

Mantenimiento del estado de salud infantil en el siglo XXI: una visión desde las trincheras

Últimamente se han publicado bastantes artículos en *Pediatrics*¹⁻⁸ sobre el tema general de las visitas de puericultura. A riesgo de parecer presuntuoso, me gustaría sumarme al debate en calidad de pediatra privado. Al parecer, muchos de los autores que han tratado en la actualidad sobre los conceptos del mantenimiento de la salud infantil son pediatras conductuales universitarios. Supongo que este enfoque conductual del mantenimiento de la salud es apropiado, pues la “nueva morbilidad” es ahora la única que muchos de nosotros no hemos conocido jamás. Pero cuando todo está dicho y hecho, son los pediatras generales, los médicos de familia y las enfermeras especializadas quienes han de batallar para aportar una asistencia de calidad al niño sano.

En realidad, puedo escribir con una cierta apariencia de autoridad. He permanecido en el ejercicio privado durante cerca de 25 años y tengo el honor de pertenecer al Bright Futures’ Users Panel. Siempre me ha interesado el mantenimiento de la salud infantil y el mejor medio de lograrlo. Tal y como yo lo veo, hay cuatro cosas que llevar a cabo. Hemos de emplear el tiempo suficiente en la visita para que ésta sea completa. Debemos hacerlo además en el período de tiempo asignado, para no tener a otras familias esperando. Sin embargo, hemos de visitar a un número suficiente de pacientes para ser productivos (pagar las facturas y tener un margen de beneficio). Finalmente, deseamos trabajar a un ritmo confortable, de modo que podamos permanecer en calma y agradablemente durante toda la visita. Resulta muy factible lograr tres de estos objetivos a expensas del cuarto, pero alcanzar los cuatro puede ser problemático.

De este modo, cualquier sugerencia que se haga en pro del mantenimiento de la salud infantil en el mejor de los casos se convierte en un problema, y en el peor, en una intromisión. La cantidad de posibles temas a cubrir en la guía anticipada es amedrentadora. En una ocasión comenté a otro miembro del Bright Futures Panel que yo utilizo hojas con la guía anticipada, para que las familias las adhieran a la puerta de la nevera y las consulten a menudo. La contestación fue: es una gran idea; ¡probablemente las hojas han de ser tan grandes como la nevera! A menudo en cada artículo de pediatría se incluye la recomendación del autor para que comentemos o investiguemos su tema favorito en las visitas de puericultura.

Al mismo tiempo, todos sabemos la cantidad de información contradictoria y de mensajes que las familias reciben de los vecinos, parientes, charlas televisivas y, actualmente, de internet. En los programas de entrevistas en televisión pueden tratar durante una hora de temas que nosotros sólo tenemos unos pocos minutos para comentar; las conversaciones de sobremesa pueden durar

incluso más (hemos recibido llamadas telefónicas el lunes por la mañana preguntando sobre el comienzo de las pastillas de cereales a niños de 2 meses, después de la reunión familiar del fin de semana).

No pretendo tener respuestas profundas a estos problemas comunes y frustrantes. Pero permítanme plantear algunas sugerencias.

RECUERDE QUE SOMOS MÁS PROFESORES QUE CURANDEROS

Como médicos, tenemos la idea que somos “curanderos”, es decir, que prestamos asistencia médica y tratamiento. Sin embargo, raras veces “curamos” algo. Quizá nuestros colegas cirujanos sí lo hacen. Los científicos médicos que crean medicamentos, también. Claramente la madre naturaleza suele ser la verdadera curandera. Pero nosotros, como máximo, somos profesores.

Y sin embargo, el papel del profesor es extremadamente importante. Luchamos para enseñar a los padres primerizos a cuidar a sus hijos. Instruimos a las familias sobre el modo de “criarlos” para que sean sanos, felices y miembros valiosos de la sociedad. Y podemos asesorar a nuestros pacientes y enseñarles unos hábitos sanos para que los conserven a lo largo de su vida. El mantenimiento de la salud en general, y la puericultura en particular, son sobre todo sendas oportunidades para la educación.

Existen dos tipos principales de educación que proporcionan típicamente los pediatras clínicos. El primero es la guía anticipada, en la que se prevé una situación en la que pronto se encontrará el progenitor o el niño, y se intenta que esté preparado para afrontarla. De hecho, debe haber un cierto consuelo cuando los padres afirman que “nuestro pediatra dijo que habría días como éste”.

El segundo modo de enseñar es mediante el uso de los “momentos de docencia”. Surgen situaciones que colocan a las familias en una situación vulnerable, abiertas a nuestros consejos y guía. Acuden a nosotros, por lo tanto, con preguntas y problemas, y nuestra tarea es tratar de contestar a las preguntas y proporcionar una guía para resolver los problemas. Si no siempre podemos solucionarlos, al menos podemos remitir la familia a un especialista, un libro de referencia, una página web o un recurso de la comunidad para conseguirlo.

SIN EMBARGO, RECUERDE TAMBIÉN QUE LA CONCISIÓN ES A MENUDO MEJOR QUE LA ABUNDANCIA

Con frecuencia nos vemos tentados a prodigar una cantidad excesiva de enseñanzas. Existen demasiados te-

mas de guía anticipada para que podamos tener la ilusión de cubrirlos todos. Las personas no pueden digerir demasiada información. En la National Survey of Early Childhood Health se halló que, aunque las visitas de puericultura prolongadas se acompañaban de un mayor grado de satisfacción de los padres, la información recogida disminuía en realidad cuando la visita superaba los 20 minutos⁴. Un estudio reciente mostró que el recuerdo de los padres sobre la guía anticipada disminuye cuando se cubren demasiados temas⁹. En otro estudio se observó que muchos padres se sienten incluso molestos si el pediatra formula preguntas y ofrece consejos “fuera del campo de la asistencia médica habitual”¹⁰. Y, naturalmente, nosotros podemos acudir a una conferencia médica extensa y quedar satisfechos si nos traemos tan sólo dos o tres “perlas”. Realmente, el impacto de nuestras enseñanzas puede aumentar si limitamos la cuantía de éstas.

Sin embargo, también surgen los momentos propicios para la enseñanza. Y debemos asumir, naturalmente, que los problemas urgentes son prioritarios en esos momentos para el paciente y la familia. Pero también podemos proporcionar información por escrito sobre estos temas. Si a menudo repetimos la misma cosa, podemos darla por escrito en forma de folleto. También sabemos que hay ahora numerosos folletos y libros que tratan de estos temas. La propia American Academy of Pediatrics (AAP) nos aporta ciertamente una buena cantidad de estas “herramientas”.

De hecho, a menudo lo mejor que podemos hacer es comunicar a la familia dónde pueden buscar para obtener más información. Naturalmente, en el siglo actual podemos y debemos ayudar a las familias a revisar la información que ofrece internet. Una de las guías anticipadas más útiles que podemos dar consiste en informar a los futuros padres sobre los libros de cuidados del lactante auspiciados por la AAP y sobre los *Touchpoints*¹¹ de Brazelton, mientras que los padres de niños de 3 años deben conocer los *Touchpoints 3 to 6*¹². A los padres de niños de 5 años se les informará sobre *Your child from five to twelve*¹³, de la AAP. Al llegar a los 12 años, los padres encuentran información en *Caring for your teenager*¹⁴, también de la AAP. Otras muchas obras son apropiadas para las recomendaciones a diversas edades; a las familias que no son aficionadas a leer libros enteros, se les puede dar información relevante en folletos. Aunque no se ocupe mucho tiempo en tratar de diversos temas, sí se puede ayudar a las familias a que hallen la información que necesitan.

NO DUDE EN ESTRUCTURAR LA VISITA

Aunque creo de primordial importancia contestar a las preguntas de las familias y abordar sus motivos de preocupación, ello no significa que les cedamos totalmente la iniciativa. Encuentro útil establecer un patrón de preguntas generales que cubra las cuestiones que suscitan habitualmente preocupación. Naturalmente, yo hago preguntas sobre la salud del niño, tanto actual como desde la última visita de puericultura. A continuación pregunto sobre los problemas de nutrición y alimentarios cualquiera que sea la edad del niño, desde el recién nacido hasta la edad universitaria. Pregunto también sobre problemas del sueño. Las preguntas sobre el desarrollo comienzan cerca de los 4 meses y tratan so-

bre la buena disposición hacia la escuela a los 5 años y los problemas escolares a partir de los 6. Los problemas conductuales y de disciplina se investigan a partir de los 2 años. Las preguntas sobre deportes y forma física se inician a los 6 años. Considero que este enfoque “holístico” de la vida del niño cubre la gran mayoría de problemas de los padres. Mi pregunta habitual sobre la existencia de otros problemas recibe habitualmente la respuesta: “No doctor, con eso queda todo contestado”.

UNA DETERMINADA DURACIÓN NO SIEMPRE ES LA ÓPTIMA

Al pensar sobre cuál es la duración “ideal” para las visitas de puericultura, nos damos cuenta de que no todas las familias requieren el mismo tiempo. Naturalmente, los padres primerizos pueden requerir mucho más tiempo que las familias que ya tienen otros hijos. Ello no significa, sin embargo, que los padres con experiencia no se beneficien de nuestras enseñanzas y guía. Los deportistas profesionales, incluso los más avezados, tienen también entrenadores. Sin embargo, es razonable programar más tiempo para un primer hijo.

Sin embargo, para ser sinceros con nosotros mismos, hemos de admitir que algunas familias se hallan simplemente más “necesitadas”. Hay ciertos progenitores que nos ocupan una parte desproporcionadamente mayor de tiempo con sus preguntas y temores. Naturalmente, en algunas situaciones ello constituye una necesidad muy justificada: un niño afecto de un proceso crónico requerirá más tiempo, como es lógico. Con o sin justificación, haremos bien en programar más tiempo para ciertas familias, pues sabemos que igualmente se lo vamos a conceder.

De todos modos, no hemos de sentirnos obligados a afrontar cualquier problema complejo dentro de los límites de una visita de puericultura. No hemos de dudar nunca en decir a la familia: “Están Vds. al parecer muy preocupados por la conducta del niño, y temo que no podríamos estudiar el problema a fondo en la visita de hoy. Concertaremos otra cita para poder dedicarle todo el tiempo necesario”.

HAGAMOS HINCAPIÉ EN EL HOGAR MÉDICO, NO EN EL MÉDICO QUE EJERCE SOLO

En la encuesta National Survey of Early Childhood Health, el 98% de los padres manifestó que acudía con regularidad a las visitas de puericultura, pero sólo el 46% indicó que era siempre el mismo médico quien los atendía³. Y en un comentario que acompañaba al artículo “Mamá, ¿quién es mi médico?”, por Alpert et al, se criticaban duramente estas cifras y se argumentaba que todo niño debe tener un médico a quien considerar como suyo¹⁵. Sin embargo, tal y como puede atestiguar cualquiera de nosotros que haya ejercido solo, en pocas cosas hay tanta escasez en pediatría como en ser el único médico que visita a un niño. La asistencia médica parece reforzarse al haber más de un par de ojos que exploran al paciente en distintas ocasiones. De hecho, tanto mis asociados como yo mismo, todos tenemos nuestros especiales puntos fuertes, que aplicamos en las diferentes visitas a los pacientes, puntos que estamos más inclinados a subrayar o anomalías que somos más propensos a buscar.

Y las enfermeras especializadas añaden una nueva y excelente dimensión a nuestro trabajo.

Podemos y debemos subrayar la importancia del “hogar médico”. Pero los distintos médicos brindan sus diferentes puntos de vista, mientras que las enfermeras y recepcionistas ofrecen sus propias observaciones y contribuciones. Después de todo, somos un equipo. Si “se necesita a todo un pueblo para educar a un niño” (proverbio africano), quizá se necesita a todo el equipo de un consultorio para proporcionar al niño una asistencia médica óptima.

NO AGUARDEMOS LAS PRUEBAS, CREÉMOSLAS

No hay duda, estamos ejerciendo en la época de la “medicina basada en la evidencia”. Por lo tanto, nos vemos presionados para subrayar sólo aquellos aspectos de la promoción de la salud que han sido bien estudiados y demostrados. Sin embargo, yo tengo la teoría de que la medicina basada en la evidencia es una actividad del cerebro izquierdo, mientras que el mantenimiento de la salud lo es del cerebro derecho. Al hablar con una familia sobre un tema que muy probablemente ya han tratado con otros familiares, amigos y vecinos, es de esperar que la contribución que aportamos se base en nuestra formación y experiencia profesional, que esas otras opiniones no pueden ofrecer. Si limitamos nuestra voz a dar sólo consejos que hayan sido demostrados irrefutablemente en la literatura médica, estaremos restringiendo nuestra influencia de un modo considerable.

Ello no significa que la evidencia no sea importante. Es un área realmente fértil para que los médicos privados y los académicos investiguemos conjuntamente: unos con las pruebas sofisticadas, nosotros con el volumen estadístico. Mientras tanto, sin embargo, podemos aportar nuestra “propia experiencia y sentido común”.

RECUERDE LA PREGUNTA MÁS IMPORTANTE

A medida que los pediatras conductuales se han ido involucrando más en elaborar teorías sobre el mantenimiento de la salud infantil, nos han enseñado el modo más idóneo de plantear preguntas orientativas y flexibles. Sin embargo, tiene un especial interés el resultado de la encuesta NSECH: el 91,5% de las familias que pudo formular todas sus preguntas expresó su satisfacción por la duración de la visita de puericultura, frente a sólo el 33,6% de quienes no pudieron formularlas en su totalidad⁴.

Ciertamente, no todos los padres primerizos saben cuáles son las preguntas que deben plantear. Los “folletos de sugerencias” con posibles preguntas, entregados antes de una visita, pueden ser útiles para estos padres. Las sesiones en grupo, como en nuestros grupos de apoyo de nuevos padres, permiten a los participantes escuchar las preguntas de los demás. Las encuestas efectuadas a padres con hijos pequeños revelan temas que posteriormente hubieran deseado tratar^{2,16,17}. En realidad, habría sido incluso más aconsejable haber encuestado a padres de adolescentes mayores y adultos jóvenes sobre aquellos temas que hubieran deseado tratar a lo largo de los años. Y, naturalmente, la idea que subyace a la guía anticipada es la de responder a las preguntas incluso antes de que se planteen.

Sin embargo, al parecer, la pregunta más importante que podemos hacer no es “¿qué hace habitualmente el niño?” o “¿qué hace bien la niña?”, sino “¿con eso quedan contestadas todas sus preguntas y todo lo que deseaban saber hoy?”.

La verdad es que somos muy afortunados por prestar asistencia de puericultura a nuestros pacientes pediátricos durante un período prolongado de tiempo. Lawrence F. Nazarian, MD, se refiere a ello como “nuestro raro y especial privilegio”¹⁸. ¡Pocas tareas pueden ser tan divertidas! Y es una lección de humildad darse cuenta de que estamos orientando a algunos de nuestros pacientes hacia una vida sana y productiva en el siglo XXII.

BRUCE BEDINGFIELD, DO, FAAP
Ejercicio privado, Hoffman Estates, Illinois, Estados Unidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blumberg SJ, Halfon N, Olson LM. The national survey of early childhood health. *Pediatrics*. 2004;113(6 suppl):1899-906.
2. Olson LM, Inkelas M, Halfon N, Schuster MA, O'Connor KG, Misty R. Overview of the content of health supervision for young children: reports from parents and pediatricians. *Pediatrics*. 2004;113(6 suppl):1907-16.
3. Inkelas M, Schuster MA, Olsen LM, Park CH, Halfon N. Continuity of primary care in early childhood. *Pediatrics*. 2004;113(6 suppl):1917-25.
4. Halfon N, Inkelas M, Misty R, Olson LM. Satisfaction with health care for young children. *Pediatrics*. 2004;113(6 suppl):1965-72.
5. Bethell C, Reuland CH, Halfon N, Schor EL. Measuring the quality of preventative services for young children: national estimates and patterns of clinicians' performance. *Pediatrics*. 2004;113(6 suppl):1973-83.
6. Schor EL. Rethinking well-child care. *Pediatrics*. 2004;114:210-6.
7. Moyer VA, Butler M. Gaps in the evidence for well-child care: a challenge to our profession. *Pediatrics*. 2004;114:1511-9.
8. Randolph G, Fried B, Loeding MS, Margolis P, Lannon C. Organizational characteristics and preventative service delivery in pediatric practices: a peek inside the “black box” of private practices caring for children. *Pediatrics*. 2005;115:1704-11.
9. Barkin SL, Scheindlin B, Brown C, Ip E, Wasserman RC. Anticipatory guidance topics: are more better? *Ambul Pediatr*. 2005;5:372-6.
10. Sege RD, Hatmaker-Flanigan E, DeVos E, Levin-Goodman R, Spivak H. Anticipatory guidance and violence prevention: results from family and pediatrician focus groups. *Pediatrics*. 2006;117:455-63.
11. Brazelton TB. Touchpoints: your child's emotional and behavioral development, birth to 3 – The essential reference for the early years. Reading, MA: Addison-Wesley; 1992.
12. Brazelton TB, Sparrow JD. Touchpoints 3 to 6. Cambridge, MA: Perseus Publishing; 2001.
13. American Academy of Pediatrics. Your child from five to twelve. New York, NY: Bantam; 1995.
14. American Academy of Pediatrics. Caring for your teenager. New York, NY: Bantam; 2003.
15. Alpert JJ, Zuckerman PM, Zuckerman B. Mommy, who is my doctor? *Pediatrics*. 2004;113(6 suppl):1985-7.
16. Young KT, Davis K, Schoen C, Parker S. Listening to parents: a national survey of parents with young children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998;152:255-62.
17. Kogan MD, Schuster MA, Yu SM, et al. Routine assessment of family and community health risks: parent views and what they receive [revisión en *Pediatrics*. 2005;116:802]. *Pediatrics*. 2004;113(6 suppl):1934-43.
18. Nazarian LF. A rare and special privilege. *Pediatr Rev*. 1992;13:123-4.