

El pediatra ante las subespecialidades, el niño y su familia. El qué, con quién, el cuándo, el dónde y el cómo

Antes de la década de los años 70 del siglo XX, no existía un dilema para los pediatras que sólo se limitaban a referir a sus pacientes al cirujano pediatra cuando el caso era quirúrgico y a un hospital a los niños que requerían ser internados. La situación ha cambiado con el desarrollo de las subespecialidades pediátricas.

Un subespecialista en pediatría puede conceptualizarse como un profesional calificado, certificado, con experiencia y competente en un campo de la pediatría, especialmente en problemas complejos como anomalías congénitas, problemas del metabolismo, padecimientos malignos y enfermedades crónicas que continuarán para toda la vida.

En la Revista Pediatrics, órgano oficial de la Academia Americana de Pediatría aparecen en los últimos 15 años más de 150 artículos de niños con problemas específicos referidos a subespecialistas.

Hasta ahora en la medicina **no** institucional, en la medicina privada y en la gerencial no queda claro cuáles debieran ser los principios rectores para resolver un diagnóstico, dar un tratamiento y continuar en caso de cronicidad, en padecimientos que el pediatra general considera no ser de su competencia completa o interés.

A nivel de las instituciones oficiales de salud, desde esa misma década, se inició y se ha continuado con un sistema de referencia piramidal, vertical con una base amplia conocida como primer nivel y que corresponde fundamentalmente a consulta externa, medicina preventiva y algunos servicios básicos de laboratorio y gabinete. Este nivel debe atender a 70% o más de los padecimientos pediátricos.

En el segundo nivel están los hospitales generales o pediátricos con posibilidad de atender patologías pediátricas, realizar procedimientos quirúrgicos de pediatría general con algunas subespecialidades y con capacidad de formar recursos humanos como residencias en pediatría. Por último, a un tercer nivel o de alta especialidad existen múltiples subespecialidades (hasta más de 40 como en

nuestro Instituto Nacional de Pediatría), donde además de la formación de médicos especialistas y subespecialistas, hay programas de investigación. Institucionalmente hay conceptos más precisos de cómo, dónde y cuándo referir o contrareferir a los niños enfermos (Figura 1).

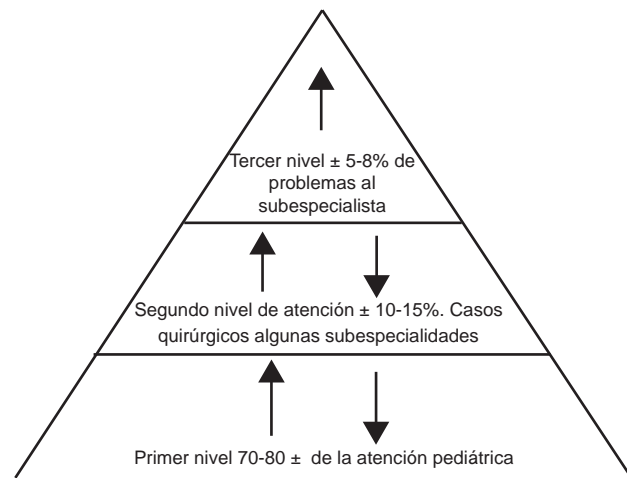


Figura 1.

En la consulta pediátrica **no** institucional y gerencial, especialmente ambulatoria, este esquema no está tan bien delineado ni existen fronteras claras, ni para los pediatras ni para los padres de los niños. Por eso el Editor en Jefe de nuestra revista Acta Pediátrica de México y el que suscribe, hemos sondeado la utilidad de publicar en forma de serie, qué piensan los diversos subespecialistas pediátricos del tipo de situaciones y en qué condiciones les gustaría recibir interconsulta y si el paciente debe quedar a cargo del subespecialista o debe regresar con su pediatra (Figura 2).

No parece haber reglas claras, consensos o una normatividad ni tampoco conceptos referentes a bioética de qué deber ver, vigilar y tratar el pediatra y qué debe referir. Al respecto en la misma revista sólo se encuentran cuatro citas y en PubMed menos de diez.

Algunas ideas sobre esto versan sobre capacitación, competencia, certificación y deseo de continuar o no la

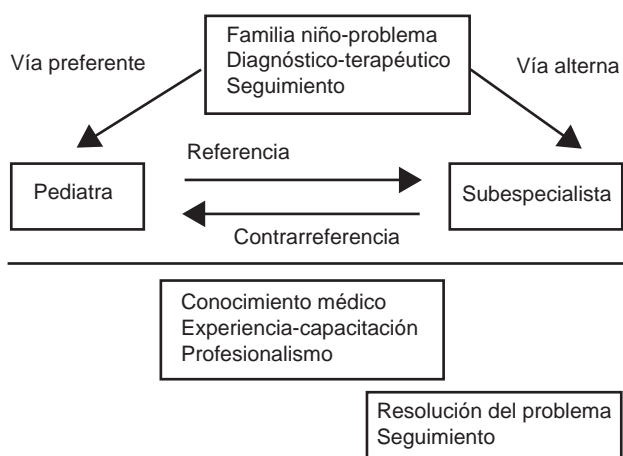


Figura 2. Esquema de relación pediatra-subespecialista y familia del niño.

vigilancia y tratamiento de ciertos padecimientos con los que no se está familiarizado.

Capacitación. Significa haber recibido en forma curricular conocimientos y entrenamiento para poder diagnosticar y tratar la enfermedad que sospecha que tiene el niño.

Competencia. Es la autoevaluación personal y sincera de si uno es la persona más indicada para supervisar diagnóstico, diagnóstico diferencial y opciones terapéuticas con los avances tecnológicos o científicos más actualizados.

La **certificación** versa sobre si el facultativo tiene los documentos que avalen la responsabilidad médica, civil y legal para ejercer y realizar procedimientos; por ejemplo, un pediatra no debiera estar involucrado en realizar intervenciones quirúrgicas; asimismo, un cirujano pediatra general no está certificado para realizar cirugía de alta especialidad como neurocirugía.

En el caso de los problemas endocrinológicos y hormonales el abordaje no debe ser por glándula afectada sino por las áreas principales de esta rama médica.

Aspectos bioéticos. Son el compromiso personal y con la familia de los niños de evitar referencias innecesarias y explicar a los padres y en su caso al niño, porqué, para qué y con quién es conveniente y necesaria otra opinión y en su beneficio delegar el cuidado futuro, evitando enviar al paciente a colegas conocidos y las dicotomías que en todos los casos son reprobables.

Por último, la familia del niño puede pedir a su pediatra que lo envíe a un subespecialista o puede acudir

directamente con éste. Idealmente debiera ser el pediatra quien enviara y mantuviera contacto y comunicación con el subespecialista.

Otro aspecto que no tiene reglas o mecanismos de conducta entre profesionales incluye:

- Enviar datos de resumen o toda la historia clínica que incluya historia de peso y talla.
- Diagnósticos establecidos.
- Medicamentos usados y sus resultados.
- Evitar poner sólo el nombre del subespecialista en una receta personal sin ningún otro dato.

El subespecialista por cortesía, por relación entre profesionales debe avisar:

- Si recibió al paciente y en qué condiciones.
- Diagnóstico (s) establecido (s).
- Tratamiento (s) propuesto (s).
- Si debe o no regresar con el pediatra para vigilancia y tratamiento.

Por esto, el Editor en Jefe y sus asociados hemos pensado en la utilidad de que varios subespecialistas describan brevemente su campo de acción profesional, los problemas principales que enfrentan, los padecimientos que les son canalizados más frecuentemente y si ese padecimientos en particular debe tener atención continua o en caso de resolución y curación debe regresar con su pediatra. Idealmente sí pueden trabajar conjuntamente el pediatra general y el subespecialista, por el bien de los niños y sus padres.

Dr. Carlos Robles-Valdés

Editor Asociado.

Jefe del Departamento de Especialidades Médicas. INP

REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatrics. Guidelines for Referral to Pediatric Surgical Specialists. Surgical Advisory Panel. Pediatrics 2002;110:187-91.
2. Williams R, Stein LD, Leslie KL. Training pediatricians for the evolving generalist-specialist interface in the managed care era. Pediatrics 1998;101:779-83.
3. Stille CJ, Primack WA, McLaughlin TJ, Wasserman RC. Parents as information intermediaries between primary care and specialty physicians. Pediatrics 2007;120:1238-46.
4. Skinner AC, Mayer ML. Effects of insurance status on children's access to specialty care: a systematic review of the literature. BMC Health Serv Res 2007;7:194.
5. Stille CJ, McLaughlin TJ, Primack WA, Mazor KM, Wasserman RC. Determinants and impact of generalist-specialist communication about pediatric outpatient referrals. Pediatrics 2006;118:1341-9.