el paciente, por una razón u otra (sin olvidar la actitud defensiva), conceden cierta prioridad a las pruebas complementarias, que no deberán ser realizadas sin un razonamiento clínico previo.

R. Romántico por su contribución ignorada a la salud del adulto. Conseguida la meta de una óptima salud física del menor, reflejada por la aceleración del crecimiento, la pediatría actual debe colaborar para otras metas. Una, la de conseguir unos niños felices. Porque cuando esa etapa inicial de la vida ha estado realmente presidida por la felicidad, se habrá aplicado una especie de inmunización frente a los peligros psicosociales que acechan al adulto actual. Otra, la tarea ignorada de su contribución a la prevención de una larga serie de enfermedades responsables de la invalidez o la muerte de hombres y mujeres. Por eso se ha dicho que el niño es el padre del hombre. La enumeración es innecesaria si se recuerda la patología del adulto en cada órgano o aparato. Comprende desde la obesidad, el síndrome metabólico y la arteriosclerosis con sus repercusiones cardíacas, vasculares y cerebrales, hasta la bronconeumopatías crónicas, las nefropatías e incluso las neoplasias. Los que vean nacer estas alteraciones, las pueden cono-

cer mejor, y estarán en óptima situación para su prevención.

S. Sabio en medicina preventiva. Cada vez es más preventiva la orientación de la medicina y esta tendencia afecta muy especialmente a la pediatría. Es un concepto básico, pero no totalmente nuevo, pues desde Avicena en el siglo XI se proclama que el arte de curar consiste ante todo en conservar la salud y solo eventualmente en el tratamiento de la enfermedad. El progreso imparable plantea la necesidad de adaptar en cada época estas tareas de prevención. El ejemplo principal de la pediatría preventiva son las vacunaciones frente a las infecciones prevalentes. Avanzan de manera lenta pero continua, dado que continúan su transformación las infecciones como enfermedades de primera línea en el niño. Han desaparecido prácticamente las viejas epidemias como viruela, poliomielitis, difteria, sarampión, pero pueden volver en cualquier momento, como se ha visto para el sarampión y la difteria. Todo pediatra debe ser un defensor y un propagandista de las vacunaciones principales. Sin olvidar que otras infecciones vienen a ocupar el sitio de las erradicadas o en vías de extinción. como recuerdan el virus del Sida o el virus Ébola. Y no es preciso repetir que en cada capítulo de la patología son posibles acciones de profilaxis con repercusión en la edad infantil y en el adulto.

T. Testigo de los cambios sociales con repercusión en el niño. Aceptará el pediatra en su trabajo diario el amplio contenido de la pediatría social. Reconocerá la importancia en la salud del niño del entorno adverso, y por tanto del factor social, pues la pediatría social es todo lo que concierne al niño y al adolescente en sus relaciones con otras personas, con la familia y con los diversos medios, materiales y sociales. En cuanto asumió esta orientación, la pediatría debió cambiar. Tuvo que aprender la importancia de los factores de riesgo de alcance social. Así se ratificó el papel de todo lo referente al ambiente o entorno, el paro laboral de los padres, la familia en crisis, el niño emigrante o de

etnia marginada, el impacto del divorcio sobre los hijos, la madre adolescente, la afectación por las drogas a través de la madre, por uso en el adolescente o de manera accidental, la carencia afectiva, la delincuencia juvenil, el error y falta de escolaridad o la vivienda deficiente. Destacó siempre la pobreza entre los factores de riesgo, de manera que según la OMS es la enfermedad que causa más muertes. Lo hace a través de la desnutrición, la inmunidad deprimida con aumento de las infecciones, la deficiente atención sanitaria, los accidentes frecuentes, el maltrato, la mala asistencia al recién nacido, la repercusión en el crecimiento somático y en el desarrollo psicológico y la ausencia de cuidados preventivos de todo tipo.

U. Urgente al prestar su cuidado al niño enfermo. Nada es más apreciado por el enfermo o por la familia del pequeño que ver al pediatra pronto junto al paciente. Así comienza incluso la acción curativa, como un placebo indiscutible, y el mejor remedio contra la ansiedad. La pediatría asumió como una realidad ineludible la atención integral o global, pero al mismo tiempo el progreso, con la especialización imparable, le indujo a una mayor tecnificación y división en partes del cuerpo doliente, con el sabido riesgo de deshumanización. Entre otras consecuencias, la misma urgencia sería competencia de otra especialidad, el médico de urgencias y emergencias. Estos nuevos especialistas deberán enfrentarse a una situación clínica muy frecuente: las dominantes falsas urgencias en el niño, cuando los padres buscan asistencia inmediata impulsados por su inexperiencia, su temor y por diversos factores sociales. Pero la patología causante de estos cuadros clínicos no requiere mucha especialización en cuanto son síndromes patológicos menores, habituales en esta edad y presididos por síntomas como la fiebre, la diarrea, los vómitos, las sibilancias o la tos. El nuevo pediatra procurará atender con urgencia al niño enfermo, aunque no reciba siempre una respuesta adecuada, y de que no todo depende de él. Sin embargo, luchará porque no

es aceptable la pasividad, a veces sinónimo de culpabilidad.

V. Vocación de ayudar al menor. Para algunos sería la ocasión de hablar del médico de niños como valiente, valioso, vanguardista, veraz o quizá sólo voluntarioso. Sin embargo, muchos aceptarán que la cualidad principal no puede ser otra que la vocación. Para la gran mayoría de los pediatras esa tendencia o inclinación especial que es la vocación no es otra cosa que ayudar al menor en todas sus edades, de todos los modos y en todas sus vertientes: no sólo la biológica del niño en la salud y en la enfermedad, sino también en la psicológica y social. Ahora bien, habría que conocer la existencia de una vocación cierta para la pediatría antes de entregarse a la difícil tarea de esta especialidad. En otras épocas esto se conseguía aclarar mediante una entrevista con el maestro elegido. Ahora, la selección está basada ante todo en los conocimientos, lo que no parece suficiente, reclamando alguna otra forma de confirmar la tendencia vocacional. También algunos hablan de certificar con un mínimo de rigor el aprovechamiento del nuevo pediatra, lo que ahora se hace casi de forma automática, conforme se van cumpliendo los años de actividad clínica. Además, hay que aclarar que la vocación pediátrica no es exactamente igual que el querer a los niños. Incluso es bueno quererlos, pero no demasiado para evitar una respuesta excesivamente sentimental ante el niño que sufre una grave enfermedad.

Y. Yunque para doblegar con firmeza las adversidades pediátricas. Un atractivo de la pediatría, junto a todo lo ya conocido, es que las grandes adversidades humanas, como ese gran enemigo de todo médico que es la muerte, tienen una menor incidencia en el niño que en la edad adulta. Por otro lado, son muchas las adversidades que el menor debe sobrepasar con ayuda del pediatra, desde la falta de alimento a la carencia afectiva, desde los mimos excesivos al maltrato, desde la medicalización de los normales acontecimientos biológicos o psicológicos, hasta la falta de atención médica. Sin embargo, ninguna

adversidad peor que la muerte. El pediatra debe estar preparado para esta situación tan adversa. Cuando muere un niño desaparece una ilusión y un gran tesoro. Si el dolor, la enfermedad y todo tipo de sufrimiento parece inmerecido en el inocente, la muerte anticipada es muy difícilmente aceptable. La familia sufrirá un gran dolor, pero el pediatra no puede evitar la participación en esta pérdida, cuando debe decir a los padres que ya no hay esperanza para un ser que ha nacido para traer la esperanza. En consecuencia, esta situación es la piedra de toque para probar una vocación pediátrica. Para la ciencia pediátrica la muerte del niño es un fracaso. Sin embargo, debe ser un estímulo poderoso para seguir mejorando la asistencia.

Z. *Zanja donde enterrar los mitos erróneos.* Una práctica curativa que ahora es considerada como un concepto improbable o sin explicación científica, pero arraigada en determinada cultura, es decir, un mito erróneo, en su origen pudo haber intervenido la misma pediatría o la medicina en general. La medicina o la pediatría pudieron rectificar, con el tiempo y el avance de la ciencia, pero la creencia errónea popular persistió arraigada durante generaciones o siglos, condicionando conductas de tratamiento perjudiciales. Dos ejemplos iniciales más conocidos son la errónea relación de algunas enfermedades con la salida de los dientes en el niño y la presencia de acetona en el aliento y orina como

una enfermedad propia descrita por un pionero de la Pediatría. Son dos llamadas previas de atención no sea que algo de lo que hoy es admitido como una verdad indiscutible, no acabe siendo en el futuro un mito erróneo. La fiebre del niño como un síntoma peligroso es un mito que en cierto modo persiste. En lejanos tiempos, en cuanto era detectada se combatía mediante purgantes, reforzando el abrigo y suprimiendo la alimentación, porque se temía que la elevación de la temperatura corporal podía ocasionar un daño cerebral. En el día de hoy todavía hay madres que siguen temiendo a la fiebre y abusan de su tratamiento con paracetamol o ibuprofeno. Un lamentable mito erróneo mantenido hasta hace poco es que el niño pequeño no siente el dolor o lo percibe poco. Tal criterio estaba basado en que su sistema nervioso era todavía poco competente al estar en esa larga fase de cubrir con mielina las vías ascendentes y descendentes. Con este falso criterio estuvieron prohibidos o muy limitados los diferentes medicamentos analgésicos y anestésicos. La intervención para combatir los mitos erróneos no acaba. El último que se puede citar es el error de considerar el colesterol exógeno alimentario como principal responsable de la arterioesclerosis y sus consecuencias.

Bibliografía

- 1.- Espino Aguilar R. In Memoriam. Dr. Carlos Miguélez Lago. Vox Paediatr 2017; 24: 87-89