

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

**A**ntes 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).

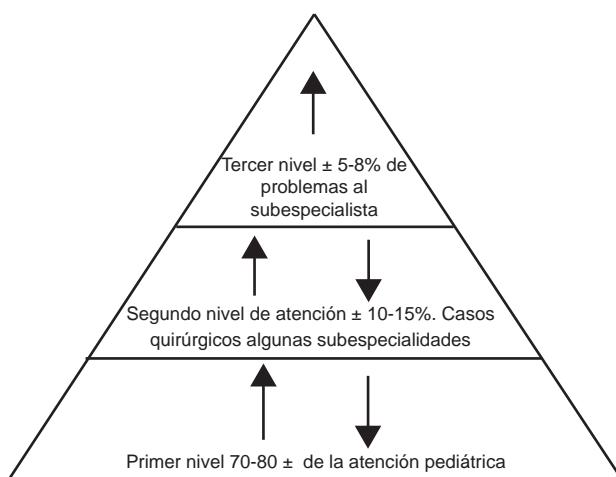
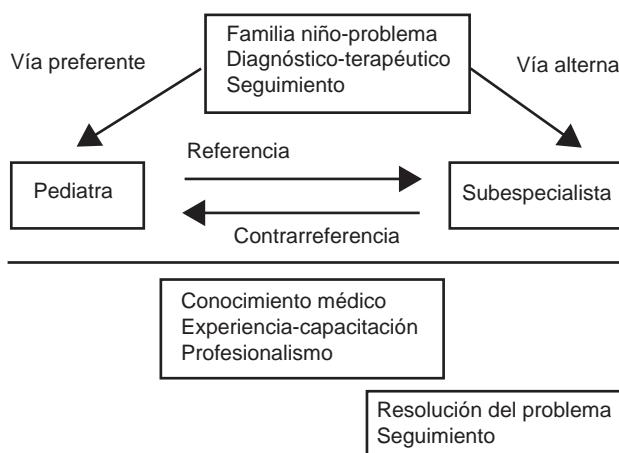


Figura 1.

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 relaci\u00f3n pediatra-subespecialista y familia del ni\u00f3o.

vigilancia y tratamiento de ciertos padecimientos con los que no se est\u00e1 familiarizado.

**Capacitaci\u00f3n.** Significa haber recibido en forma curricular conocimientos y entrenamiento para poder diagnosticar y tratar la enfermedad que sospecha que tiene el ni\u00f3o.

**Competencia.** Es la autoevaluaci\u00f3n personal y sencilla de si uno es la persona m\u00e1s indicada para supervisar diagn\u00f3stico, diagn\u00f3stico diferencial y opciones terap\u00e9uticas con los avances tecnol\u00f3gicos o cient\u00f3ficos m\u00e1s actualizados.

La **certificaci\u00f3n** versa sobre si el facultativo tiene los documentos que avalen la responsabilidad m\u00edlica, civil y legal para ejercer y realizar procedimientos; por ejemplo, un pediatra no debiera estar involucrado en realizar intervenciones quir\u00fcrgicas; asimismo, un cirujano pediatra general no est\u00e1 certificado para realizar cirug\u00eda de alta especialidad como neurocirug\u00eda.

En el caso de los problemas endocrinol\u00f3gicos y hormonales el abordaje no debe ser por gl\u00e1ndula afectada sino por las \u00e1reas principales de esta rama m\u00edrica.

**Aspectos bio\u00e9ticos.** Son el compromiso personal y con la familia de los ni\u00f3os de evitar referencias innecesarias y explicar a los padres y en su caso al ni\u00f3o, porqu\u00e9, para qu\u00e9 y con qui\u00e9n es conveniente y necesaria otra opini\u00f3n y en su beneficio delegar el cuidado futuro, evitando enviar al paciente a colegas conocidos y las dicotom\u00edas que en todos los casos son reprobables.

Por \u00faltimo, la familia del ni\u00f3o puede pedir a su pediatra que lo env\u00f3e a un subespecialista o puede acudir

directamente con \u00e9ste. Idealmente debiera ser el pediatra quien enviara y mantuviera contacto y comunicaci\u00f3n con el subespecialista.

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

- Enviar datos de resumen o toda la historia cl\u00ednica que incluya historia de peso y talla.
- Diagn\u00f3sticos establecidos.
- Medicamentos usados y sus resultados.
- Evitar poner s\u00f3lo el nombre del subespecialista en una receta personal sin ning\u00ffn otro dato.

El subespecialista por cortes\u00eda, por relaci\u00f3n entre profesionales debe avisar:

- Si recib\u00f3 al paciente y en qu\u00e9 condiciones.
- Diagn\u00f3stico (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 deacci\u00f3n profesional, los problemas principales que enfrentan, los padecimientos que les son canalizados m\u00e1s frecuentemente y si ese padecimiento en particular debe tener atenci\u00f3n continua o en caso de resoluci\u00f3n y curaci\u00f3n debe regresar con su pediatra. Idealmente s\u00ed pueden trabajar conjuntamente el pediatra general y el subespecialista, por el bien de los ni\u00f3os y sus padres.

**Dr. Carlos Robles-Vald\u00e9s**

*Editor Asociado.*

*Jefe del Departamento de Especialidades M\u00eddicas. 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.