

La infancia como responsabilidad del médico de cabecera

M. Seguí

Médico de Familia. Médico Titular de APS (UBS). Es Castell. Centro de Salud de Dalt. Sant Joan de Mahó. Menorca.

Hace algunos meses se me encargó escribir sobre la “revisión del niño sano” y dirigir el tema a los médicos de cabecera. Se me pidió a mí, sin ser pediatra, y por este motivo, al mismo tiempo que me llenaba de satisfacción, me producía una cierta preocupación. La satisfacción no estaba relacionada en absoluto con ser yo quien lo llevara a cabo, sino con el hecho de que este tema, tan importante para nosotros, lo desarrollara un médico general, y no, como es habitual, un pediatra. Mi preocupación estaba fundada en la responsabilidad que tenía de intentar revisar una materia que me producía unos ciertos sentimientos encontrados, unos conflictos internos, por el hecho de actualizar un tema de gran calado, evitando conceptos ya desfasados, y avalar, mediante los datos disponibles, una cuestión que muchos de nosotros no tenemos enteramente resuelta, y detrás de la cual existen gran cantidad de intereses tanto políticos como corporativos. Digo esto porque me supuso un esfuerzo justificar gran cantidad de actuaciones preventivas que se hacen rutinariamente en el lactante/niño/adolescente sin un criterio científico verdaderamente contrastado. De ahí que intentara clasificar por orden de evidencia científica las actuaciones de cribado en la infancia, para que así cada médico de cabecera supiera distinguir lo verdaderamente importante de lo que rutinariamente se hace sin una base científica. Con todo, no dejo de pensar que no lo haya conseguido completamente.

Al margen de esto, el hecho de incluir en este número la atención al niño, que a algunos les extrañará, les parecerá pretenciosa o incluso anacrónica, pues es el campo de actuación de los pediatras en nuestro país desde hace algún tiempo, se debe al hecho de sensibilizar al médico general/de familia español de que los niños son parte de nuestra competencia. Para insistir en que, aunque administrativamente se nos impida atender a toda la familia, ésta es una situación particular y anómala de nuestro país que puede y debe cambiar. La atención familiar incluye desde los cuidados anticipatorios (prevención y promoción de la salud) antes de la concepción y en la gestación, hasta la asistencia al niño desde el nacimiento, enmarcándolo dentro su estructura familiar y social.

Es por ello que no podamos dejar de pensar que la situación asistencial de la atención primaria en nuestro país

sea esperpéntica al dividir a los componentes de la familia por estratos de edad y, a partir de esto, fomentar que existan dos tipos de médicos de cabecera (pediatra/médico general/familia), rompiéndose la longitudinalidad en la atención al individuo y conduciendo a que la medicina familiar no sea más que pura entelequia. Es por esto que de la misma manera que en países tan próximos al nuestro, como Holanda, Dinamarca, Portugal, o Inglaterra, entre otros, la actuación del médico de cabecera empieza con el nacimiento, la SEMERGEN piense que sea importante reivindicar una actividad que ha sido, y es todavía, propia del médico del primer nivel en nuestro país.

Hoy por hoy, y tal vez sea por ello que esta iniciativa surja de esta sociedad científica, los únicos médicos de cabecera que todavía atienden a niños son aquellos que se encuentran ubicados en el ambiente rural, en aquellos lugares donde no quieren ejercer nuestros especialistas. Y es justamente desde estos lugares desde donde se alzan voces reclamando el mantenimiento de una práctica ancestral que es definitoria de nuestra función como médicos de cabecera. Una práctica que (dejando de lado intereses y corporativismos), estamos convencidos, de generalizarse permitiría mejorar la salud infantil y, a la postre, la eficacia y la eficiencia de nuestro sistema nacional de salud.

La implicación del médico de cabecera en la atención de la infancia, aunque se nos quiera hacer ver lo contrario, permite mejorar la salud del niño, al poder aplicarle en nuestra actuación la información que sobre los progenitores y su entorno tenemos: conocimientos sobre el ambiente familiar, prácticas de riesgo (alcoholismo, toxicomanías, etc.), personalidad y antecedentes psicopatológicos. Estos últimos especialmente necesarios para poder detectar y tratar gran cantidad de patologías inducidas que el niño padece (maltrato, abusos sexuales, desnutrición, detección del crecimiento, etc.); información sobre sus enfermedades (infecciosas, malformativas, etc.). Todo esto permite practicar actuaciones anticipatorias. Hasta información sobre el barrio, la escuela y la salubridad de la vivienda, que, junto con los servicios sociales, permiten modificar el entorno. También podemos evitar que el niño sea sometido a una visión excesivamente hospitalaria, donde la “revisión del niño sano” se convierta en fuente de preocupación para los padres por las innecesarias y dudosas, en muchos casos, intervenciones preventivas, y donde patologías banales son magnificadas al enfocarlas bajo una visión excesivamente especializada.

SEMERGEN: 2000; 26: 178-179.

A partir de aquí, estamos convencidos de que nuestra implicación mejora la eficacia y eficiencia de la empresa sanitaria, al aumentar nuestro poder resolutorio, y permite acrecentar los resultados de los esfuerzos preventivos y asistenciales aplicados, al admitir en una misma actuación sanitaria abordar todo el conjunto de la familia. Y es que además de disminuir con ello el número de actuaciones sanitarias, aumentamos, por otro lado, y como efecto colateral, la credibilidad de la familia en aquellos médicos generalistas de urgencias y punto de atención continuada que han de atender a sus hijos, evitando la desconfianza, y con ello la duplicación de asistencias, la medicina defensiva, la sobremedicación y la hospitalización innecesaria y evitable tan frecuente en este estrato de edad. En fin, que disminuimos la dependencia del pediatra, y con ello la sobreintervención, mejorando la salud infantil y el coste sanitario. Y es que, no en vano, hemos llegado a un punto en que, como se señaló en el encuentro que sobre la situación de la puericultura en Europa hicieron las escasas y testimoniales escuelas de puericultura que aún quedan en nuestro país (Escola d'Estiu de Salut Pública del Llatzeret de Mahón [20-24 de septiembre de 1999]),

se ha llegado a confundir a la puericultura con la pediatría y al niño sano con el niño enfermo.

Para finalizar, sólo cabe decir que comprendemos que al médico de cabecera proveniente de los ambulatorios o de los recientes centros de salud, o incluso al médico de familia vía MIR, se le haga cuesta arriba asumir la asistencia de nuestros más pequeños, habida cuenta de que ésta se ha convertido en labor de los pediatras en nuestro medio, y por esto no están acostumbrados. Que experimenten miedos a no ser competentes, sobre todo en lo que respecta a la fase de lactante. Sin embargo, como en todas aquellas competencias perdidas después de años de burocratización de nuestra labor asistencial, y que ahora lentamente, y no sin problemas, intentamos recuperar, todo se debe exclusivamente a un problema de formación y de práctica. La formación se adquiere (escuelas de puericultura, incremento de la rotación dedicada a pediatría en el MIR, formación continuada, etc.) y la práctica, por su parte, que es lo que nos hará ser verdaderamente competentes, se consigue con la experiencia que nos da nuestra actitud positiva para asumir a toda la familia al completo, evitando las diferencias de edad.