

Cartas al Director



Consecuencias de la atención médica no especializada a la población pediátrica.

Consequences of non-specialist medical care to the pediatric population

Sr. Director

En algunas comunidades autónomas, entre un 30% y un 50% de las plazas de pediatría de atención primaria están desempeñadas por profesionales sin formación específica (1). Ésta es una circunstancia que se da predominantemente en regiones alejadas de las poblaciones principales donde, hasta ahora, ha sido difícil disponer de pediatras. La situación económica actual también está repercutiendo negativamente en las oportunidades de trabajo para esta especialidad médica, motivo por el que cada vez es más frecuente que pediatras opten por trabajar en centros de atención primaria de poblaciones periféricas.

Los problemas con los que el pediatra se encuentra al iniciar su trabajo con una población pediátrica, que no ha sido atendida por un pediatra anteriormente, son múltiples y afectan a diferentes aspectos. A continuación comentamos algunos de ellos que, por su frecuencia o importancia, merecen especial atención.

El manejo incorrecto de las infecciones respiratorias de vías altas y del síndrome febril sin foco (2) de corta duración y con buen estado general, se ve reflejado en un abuso de la prescripción antibiótica para procesos mayoritariamente de etiología vírica. Además del uso innecesario de antibióticos y del riesgo de aumento de resistencias por mal cumplimiento del tratamiento, se crea una necesidad errónea en la población del uso de antibióticos para todo proceso febril que requerirá posteriormente invertir tiempo y energía en educación sanitaria para poderlo corregir.

Los pacientes con episodios de sibilancias recurrentes precisan una planificación en cuanto a su abordaje terapéutico (3) al comienzo de cada otoño. Intervenciones como la vacunación antigripal y la instauración temprana de medicamentos como montelukast y/o budesonida inhalada en los casos indicados, disminuirán significativamente las reagudizaciones y con ello,

la utilización de corticoides sistémicos para los procesos agudos, el absentismo escolar y la demanda de consulta al pediatra; además de mejorar la calidad de vida del paciente y la conciliación de la vida laboral de los cuidadores. Es importante mencionar también los errores en cuanto al manejo de las crisis agudas de broncoespasmos, donde en ocasiones se sigue prescribiendo budesonida nebulizada.

Los diagnósticos de infecciones urinarias en lactantes suelen ser realizados mediante tira reactiva de orina recogida por bolsa urinaria adhesiva. Al no ser ésta una técnica de recogida estéril, los resultados de los urocultivos de esas muestras no son fiables (4) por lo que la mayoría de los episodios de infecciones de orina quedan sin confirmación bioquímica ni microbiológica. Esta práctica clínica conlleva a que el pediatra que inicia su trabajo con este grupo de población infantil, se encuentre muchos pacientes diagnosticados incorrectamente de infecciones urinarias de repetición, obligando ello a iniciar su estudio con pruebas de imágenes y de función renal que, en la mayoría de los casos, se podrían haber evitado.

El programa de seguimiento de salud infantil es otro ámbito donde la intervención por parte del médico especialista en pediatría tiene un papel fundamental. La distinción entre procesos normales y patológicos del niño y el recién nacido puede ser difícil para el médico no especialista y ello conlleva tanto a derivaciones innecesarias a otros especialistas, como a no detectar a tiempo o no dar importancia a algunas patologías (por ejemplo: patología neonatal de la cadera, detección de alteraciones en el desarrollo psicomotor, valoración del crecimiento normal, obesidad, talla baja, etc).

La labor de los médicos no especialistas en pediatría es fundamental para atender a aquellas poblaciones pediátricas que no disponen de un pediatra, y su esfuerzo por formarse y actualizarse para poder atenderles lo mejor posible es indudable y admirable. No

obstante, esta situación debería ser excepcional en la atención pediátrica y no la habitual que vemos en la mayoría de las poblaciones pequeñas alejadas de las grandes ciudades. Mejoras en las condiciones de trabajo como pueden ser la oferta de contratos estables a medio o largo plazo, el aumento del tiempo de consulta por paciente a 10-15 minutos, la disponibilidad de test y pruebas complementarias sencillas que permitan el manejo básico de ciertas patologías pediátricas y la presencia de enfermería pediátrica (no siempre disponible) pueden hacer, por una parte, más atractivo el trabajo de atención primaria para pediatras, y por otra, dotar de mayor calidad la atención de primer nivel de estos pacientes, descongestionando así la atención hospitalaria.

Bibliografía

1. Domínguez Aurrecochea B, Valdivia Jiménez C. La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo xxi. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(S):82-87.
2. Rodrigo Gonzalo de Liria C, Méndez Hernández M. Fiebre sin foco. Protocolos diagnósticos-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. 3ª ed: Editorial Ergon, 2011. p.37-45.
3. Castillo Laita JA, De Benito Fernández J, Escribano Montaner A, Fernández Benítez M, García de la Rubia S, Garde Garde J, et al. Consenso sobre tratamiento del asma en pediatría. An Pediatr (Barc). 2007; 67(3):253-73.
4. Rodrigo Gonzalo de Liria C, Méndez Hernández M, Azuara Robles M. Infección urinaria. Protocolos diagnósticos-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. 3ª ed: Editorial Ergon, 2011. p.125-134.

Tornero Patricio S.¹, Charris Castro L.².

¹Médico especialista en Pediatría y sus Áreas Específicas.
Escuela Andaluza de Salud Pública.
Campus Universitario de Cartuja, Granada.

²Médico Interno Residente en Medicina Intensiva.
Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Autor para correspondencia:

Sebastián Tornero Patricio: sebastornero@yahoo.es

Réplica de la Editorial de Vox Paediatrica a la carta del Dr. Tornero

Estimado Dr. Tornero:

Respecto a la carta remitida a esta Dirección, desde la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), quisiéramos hacerle algunas observaciones pues nos llama la atención que parte del mal funcionamiento de la asistencia pediátrica se quiera descargar sobre el colectivo de médicos no especialistas en pediatría que atienden pacientes en edad pediátrica.

Por todos es sabido que una gran cantidad de plazas de pediatría son ocupadas por médicos no pediatras, en nuestra comunidad no conocemos el número.

Esto sucede desde “siempre” y ha sido permitido y favorecido por nuestra Administración sanitaria, sus razones tendrá pero los padres acuden al pediatra con la confianza puesta en el especialista y si quién le atiende no lo es deberían estar informados y ahí está el primero de los problemas, que los expertos en la materia deberían aclarar, porque entendemos que así debería ser.

Esta circunstancia se da predominantemente en zonas alejadas de los grandes núcleos poblacionales, donde hasta ahora, ha sido difícil disponer de pediatras. La situación era compleja y muchos gestores en lugar de hacer esas plazas atractivas para los pediatras, optaron por “sacar el trabajo adelante y tener el puesto cubierto” sin tomar en consideración ni la preparación ni la calidad asistencial que se daba. Entre otras consecuencias, las comentadas por el Dr. Tornero, aunque en este punto también queremos hacer hincapié en que no todas las actuaciones “referidas” son por médicos no pediatras.

Actualmente estos contratos se realizan con la condición de aceptar ser desplazados en el momento que figure algún especialista en la bolsa de trabajo, cosa que antes no había sucedido y que ha sido objeto de malinterpretación y manipulación por parte de los medios de comunicación recientemente en nuestra comunidad. Habría que analizar por qué estas situaciones se permiten, la población no conoce porque no se le informa oportunamente pero al final acepta porque no les queda otro remedio y, eso sí, saben que pueden utilizar las urgencias hospitalarias con absoluta libertad.

Los problemas con los que el pediatra se encuentra al iniciar su trabajo con una población pediátrica, que no ha sido atendida por un pediatra anteriormente, pueden ser múltiples y afectan a diferentes aspectos y lógicamente tiene repercusiones en niveles asistenciales superiores. Pero sin entrar en quien los atiende mejor, y bibliografía hay en muchos sentidos apoyando las dos posturas (médico de familia según modelo inglés o pediatra), decir que al menos el médico de familia rota en su formación MIR por pediatría y más de un año por AP, otros profesionales no cuentan con ese aval formativo. Muchos pediatras acceden a estas plazas con un perfil hospitalario principalmente, sin haber asistido a consultas de AP, o bien en su periodo de formación con sólo dos meses en el primer año, recién salidos de la Facultad de Medicina y sin apenas conocimientos pediátricos mínimos, ni habilidades ni capacidades para rentabilizar adecuadamente esa rotación tan amplia. Pero tampoco es objeto aquí comentar el programa formativo de la especialidad pediátrica en España.

La patología de AP es tan amplia y la variabilidad de la praxis médica ante los mismos procesos es tal que el detalle que realiza por patología es concreto pero extraordinariamente reducido podríamos ampliarlo al compendio de la pediatría, y como bien dicen desde la EASP deberíamos optimizar no sólo por mejora de la

eficiencia sino también la eficacia de los procedimientos y calidad de los servicios y asistencia que prestamos a nuestros niños a los cuales nos debemos.

Comentar la existencia de abuso de la prescripción antibiótica, etc. asociado a este tipo de asistencia, sin datos con los que avalarlos o apoyarlos, aun cuando compartamos su opinión y sospecha no deja de ser meras especulaciones, como en la EASP conocen sobradamente.

Como bien sabrá el programa de seguimiento de salud infantil es otro ámbito donde la intervención por parte del médico especialista en pediatría tiene un papel fundamental, pero en su última actualización se le da un papel fundamental también a otros colectivos profesionales como enfermería, médicos de familia, etc. y todo ello tendrá sus razones que no conocemos.

Coincidimos con su apreciación de que "la labor de los médicos no especialistas en pediatría es fundamental para atender a aquellas poblaciones pediátricas que no disponen de un pediatra, y su esfuerzo por formarse y actualizarse para poder atenderles lo mejor posible es indudable y admirable". No debemos ser injustos con este colectivo que ocupa estas plazas, algunas desde

muy antiguo no obstante, esta situación que debería ser excepcional en la atención pediátrica, y ellos lo saben, pues firman un contrato con las condiciones antes referidas (no disponibilidad de pediatras pues serían desplazados en ese momento), algunos con contratos eventuales mes a mes durante muchos años, circunstancias que compete al área sindical más que científica pero que existe y cada vez se prodiga más incluso con dedicación no completa (se conocen casos del 50-60-75% de dedicación y sueldo). En estos supuestos creemos que deberíamos reivindicar una mejor asistencia a nuestros niños con una mayor dedicación y estabilidad de los compañeros en esos puestos de trabajo y no con la enorme inestabilidad que le acompaña, por lo que coincidimos plenamente en que las mejoras en las condiciones de trabajo con oferta de contratos estables a medio o largo plazo, el aumento del tiempo de consulta por paciente y mejora de la capacidad resolutive de la AP hagan estas plazas más atractivas para pediatras, y no tan sólo de trampolín o periodo transitorio hasta volver a una plaza más próxima a la ciudad o a la atención hospitalaria.

Fdo. Equipo de Redacción de Vox Paediatrica