

Asimismo, el tratamiento antibiótico no está indicado sistemáticamente en las diarreas agudas, pero es posible que el niño necesite un tratamiento antimicrobiano si persiste la clínica o presenta un cuadro bacteriano diferente. Conocer su situación actual puede orientar el uso racional de antibióticos que evite, entre otros, el incremento de resistencias bacterianas.

Finalmente, el objetivo del estudio fue conocer las características epidemiológicas de las diarreas bacterianas en nuestro ámbito de trabajo y las recomendaciones se han orientado en función de los resultados.

C. Casaní Martínez

La docencia en pediatría en tiempos de incertidumbre

La docencia de los residentes de pediatría es un tema que no se suele debatir en profundidad en la literatura. Nos ha sorprendido encontrar el artículo de JM García Puga y cols. en su revista¹ y queremos compartir nuestra experiencia, que complementa dicho artículo con algunos aspectos prácticos, como por ejemplo desarrollar las "actitudes" necesarias de los residentes para el trabajo de Atención Primaria (AP) y aporta aspectos cualitativos en su (nuestra) formación utilizando narrativas y literatura. La rotación por Pediatría de AP debe desa-

rollar no solo aspectos técnicos, sino aspectos humanos; así formaremos no solo buenos médicos sino médicos buenos, esos son los imprescindibles.

Me formé en la Universidad Autónoma de Madrid como estudiante de medicina y realicé el MIR de pediatría en el Hospital Infantil La Paz entre 1984 y 1989. Creo que tuve una gran suerte, no solo por todo lo que aprendí (a veces dando mucha lata) sino por la faceta humana y artística que pudimos desarrollar durante nuestros años docentes. En el Infantil de La Paz no solo se aprendía a intubar y a diagnosticar síndromes, sino que además se podía concursar en fotografía y pintura, cantar en un coro (bajo la batuta del Dr. Pestaña), dirigir cortos en Super 8 en los que participaban todos los estamentos, escribir guiones y obras de teatro con la inestimable ayuda de las Dras. Carmen Castro y Paloma Jara y bailar can-can con el acompañamiento al piano del Dr. Ortega. Aprender, cuando no solo se contempla lo cognitivo sino también lo afectivo, es fácil y para mí además fue divertido (por eso no se me olvida, por eso escribo sobre ello, se lo debo). Sin embargo considero, que en mi formación, hubo lagunas importantes: me faltaba el denominador de lo que es normal, no sabía bien cómo dar malas noticias sin

perderme en un exceso de empatía, carecía de habilidades de comunicación, manejo y resolución de conflictos y tampoco manejaba técnicas de Educación para la Salud (dinámicas de grupo, teorías de atribución, creencias, etc.). Desconocía el manejo de problemas psicológicos en la infancia-adolescencia y de métodos de investigación. A medida que trabajaba en AP se amplió aún más el campo de interés: bioética, control de calidad, gasto farmacéutico, manejo eficiente del tiempo en consulta, evaluación de programas y sin duda, técnicas de relajación y manejo de la hostilidad, cuando la demanda pasaba de 40.

En 1990, surgió una propuesta desde el Centro de Salud Tres Cantos (TC) hacia nuestro hospital de referencia (Hospital Infantil La Paz), para que algunos residentes de pediatría rotasen durante tres meses con nosotros. Esto salió adelante no solo porque TC era docente, sino por el interés del Dr. Julio Torreblanca, entonces Jefe de Sección de Escolares (H. Infantil La Paz) y encargado de docencia. Nadie conocía ninguna estructura o ley que explicase cómo, cuánto tiempo, con quién y en qué período de formación sería más conveniente para los residentes rotar por el Centro de Salud. Tampoco cuál era el desarrollo curricular. Intentamos dar una visión pro-

pia de AP apoyándonos en el curriculum de los médicos de familia pero adaptándolo a pediatría. El éxito tras los primeros años fue tan fuerte que actualmente todos los residentes rotan por el centro de salud de R1, pero solo 2 meses. Esto, junto con el exceso de demanda y de población adscrita ha bajado la calidad que teníamos hace 10 años.

En nuestro centro, hemos desarrollado un esquema básico de aspectos que se deberían aprender en el Centro de Salud (aparte de los clínicos). Se trabaja desde las actitudes y se tiene en cuenta no solo el cómo se enseña, sino cómo se aprende. Estos son los siguientes:

1. Entrevista clínica

Nuestra fundamental herramienta de trabajo con la que se puede obtener no solo información sino crear un clima apropiado de respeto, empatía y confianza. Se analizan y critican las diferentes formas de relación clínica y de "ser médico" en la consulta. Se comentan las distintas formas de entrevista incidiendo en la semiestructurada que es la que utilizamos habitualmente. Se desarrollan (o mejoran) las habilidades en comunicación verbal y no verbal (a veces la más importante), escucha, negociación, manejo del clima emocional, empatía, asertividad, respeto y confian-

za. Finalmente se les da pautas sobre el manejo del paciente conflictivo y se mejora su destreza para dar malas noticias (*counselling*).

2. Niño sano. Niño normal

Basado en el programa del Niño sano de nuestra Área. Se les enseña en las revisiones en consulta programada lo que se considera normal desde el nacimiento, hasta los 14 años. Esto incluye, aparte del aspecto físico-clínico:

A. *Desarrollo psico-social normal*, manejando no solo el test de Denver (bastante poco sensible, aunque muy específico) sino el Ages & Stages (más sensible, fácil de contestar por los padres en la sala de espera o en casa y por lo tanto más participativo y más útil en AP) en versión española y otros más complejos (al menos que conozcan su existencia) como el Bayley, Vineland, Mc Arthur, etc. Se hace hincapié en la detección precoz de déficits sensoriales (sordera y ceguera) y en signos de alarma en el desarrollo que hacen importante su derivación o estudio.

B. *Calendario vacunal*. Incluyendo las nuevas posibilidades de vacunas (varicela, neumococo, etc.). Niños adoptados e inmigrantes, mal vacunados etc. Manejo de las complicaciones habituales y saber distinguir las reaccio-

nes mayores que requieren un manejo específico.

C. *Alimentación y suplementos*. No solo desde el punto de vista nutritivo. Se fomenta (sin culpabilidad) la lactancia materna enseñando que la autonomía de las madres bien informadas, puede primar sobre la beneficencia. Es decir, son las madres las que deciden si quieren o no lactar a sus hijos, y los pediatras debemos respetar esta decisión siempre que se haya dado una información adecuada y se hayan explorado creencias y mitos. Se trabaja el vínculo relacional que se crea con la alimentación que es mucho más complejo que la mera nutrición y digestión.

D. *Salud buco dental*. Cronología normal de la dentición. Saber derivar cuando se compromete alguna estructura importante tras golpes y contusiones, y la forma idónea de hacerlo.

E. *Escuela de Padres*. También se abordan aspectos frecuentes en la educación de los hijos como manejo de límites, falta de obediencia, malos hábitos, rabietas, celos, roles, etc. Las técnicas son fundamentalmente cognitivo conductuales basadas en el desarrollo psicológico del niño y usando el estímulo neutro y el refuerzo positivo. Se resalta siempre la importancia del manejo y fomento de la autoestima, se reconocen

las distintas formas educativas de los padres y se les da metodología para poder llevar a cabo una socialización más satisfactoria de sus hijos. (Al final, nos acabamos educando todos, padres, pediatra y niños).

3. Docencia e investigación

Aunque sería interesante impartir un curso básico de epidemiología y estadística a nivel de grupo, falta el tiempo. Se hacen sesiones semanales, con lectura crítica de artículos y se enfocan los casos y los tratamientos de la consulta intentando basarse en la evidencia científica disponible. Se hacen búsquedas bibliográficas y aprenden el uso de escalas y test conociendo la importancia de la validez y la fiabilidad de los mismos. Si tienen interés, se les ofrece la posibilidad de diseñar un protocolo de investigación que pueden o no llevar a cabo en el futuro. Nos parece importante este aspecto, ya que las cualidades que se desarrollan al investigar son las más necesarias para el diagnóstico: además de intuitivo, te vuelve sistemático; además de genial, verificable; y, además de artístico, te hace científico. Los residentes tienen que presentar sesiones docentes con su tutor y en sesión general para todo el centro y se les observa con "feed back" para mejorar

las técnicas de comunicación verbal y no verbal.

4. Aspectos éticos

La práctica de la medicina moderna y su cada vez más avanzada tecnología nos hace plantearnos cuestiones éticas a diario. Es importante conocer que la resolución de este tipo de problemas tiene una metodología bien desarrollada. Se les da la oportunidad de asistir a un curso de introducción a la Bioética (BE) así como al Comité de BE del área y se presentan casos en sesión para su discusión. Se hace hincapié en la autonomía de los pacientes (frente a nuestro frecuente paternalismo) con especial referencia a la situación específica del niño y el adolescente (competencia, menor maduro, decisiones de sustitución, mejor interés, etc), también se habla del derecho y la obligación de secreto y se analizan las amenazas al mismo con las historias, las publicaciones y actualmente con el programa informático OMI.

5. Educación para la salud

Éste, junto a la entrevista clínica y la revisión de niños sanos, es uno de los aspectos más importantes de la rotación de residentes por nuestro centro. Se desarrolla en tres ámbitos: individual (en la

consulta), en grupo y en la comunidad. Se les enseña no solo a ser buenos docentes (lenguaje claro y directo, mensajes concretos, buen clima, etc.) sino a plantearse cómo se aprende. Se les hace ver la importancia de partir de las creencias de los pacientes y de escucharles de forma activa y empática, y no "colocarse la bata" y decirles lo que tienen que hacer (está demostrado que es poco útil). Se les demuestra que si las necesidades no son percibidas y sentidas por los pacientes, difícilmente se producen cambios. Se les enseña a educar desde el respeto tocando todos los planos: el cognitivo, el afectivo y el social. Además se les enseña a desarrollar habilidades sociales y personales para que los cambios sean más factibles. Tienen que participar en grupos de educación para padres que se organizan periódicamente en el Centro de Salud y ocasionalmente en la comunidad (colegios, institutos, Casa de la Juventud, ayuntamiento, etc.).

6. Manejo de trastornos psicológicos frecuentes

Aunque algo se ha comentado en el apartado del niño normal, los aspectos psicológicos en la infancia es uno de los temas que suscitan más interés no solo entre los residentes sino entre los pediatras. Son cada vez más frecuentes y debemos desarrollar formación y metodo-

logía para abordarlos. El niño se entiende en contexto y la metodología que utilizamos es relacional ("la familia es el paciente"). Se hace hincapié en conductas disruptivas, trastornos de oposición desafiante, conductas asociales, rasgos autistas, trastornos del sueño, tics, depresión en la infancia (diferente de la de los adultos), problemas de pareja y su repercusión en el niño, hogares monoparentales, malos tratos y abuso, problemas relativos a la alimentación, niño con déficit de atención (con o sin hiperactividad), trastornos psicossomáticos, agresividad, violencia, ansiedad, trastornos del aprendizaje, etc. En una rotación de tres meses, no se ven todos ellos, pero sí se desarrollan las habilidades necesarias para enfocarlos, saber dónde y cuando derivar y manejar los criterios del DMS IV.

7. Otros

Además de lo anterior, deben conocer los recursos de la zona, aprender a trabajar en equipo (no tengo claro que esto lo hagamos, pero lo intentamos), se deben familiarizar con un sistema de registros y de codificaciones internacionales, deben manejar criterios de gasto farmacéutico, deben saber la diferencia entre protocolos y programas y tener nociones de evaluación (proceso y re-

sultado) y de garantía de calidad. También deben terminar la rotación sabiendo usar el OMI. Durante toda su rotación se intenta dar "modelos" de relación clínica basada en el paciente y se trabaja la empatía con análisis de la literatura (no médica sino de verdad), películas y narrativas de los pacientes.

Creemos que si estos aspectos no se trabajan, la formación de nuestros pediatras se queda asentada meramente en aspectos técnicos y ser médico es más rico y complejo. Nuestra experiencia es muy positiva y se crea un refuerzo positivo entre el docente y los discentes que no solo es beneficiosa para todos sino que ayuda a prevenir el "burn out". Además, la forma de trabajar centrada en los usuarios hace que vean los problemas desde diferentes puntos de vista y a cuestionarse determinados roles, lo que siempre enriquece. También aprenden que no hay "recetas", que no se piden pruebas por rutina sino en función de lo que espero encontrar y tratar, y que cada uno debe encontrar su camino (si puede ser con alma, mejor) siempre dentro de un

marco de honradez y base científica. Además, perciben que hay vida inteligente fuera de los hospitales y que la salud, indudablemente, no es solo la ausencia de enfermedad, sino algo mucho más complejo e interesante que debe protegerse y cuyo abordaje ha de hacerse de forma integral, desde diferentes perspectivas (que incluyen ciencias sociales, literatura y filosofía) con sensatez, con ilusión y con método.

Agradecimientos

A todos los que me han enseñado. A todos los residentes que pasaron por TC. Por su capacidad de transformar el trabajo rutinario, en aventura y desafío. Por su curiosidad insaciable. Por su refuerzo positivo.

Bibliografía

1. García Puga JM, Peñalver Sánchez I, Sánchez Ruiz Cabello J, Bras i Marquillas J, Jordano Salinas L. *Rotación de Residentes por Atención Primaria*. Pap 2002; 15, 381-396.

C. Bonet de Luna

CS Tres Cantos, Madrid.

