

Comentario

Pediatra de cabecera: reflexión de la actividad y las contingencias que acechan

Dr. JOSE KREMENCHUZY*

ARCH ARG PEDIATR / 1998 / VOL. 96: 408

El presente trabajo tiene por finalidad dejar un testimonio de la actividad que realiza cotidianamente el pediatra como médico de cabecera, efectuando una enumeración de situaciones frente a las que se requiere tener especial cuidado.

También plantear algunas discrepancias y dudas que surgen luego de confrontar recomendaciones de normas y trabajos científicos con algunas impresiones recogidas en la práctica.

Mi objetivo está dirigido a compartir y reflexionar con aquellos que desempeñan una tarea similar, por lo que permanentemente deben tomar decisiones sobre temas que implican un alto grado de compromiso.

Hacer seguimiento longitudinal de niños desde antes de su nacimiento hasta que logran su madurez e independencia es una tarea gratificante y también llena de responsabilidades dada la fuerte relación médico paciente que se crea.

Cuando me inicié en la pediatría pensaba que atender niños sanos no era importante; la preocupación estaba centrada en el niño críticamente enfermo dado que toda formación privilegiaba esta área.

Después seguí el largo camino de aprender a acompañar el devenir de un niño sorteando las vallas hasta lograr la evolución completa. Si miro hacia atrás veo niños a muchos que hoy son padres y me traen a sus hijos. Tan mal no estuvo. Pero, ¿cuántas cosas se me habrán escapado en aquéllos que no veo? ¿Cuántas cosas no sabía y fui aprendiendo a fuerza de machacar y corregir errores, tratando de enterarme de todo lo nuevo y bueno que iba apareciendo?

¿Se podrá hacer un resumen mínimo, pero

abarcativo de todas las situaciones con las que debemos estar alertas cotidianamente con cada uno de nuestros pacientes?

Yo creo que no, pero intentemos:

En la consulta prenatal (infrecuente por cierto): La constitución de esa pareja, las expectativas, la marcha del embarazo, la ansiedad ante el resultado de una ecografía u otro examen que siembra dudas. ¿Se requerirá alguna medida antes o en el momento del parto? Alguna anticipación en cuanto a la lactancia y demás cuestiones de puericultura que surjan.

En la consulta con el recién nacido: Será importante disponer de todo el tiempo necesario y seguro siempre quedarán cosas en el tintero. Pero veamos: desde iniciar la historia con ambos padres, hermanos, abuelos, trabajo, vivienda, el embarazo, el parto, el período perinatal; y prestar suma atención a la alimentación, la técnica con el pecho: cómo está la mamá, el dolor, el temor, cómo se prende el bebé, que el pezón, que la areola, que las grietas, que la abuela, la tía o la puericultora dijo tal cosa, y nosotros ahí, viendo lo que pasa, tratando de entender y conducir por el mejor camino, calmando ansiedades, sin ser inflexibles, teniendo en claro que lo mejor es la lactancia natural. Pero que hay madres que no pueden o no quieren continuar con el esfuerzo que les demanda ese primer mes hasta que todo se encarrila y se estabiliza. En ocasiones no alcanza, cuidado con aquéllos que, aunque parezca que están bien y no lloran, igual bajan de peso, pierden masa magra, pueden deshidratarse y hasta ponerse hipoglucémicos. En estos casos puede ser riesgoso no indicar complemento por una actitud principista y también el no efectuar un control cercano. Nadie pone en duda la necesidad de campañas que estimulen la lactancia, pero sí es importante la evaluación y el seguimiento individual sin colocarse en posiciones extremas.

Podemos encontrarnos con padres que no saben

* Miembro titular Sociedad Argentina de Pediatría.
Comité de Pediatría Ambulatoria.

Correspondencia: Francisco Acuña de Figueroa 1035, P.B.
(1180) Buenos Aires.

decodificar el llanto, con bebés que alteran los horarios y no se les encuentra la vuelta; deberemos estar para ordenar el berenjenal, con paciencia, con escucha, viendo la necesidad individual. Sin ponernos la camiseta que nos identifique con un bando conocido: yo soy de la teta a ultranza o del club de la mamadera fácil; que hay otras causas de llanto, que la succión es refleja, calma la ansiedad y no siempre expresa hambre, que nadie nace sabiendo ser padre o madre. Si bien es la responsabilidad más trascendente de la vida, se aprende con el hijo, siendo nuestra función acompañarlos para que pasen del temor por el llanto a la tranquilidad en el cuidado del niño respaldada por la intuición, por la mejor decodificación de sus necesidades, por la paulatina puesta en marcha de rutinas que ordenen y permitan disfrutar del momento más esperado de una pareja: la llegada de un hijo y la instalación de un vínculo apropiado con él.

Luego el examen físico prolijo, cada cual con su técnica para que no se nos escape nada.

Buscamos el reflejo del ojo rojo, cuando el bebé nos lo permita abriendo sus ojos. Los oftalmólogos nos dicen que hay que dilatar y hacer fondo de ojo para descartar cataratas y retinoblastoma, lo cual no es nada fácil. Auscultar el área cardíaca, y encontrar un soplo con el recién nacido llorando, todo un arte. Palpar pulsos femorales, que a veces no los encuentro. Anoto en la ficha, ¿y si después me olvido? Un prolijo examen neurológico, los arcaicos. Verlo todo, que no se nos escape nada, ni un himen imperforado, ni un seno dérmico al que no se le ve el fondo.

Por suerte contamos con algunas pesquisas que nos ayudan, como la de hipotiroidismo y de fenilcetonuria, donde detectando temprano podremos evitar daño aunque ahora ya se está ampliando para otras enfermedades donde la conducta anticipatoria no trae mayores beneficios y sí falsos positivos que sólo generan ansiedad en un momento en que se está instalando la relación.

Esto mismo pienso acerca de la generalización del registro de las otoemisiones acústicas en las maternidades para todos los recién nacidos, en lugar de efectuarlo sólo en el grupo de riesgo (asfixia, hiperbilirrubinemia, etc.). Muy posiblemente por el porcentaje de falsos positivos que tiene este método, va a motivar que muchos niños sanos entren en una maquinaria de estudios y hasta terminen equipados innecesariamente, cuando con la mirada atenta en el seguimiento podemos captar tempranamente a aquéllos que tienen déficit y no entraron en los grupos de riesgo.

Después todas las preguntas, las dudas, los miedos y nuestros mejores consejos, que el ombli-

go, que el baño, que el jabón, que la ropa, que la cola, que los cólicos, que el hipo, que el estornudo, que la tos... y en eso aparece lo de la muerte súbita: entre el boca abajo y el boca arriba, con el costado nadie tiene problemas..., salvo el bebé, que a veces no está cómodo a pesar de las nuevas almohadas que lo quieren fijar en esa posición. Entonces ¿boca arriba?, ¿tendremos que mirarlo todo el tiempo porque si vomita en una de éstas se aspira? La afirmación de que no hubo un incremento de muertes por aspiración desde la campaña por el cambio de posición efectuada en varios países no logra convencerme; va en contra del sentido común y de la realidad que muestra que un niño menor de cuatro meses no rola. Si yo pienso y digo todo esto que va en contra de la nueva moda pediátrica, ¿soy un sacrílego o un atrasado que no conoce las estadísticas en este tema? Estoy de acuerdo con evitar el sobrecalentamiento, con alertar sobre el peligro de mantas ajustadas que impidan al lactante pequeño ejercitar el reflejo de liberación de orificios; muchos parecen haberse olvidado de su existencia, como así también la del tónico cervical asimétrico, pero ambos han permitido sobrevivir a generaciones de niños acostados en decúbito prono. Además, alertar sobre el riesgo del colchón blando, de los moisés con capucha, que impiden la ventilación y obligan al bebé a respirar en una atmósfera sin posibilidades de renovar el aire, con el consiguiente peligro de hipercapnia. Explicar todo esto, pero si ya había miedo, ¿este furor por prevenir la muerte súbita no puede hacer subir el nivel de angustia y desconfianza, en un tiempo en el que hay que apostar a la vida y no a la muerte?

Bueno, desde este momento se inicia el largo camino de afianzar la relación, de estar atentos al crecimiento y desarrollo, pesar, medir, percentilar, que los arcaicos desaparezcan, que los actos voluntarios y las adquisiciones vayan haciendo su aparición, que la motricidad gruesa, que la fina, que la fontanela, que el perímetro cefálico, que la pesquisa sensorial, la alimentación, cómo incorpora semisólidos, que el aprendizaje del acto de comer no sea coercitivo ni con ansiedad para no generar malos hábitos alimentarios futuros, cuidar de no incorporar gluten precoz, que el suplemento con vitamina D, que flúor sí o flúor no, que sulfato ferroso o leche con hierro. Las inmunizaciones y el dilema, porque la vacuna del meningococo fuera de epidemia no sirve, pero todas las otras nuevas sabemos que son excelentes y que muchos no las pueden pagar.

Cuidado, no nos olvidemos de la ecografía o la radiografía de caderas. ¿Sólo a los que vienen en

podálica, gemelos, con antecedentes familiares de displasia y a los que tienen pie bot? Yo ya me llevé varias sorpresas y, a pesar del buen examen, pido el estudio a todos.

Y seguimos, la vuelta al trabajo, la organización familiar, el sueño, el rol del padre, que tratamos que venga a la consulta, pero muchos no pueden por el trabajo, otros que no encuentran su lugar porque no se lo hacen, algunos porque no pueden entrar en la díada. Después, que la guardería, el jardín, los contagios y las interurrencias, estar en cada una de ellas evaluando la frecuencia en cada niño, que los hiperreactivos, los catarrales frecuentes, la otitis y faringitis repetidas; cuando indicamos antibióticos ¿lo hacemos seguros de su necesidad o por la presión de la familia y los días de fiebre? Con el examen físico, el aspecto clínico, nuestro ojo y estando atentos a la evolución ¿podremos diferenciar el niño que padece un cuadro viral del que presenta uno bacteriano? Si damos antibióticos como el agua generaremos a los neumococos tolerantes, pero en las otitis repetidas o en las infecciones urinarias no se puede evitar la profilaxis nocturna. En los cuadros de bronquitis obstructiva recidivante (BOR) que requieren aerosolterapia para la prevención ¿podremos vencer la resistencia familiar que esta medida genera utilizando toda nuestra influencia para asegurar el éxito y la continuidad del tratamiento?

Y nos fijamos en el desarrollo emocional, cómo cumple las pautas de independencia, el destete, el control de esfínteres, la aceptación de límites, la integración social con adultos y pares, la situación y dificultades en la casa, el riesgo de accidentes, la familia, el juego, el grafismo, el aprestamiento para la lecto-escritura, el ingreso escolar y cómo aportar para que el niño se encuentre seguro y contento en la escuela valorándose su producción; si hay dificultades efectuaremos una correcta evaluación de las causas sin caer en el fácil pedido de electroencefalograma ni en la pastillita mágica para el déficit atencional.

El deporte, la recreación, la entrada en la adolescencia, los cambios puberales, los amigos, los peligros, la droga, la violencia, la iniciación sexual, la elección de carrera, la seguridad personal.

De cuánto me olvido: las situaciones confusas, los síntomas emocionales, las enfermedades psicósomáticas que requieren una cintura especial,

los cuadros agudos donde no hay un minuto que perder como invaginación, apendicitis, torsión testicular, atascamiento de ovariocele, meningococemia, etc.

En cada uno de los múltiples problemas que acabo de enumerar tratamos de estar y ser eficientes dado que se juegan cosas importantes para quienes confían en nosotros. Caminamos por la cornisa sabiendo que nos podemos equivocar en cualquier momento.

Ayuda el avance de la medicina con nuevos métodos de diagnóstico, pero también pueden generar confusión y sobrediagnósticos.

Para ser eficientes, deberemos evitar el aislamiento en nuestro consultorio contando con un grupo de pares para discutir nuestras dudas y escuchar otras opiniones. En estas épocas en que está en boga el consenso, que exista el disenso motor de nuevas ideas y posibilidades. Para lograr la actualización en áreas tan diversas es preciso ser creativos encontrando nuevas herramientas que favorezcan la comunicación sin quitar tiempo, que cada vez es más reducido. La era de la informática nos llama de manera imperiosa, no sólo ayudándonos en la búsqueda bibliográfica sino también con la posibilidad de crear redes de afinidad.

Pero hay nubes en el horizonte.

Todo lo que señalé implica una tarea valorizada del pediatra de cabecera, que sólo se puede realizar si se cuenta con el tiempo y la dedicación hacia el paciente, con una remuneración adecuada y sin otras preocupaciones que lo desvíen de su atención.

Sin embargo, ahora se escuchan planes con el mismo rótulo de médico de cabecera bajo la forma de capitación, donde se desvirtúa esta actividad para convertirla en una variable de ajuste que pretende reducir costos médicos resignando calidad, al fomentar la atención a destajo.

En el actual mercado de trabajo, y en esta hora de la globalización, se pretende utilizar la figura del médico de cabecera para fines totalmente antagónicos a los de su verdadera finalidad.

Ya no interesa aquél que entiende su profesión como una de las más nobles que pueda tener el ser humano, esto es, velar para que la generación que viene pueda ser mejor y más sana que la presente, sino aquél que mejor pueda servir a las grandes cifras y al marketing empresario. ■