

Futuro de la Pediatría de Atención Primaria desde la perspectiva de un pediatra de hoy

J. Ruiz-Canela Cáceres^a, P. Martín Muñoz^b.

^aPediatra de Atención Primaria. Distrito de AP Sevilla.

^bPediatra de Atención Primaria. Distrito de AP Sevilla.

Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 187-197

Juan Ruiz-Canela Cáceres, jruizc@aepap.org

Resumen

La atención y el cuidado del niño en Atención Primaria han experimentado en los últimos años cambios importantes. A través de una revisión estructurada de la literatura se intenta vislumbrar hacia dónde se dirige la Pediatría en este ámbito.

La reforma sanitaria de los centros de Atención Primaria y la llegada a los mismos de un gran número de profesionales cualificados, junto al desarrollo de programas de salud, ha condicionado una atención a la infancia renovada, diferenciada de la anterior y de alta calidad, permitiendo el manejo en el primer nivel, de patologías anteriormente de ámbito hospitalario.

La formación del pediatra y su labor en los próximos años posiblemente estará influenciada por factores como el incremento de actividades preventivas, cambios en la estructura familiar y social, incremento de la inmigración, disminución de las patologías agudas e aumento paralelo de los procesos crónicos, problemas relacionados con la adolescencia, avances científicos (mapa genético humano) y tecnológicos (Internet, telemedicina), necesidad de equipos multidisciplinares, cambios organizacionales y mayor preocupación por la competencia profesional, por la repercusión de los costes de las intervenciones.

Palabras clave: Pediatría, Futuro, Formación.

Abstract

The primary care of the child has changed in the last years. In this report, we have undergone a systematic search of the literature to answer where Pediatrics goes.

The recent frame of the public primary centers, the young qualified professionals, and the new child health programmes allow a better care, and now many diseases don't need the hospital.

The training of the future doctors and the goal of their clinical practice will include more preventive programmes, knowing the modern social and family patterns, the teenagers problems, the scientific (human genoma) and technological (internet) advances, the need of multidisciplinary teams, managed care, and the concern for the economic cost of health interventions.

Key words: Pediatrics, Trends, Education.

Introducción

El papel del pediatra de Atención Primaria, aunque siempre conectado íntimamente con las necesidades de salud de los niños, ha evolucionado a lo largo del tiempo. En la primera mitad del siglo XX, el pediatra dedicaba la mayor parte de su labor a la lucha contra las enfermedades infecciosas, que con tanta frecuencia afectaban a la población infantil y eran el origen de unas elevadas tasas de mortalidad. Desde entonces, y sobre todo a partir de los años cincuenta con el desarrollo de vacunas y antibióticos, los problemas crónicos han pasado a ocupar la primera línea de actuación^{1,2}. Las secuelas y deficiencias derivadas en muchos casos de dichos trastornos han fomentado, además, la aparición de nuevas profesiones que compiten en la atención al niño, contribuyendo a modificar sustancialmente el panorama³.

Por otra parte, la reforma de la Atención Primaria (AP) acaecida en nuestro

país en la década de los años ochenta ha supuesto una extensa transformación de los ambulatorios tradicionales en Centros de Salud. De forma paralela, la llegada a estos centros de un gran número de profesionales cualificados y bien formados (a través del sistema MIR en su mayoría), ha condicionado una atención a la infancia francamente renovada, diferenciada de la anterior y de una alta calidad, permitiendo el manejo en este primer nivel de patologías anteriormente de ámbito hospitalario⁴.

A la hora de abordar el futuro de la Pediatría de Atención Primaria (PAP), debemos pues tomar en consideración este cambio cualitativo que se ha producido en las prioridades de salud del niño, consecuencia en gran parte del trabajo realizado a través de programas de salud, bien surgidos a partir de iniciativas anteriores (vacunas, metabolopatías, salud escolar...), bien de nueva implantación en la red pública de servicios

Tabla I. Impacto de los programas de salud⁴

- Prevención de enfermedades mentales con la detección precoz de metabolopatías.
- Desaparición de enfermedades con la vacunación: rubéola congénita, difteria, tétanos neonatal y polio.
- Probable erradicación de otras enfermedades vacunables: sarampión, rubéola o paperas.
- Incorporación de nuevas vacunas al calendario: meningococo y hepatitis B.
- Mejora en el diagnóstico precoz de alteraciones nutricionales y del desarrollo psicomotor.
- Importante reducción de la mortalidad por accidentes infantiles en los menores de cinco años.

(educación maternal, *niño sano*). Algunos de los resultados e impactos de estos programas pueden concretarse en los indicadores mostrados en la Tabla I.

Material y métodos

El objetivo de este artículo es intentar identificar la dirección hacia la que apunta el futuro de la pediatría y, huyendo de opiniones particulares e intentando dar un enfoque objetivo, se ha realizado una revisión de la información publicada disponible en dos de las bases de datos de mayor impacto en la actualidad (Medline y Cochrane Plus), aplicando la metodología promovida desde la medicina basada en la evidencia.

Para nuestra búsqueda de documentación hemos utilizado el término *Pediatrics* y el subcalificador *trends* y education combinando con *Child Health Services*. La comprobación de las referencias recuperadas permite descubrir un documento clave sobre el tema, un consenso sobre el futuro de la pediatría, conocido como Informe FOPE (*Future of Pediatric Education II*), junto con otros artículos que aportan matices a este informe²⁻¹¹. La revisión manual de la bibliografía citada en los artículos anteriores y un estudio Delphi sobre el futuro de la salud infantil¹² realizado por la Fundación de Salud e Innovación com-

pletan las fuentes de las que se extraerán las conclusiones.

Discusión

En el momento actual, el pediatra y la sociedad en la que se integra asisten a una serie de cambios estructurales que podemos resumir en los siguientes^{2,9-11}:

- Incremento de la necesidad de actividades preventivas.
- Cambio de la familia tradicional, más extensa, a una familia en la que ambos progenitores trabajan fuera del hogar, con el consiguiente incremento de niños en guarderías, así como también el aumento de familias con un solo progenitor.
- Incremento de la inmigración.
- Cambio en la patología aguda e incremento de los procesos crónicos.
- Problemas relacionados con la adolescencia.
- Publicación del mapa completo del genoma humano y las posibilidades que se pueden abrir en la terapia génica o como marcador predictor de enfermedades.
- Avances tecnológicos y posibilidades de obtener información en internet; telemedicina con un acceso más fácil a las fuentes de información de los cuidadores.

- Mayor número de profesionales implicados en el cuidado del niño.
- Mayor expansión del *Managed Care*, con una mayor preocupación por la competencia profesional y la repercusión de los costes).

Aunque a continuación se abordarán más extensamente cada uno de estos hechos, a priori no debemos olvidar que existen una serie de condiciones básicas que deben permanecer inalterables para asegurar la provisión de un óptimo cuidado del niño en el futuro^{2,6,9-11}:

- El pediatra es el profesional mejor preparado para proporcionar calidad a los servicios de cuidado al niño y adolescente dentro del contexto de su familia, comunidad y ambiente.
- Todos los niños deben recibir Atención Primaria con disponibilidad 24 horas al día, siete días a la semana, por un pediatra o médico en que ellos confíen. Los centros médicos deben ser accesibles y culturalmente competentes.
- La formación del pediatra debe seguir profundizando en el conocimiento del desarrollo normal del niño, características de las enfermedades infantiles, manejo basado en la evidencia y destrezas téc-

nicas. Pero, además, debe abarcar nuevas áreas que emergen, como la genética y la relacionada con el desarrollo neuropsicológico de los niños.

- La formación del pediatra debe enfocarse más hacia el primer nivel de atención sanitaria, para proporcionar un núcleo de conocimientos, destrezas y competencias básicas para todos los médicos en formación (médicos residentes), aunque su futura carrera no sea la Atención Primaria.
- El período formativo de cuatro años es sólo una parte en el continuum del aprendizaje en pediatría, y la educación médica continuada, incluyendo la utilización de la tecnología, jugará un papel cada vez más importante.

Cuidados preventivos

La prevención es un valor central y el pediatra de Atención Primaria tendrá que dedicar aproximadamente el 15 % de su tiempo al *screening*, cuidados preventivos y guía anticipatoria. Además de ser un vehículo para el refuerzo de las inmunizaciones, estas visitas permiten:

1. Promover estilos de vida saludables.

2. Monitorizar el crecimiento y desarrollo psicosocial.
3. Suministrar a la edad apropiada una guía anticipatoria.
4. Comprender al niño en el contexto de la familia y de la comunidad.

Con la mejora de los estándares de vida, estos cuidados preventivos modificarán posiblemente su enfoque hacia actuaciones como, por ejemplo, la posición al dormir de los niños, los riesgos de la inhalación del humo de tabaco, y se prestará especial atención a la prevención de morbilidades del adulto, que requieren cambios de estilo de vida desde la infancia.

Sin embargo, aparecen nuevos hechos que pueden cambiar este rol:

- La mayor implicación de otros profesionales aliados, como la enfermería.
- Uso de medios audiovisuales e internet para la educación del paciente. Estos avances posibilitarán que los servicios preventivos se encuentren disponibles, accesibles y culturalmente adaptados a las necesidades de las familias².

Demografía y estructura familiar

El análisis demográfico de nuestro país arroja una información abrumadora sobre la configuración de nuestra socie-

dad que debe repercutir necesariamente sobre el sistema de atención al niño. En primer lugar, el déficit de reemplazo generacional motivado por la disminución de la natalidad y la fecundidad, que es utilizado por muchos analistas como argumento para políticas de fomento de la natalidad. En segundo lugar, los cambios socioeconómicos, que vienen a conformar un marco donde es difícil la parentalidad y la formación de una estructura familiar estable. Finalmente, el progresivo envejecimiento de la población, que lleva a los políticos a priorizar estrategias centradas en la tercera edad.

En la sociedad occidental se ha roto con el pasado, cuando tres generaciones familiares convivían en el mismo techo, con un gran número de hijos por vivienda. La estructura familiar típica que se está configurando en la actualidad es una pareja con uno o dos niños a lo sumo, que a su vez sostiene el cuidado y la vigilancia de hasta cuatro personas mayores⁴.

La familia convencional está en crisis y, sin que vaya a desaparecer, debe coexistir con otras formas o expresiones y estructuras familiares. El divorcio y la imposibilidad de descendencia propia ocasionan frustración en el individuo, que busca soluciones en nuevos empa-

rejamientos y en la adopción. Todos estos cambios condicionan escenarios nuevos y complejos en la configuración del núcleo familiar, por lo que el pediatra de Atención Primaria necesitará utilizar nuevas técnicas en la atención a las familias⁴:

1. Construcción e interpretación de genogramas.
2. Estudio de la estructura familiar y de las etapas del ciclo vital.
3. Evaluación de los acontecimientos estresantes.
4. Investigación de la red de apoyo social.
5. Entrevista familiar.

Inmigración

Un fenómeno relativamente nuevo en nuestro país, pero cada vez más presente y que repercute también en la infancia es la inmigración, la cual provoca la aparición en nuestro medio de una población con pocos recursos que vive en precariedad o marginalidad. La patología y las necesidades de estos niños difieren en gran medida de las presentes en la población autóctona, pero deben igualmente ser conocidas y manejadas por el pediatra de AP, a menudo primer nexo de unión entre estas personas y el sistema sanitario.

En los últimos años, la pirámide po-

blacional comienza a modificarse como consecuencia del volumen de población infantil y adolescente inmigrante que atraviesa nuestras fronteras⁴.

Enfermedades agudas y crónicas

Tradicionalmente, la mayor parte del trabajo del pediatra estaba orientado hacia el diagnóstico y el manejo de las enfermedades infecciosas. Sin embargo, el desarrollo de vacunas y la mejora de las condiciones socioeconómicas han permitido disminuir drásticamente esta morbilidad. En el futuro, el tratamiento del trauma menor y la capacidad del pediatra para manejar y estabilizar al niño que sufre un deterioro grave serán los retos a alcanzar. El adiestramiento en técnicas de RCP y clasificación de urgencias jugarán un importante papel¹³.

Por otro lado, aproximadamente un 10 % de los niños de nuestros cupos tendrá una condición crónica, la mitad de ellos con deterioro mental. Problemas como el asma, el déficit de atención con hiperactividad y los desórdenes psiquiátricos severos deberán ser tenidos muy en cuenta por los facultativos de AP. Además, los avances en neonatología permitirán supervivencias antes desconocidas en niños pretérminos o de muy bajo peso, cuyos problemas aso-

ciados se prolongarán durante gran parte de la infancia¹³.

Adolescencia

Desde nuestras asociaciones profesionales se viene planteando la necesidad de una ampliación de la edad pediátrica. Si tal hecho sucediera, sería conveniente tener en cuenta algunas consideraciones relacionadas con la población adolescente.

Las conductas de alto riesgo son más frecuentes entre los adolescentes. Además, estos pacientes acuden menos a las consultas tradicionales y usan con más frecuencia los servicios de urgencias. La tendencia a conductas insanas en estas edades actúa como precursora de conductas similares en el adulto (obesidad, tabaco, etc.).

También se asiste entre los jóvenes al inicio en las actividades sexuales, abuso de sustancias tóxicas, conductas violentas y muertes por accidentes. Los embarazos no deseados de los adolescentes impactan negativamente en la madre, porque limitan sus posibilidades de educación, y en el niño, por la falta de pericia del cuidador.

El nuevo currículum del pediatra incluirá pues la atención a este tipo de individuos, asegurando la confidencialidad de sus cuidados dadas sus especiales características^{14,16-18}.

Avances en biología molecular y genética biológica

Un importante avance de nuestra época es el proyecto del genoma humano, que identificará los 8.000 genes del ser humano. Toda esta información será almacenada en una base de datos que podrá ser recuperada para realizar análisis interpretativos. Una vez finalizado, permitirá que se conozcan los genes involucrados en muchas enfermedades, poniendo mayor énfasis en la prevención y en la oportunidad de intervenir con técnicas de terapia génica, evitando factores ambientales comórbidos.

Los pediatras en la actualidad tenemos un conocimiento muy limitado en técnicas génicas. Es responsabilidad de las sociedades profesionales desarrollar actividades con el objetivo de garantizar una correcta formación en este ámbito¹⁹.

Nuevas tecnologías

La introducción de la informática en la práctica clínica habitual potencia el encuentro médico-paciente, no sólo porque mejora la calidad de la documentación clínica, sino porque también puede promover una mayor acción del médico. Los ordenadores tienen la potencialidad de ayudar en los análisis de decisión diagnóstica y juegan un papel en la

decisión terapéutica. La prescripción escrita por el ordenador permite evitar algunos errores, como pérdida de documentación, olvido de alergias previas, interacciones de distintas drogas en el paciente, etc. Además, permiten conocer los costes de la medicación, e incluso un ordenador en la sala de espera puede ser vehículo de educación sanitaria.

La telemedicina ofrece el beneficio potencial de mejorar la comunicación entre pediatras y otros miembros del equipo de cuidado (mejor comunicación entre niveles). Existen ya ejemplos concretos en nuestro medio de transmisión de imágenes digitales radiológicas o de imágenes sospechosas de dermatología que evitarían el desplazamiento del paciente y servirían de ayuda al pediatra de AP. Las nuevas redes RDSI y ADSL son capaces de transmitir la información a la velocidad suficiente para que resulte factible y práctico.

El desarrollo de internet con relación a los pacientes tiene como resultado un incremento del acceso a la información. Un gran número de familias obtendrá la información de esas fuentes por sus propios medios, y los pediatras tendremos que ayudar a hacer comprender a las familias que en la red no toda la información es fiable.

El desarrollo de nuevas tecnologías, por otro lado, permitirá un control de la productividad del médico asalariado y serán necesarios mayores avances en la custodia de la información clínica para asegurar la confidencialidad.

El equipo multiprofesional

Otro factor que afectará al papel del pediatra en el futuro es el crecimiento del número de profesionales que intervendrán en el cuidado del niño. La enfermería pediátrica en el futuro tendrá un mayor papel en el cuidado del niño con problemas crónicos, en la promoción de la lactancia materna y en el cuidado del niño sano. Los nutricionistas y logopedas tendrán que incrementarse necesariamente, al igual que los profesionales encargados del cuidado de las enfermedades mentales⁷.

Un aspecto clave que se precisa mejorar es la interrelación de niveles para asegurar la coordinación y la continuidad del cuidado. Para ello, son importantes los instrumentos comunes: guías de práctica clínica basadas en la evidencia, procesos y vías clínicas, etc., que estructuran la interconsulta con el segundo nivel de asistencia cuando las necesidades diagnósticas y terapéuticas del paciente así lo requieran¹³⁻¹⁵.

Un profundo conocimiento de los re-

cursos disponibles en cada ámbito geográfico constituye una parte importante del trabajo del pediatra de Atención Primaria en su papel de coordinador de la atención de la infancia².

Algunos sectores de médicos de familia intentan implantar los modelos de otros países, donde el médico de familia es la única puerta de entrada en la Atención Primaria. Lo limitado de su entrenamiento (en muchos casos sólo tres meses), la complejidad que tiene la patología emergente en pediatría y, sobre todo, las crecientes necesidades de los niños nos llevan a un debate estéril. El perfil del profesional válido para atender las necesidades de salud de los niños y disminuir las hospitalizaciones es el dato que debe tenerse en cuenta; así, en Italia y EE.UU. los pediatras también están en Atención Primaria, y otros países, como Inglaterra, se están planteando ya crear unidades comunitarias para atender a los niños²⁰⁻²⁴.

Cambios en las organizaciones

Algunas de las líneas apuntadas anteriormente, como la necesidad de una mayor competencia profesional, los avances tecnológicos, la preocupación por los costes y el mayor protagonismo del primer nivel asistencial, requieren necesariamente cambios en las organi-

zaciones, tanto de las asociaciones profesionales como de las instituciones públicas encargadas de velar por la salud del niño. Los organismos competentes deberán establecer un núcleo básico de competencias exigibles al profesional, garantizando su correcta formación y mejora continua. De igual forma, en gran medida determinarán la capacidad resolutive del pediatra en función de las posibilidades diagnósticas (accesibilidad a determinadas pruebas complementarias) y terapéuticas (prescripciones) disponibles en el primer nivel de asistencia. La orientación a resultados y la consecución de los objetivos marcados influirán sin lugar a dudas en el capítulo retributivo del profesional.

El avance de los sistemas de comunicación e información, tanto a nivel nacional como internacional, permite disponer hoy día de un arsenal de recursos científicos de enorme calidad, y deben ser los organismos públicos y las sociedades profesionales las encargadas de hacerlos llegar al médico para beneficio de sus pacientes.

La alta tasa de frecuentación presente en las consultas de AP, el aumento de la accesibilidad al sistema y la mayor oferta de servicios requerirán probablemente profundos cambios organizacionales para una adecuada gestión clínica de la

demanda, que limite las tareas burocráticas y ajuste los cupos de cada profesional de forma adecuada (entre 800 y 1.000 pacientes).

Por otra parte, en los últimos años el perfil del pediatra ha sufrido un cambio importante motivado por la creciente presencia de las mujeres en la profesión

y la nueva realidad social en la que estamos inmersos. Las instituciones tendrán que plantearse nuevas fórmulas contractuales que incluyan los trabajos a tiempo parcial, los beneficios de horario por la crianza de hijos pequeños, el apoyo serio de la maternidad y la promoción de la lactancia⁹.

Bibliografía

1. Behrman RE. Overview of Pediatrics. In: Behrman RE, Kliegman R, Nelson WE, editors. Nelson textbook of pediatrics. PHILADELPHIA: W B Saunders Company, 1996: 1-5.

2. Leslie L, Rappo P, Abelson H et al. Final report of the FOPE II Pediatric Generalists of the Future Workgroup. Pediatrics 2000; 106 (5): 1199-1223.

3. Wodrich DL, Landau S. School psychologists: strategic allies in the contemporary practice of primary care pediatrics. Clin Pediatr (Phila) 1999; 38 (10): 597-606.

4. Ponce JA, Muriel R, Gómez de Terreros I. Informe Salud, Infancia, Adolescencia & Sociedad. Sección de Pediatría Social, Asociación Española de Pediatría, 1997.

5. Task Force on the Future of Pediatric Education. The future of pediatric education II. Organizing pediatric education to meet the needs of infants, children, adolescents and young adults in the 21st century. A collaborative project of the pediatric community. Pediatrics 2000; 105 (1 Pt 2): 157-212.

6. Gruskin A, Williams RG, McCabe ER et al. Final report of the FOPE II Pediatric Subspecia-

lists of the Future Workgroup. Pediatrics 2000; 106 (5): 1224-1244.

7. Knight JR, Frazer CH, Goodman E, Blaschke GS, Bravender TD, Emans SJ. Development of a Bright Futures curriculum for pediatric residents. Ambul Pediatr 2001; 1 (3): 136-140.

8. Mulvey HJ, Alden ER, Simon JL, Chesney RW. The Future of Pediatric Education II: Reports from the project's five workgroups. A collaborative project of the pediatric community. Pediatrics 2000; 106 (5): 1173-1174.

9. DeAngelis C, Feigin R, DeWitt T et al. Final report of the FOPE II Pediatric Workforce Workgroup. Pediatrics 2000; 106 (5): 1245-1255.

10. Johnson RL, Charney E, Cheng TL et al. Final report of the FOPE II Education of the Pediatrician Workgroup. Pediatrics 2000; 106 (5): 1175-1198.

11. Jones MD Jr, Boat T, Adler R et al. Final report of the FOPE II Financing of Pediatric Education Workgroup. Pediatrics 2000; 106 (5): 1256-1270.

12. El futuro de la Salud Infantil y de la Pediatría en España. Análisis prospectivo Delphi. Colección Informes, n.º 2. Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Barcelona 2002. <http://www.fundsis.org>.

- 13.** Patterson MD. Resuscitation update for the pediatrician. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46 (6): 1285-1303.
- 14.** American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The new morbidity revisited: a renewed commitment to the psychosocial aspects of pediatric care. *Pediatrics* 2001; 108 (5): 1227-1230.
- 15.** American Academy of Pediatrics. Committee on Children With Disabilities. The role of the pediatrician in transitioning children and adolescents with developmental disabilities and chronic illnesses from school to work or college. *Pediatrics* 2000; 106 (4): 854-856.
- 16.** American Academy of Pediatrics Task Force on Violence. The role of the pediatrician in youth violence prevention in clinical practice and at the community level. *Pediatrics* 1999; 103 (1): 173-181.
- 17.** American Academy of Pediatrics. Children, adolescents and television. *Pediatrics* 2001; 107 (2): 423-426.
- 18.** American Academy of Pediatrics. Committee on Children with Disabilities. Provision of educationally-related services for children and adolescents with chronic diseases and disabling conditions. *Pediatrics* 2000; 105 (2): 448-451.
- 19.** Chesney RW, Friedman A, Kanto WP Jr., Stanton BF, Stull TL. Pediatric practice and education in the genomic/postgenomic era. *J Pediatr* 2002; 141 (4): 453-458.
- 20.** Galbe Sánchez-Ventura J. What are we, pediatricians, doing in primary care? *Aten Primaria* 2001; 28 (5): 361-362.
- 21.** Buitrago RF. Health center pediatricians as consultants for family doctors. *Aten Primaria* 2001; 27 (4): 217-219.
- 22.** Segui DM. Is primary care specialization of child care of any benefit? *Aten Primaria* 2002; 30 (6): 416-418.
- 23.** Curtis E, Waterston T. Community paediatrics and change. *Arch Dis Child* 2002; 86 (4): 227-229.
- 24.** Meates M, Carter E, Baildan EM et al. Ambulatory paediatrics-making a difference. *Arch Dis Child* 1997; 76 (5): 468-476.



