



Rafael López García:  
rafa\_lopez\_garcia@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

El porqué de mi entusiasmo por la Atención Primaria (AP) es quizá porque supone una atención integral al paciente, al mismo tiempo que te hace partícipe de su crecimiento y desarrollo, ya que permite una continuidad tanto en el niño “sano” como en aquél que presenta alguna patología y es posible seguir el rumbo de los niños de “tu cupo”, conociendo sus características personales y familiares. Se genera más confianza en la relación médico-paciente y una mayor implicación de ambos.

El pediatra del centro de salud suele ser el primer filtro ante cualquier enfermedad, lo que suscita en él un sentimiento de utilidad y responsabilidad. Es, por otro lado, un “educador de padres”, tratando de inculcarles hábitos y procedimientos que repercutan favorablemente en la salud de sus hijos. Se crea un cierto vínculo con familiares y cuidadores que favorece el aprendizaje mutuo.

Para mí es muy gratificante trabajar con niños; solo ellos tienen la capacidad de lanzar frases y reflexiones que, a menudo, nos sorprenden, nos dejan pensando y en otros casos, nos hacen sonreír y hasta reírnos de nosotros mismos. Todos los días te ríes y, por supuesto, aprendes algo nuevo.

La AP es como una gran ensalada variada y muy rica, que cada día trae distintos ingredientes. Aunque los elementos de la base sean comunes, las posibilidades de innovación son numerosas.

# Mesa redonda

## El residente de Pediatría: entusiasmo por la Atención Primaria

R. López García

Servicio de Pediatría. Hospital Materno-Infantil de Málaga. Málaga. España.

Los pediatras de AP deben sentirse orgullosos de la labor que realizan cada día, siendo conscientes del papel tan relevante que ocupan en nuestra sociedad y del enorme bien que hacen a millones de familias que les confían a su bien más preciado, sus hijos.

### EL RESIDENTE DE PEDIATRÍA: ENTUSIASMO POR LA ATENCIÓN PRIMARIA

Comienzo este escrito con unas breves líneas a modo de presentación. Soy un residente de Pediatría de cuarto año del Hospital Materno-Infantil de Málaga que tuve la suerte de asistir al primer Curso Práctico de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) para residentes de Pediatría y a la séptima Reunión Anual de la AEPap en Guadalajara. En ellos, de forma espontánea, manifesté mi interés sobre la AP a algunos asistentes con los que tuve la oportunidad de tratar. Recientemente, me han propuesto expresarlo de un modo más riguroso mediante estas páginas, bajo el título “El residente de Pediatría: entusiasmo por la Atención Primaria”.

Voy a estructurar mi exposición en dos grandes bloques. El primer bloque está dedicado a comentar mis motivaciones personales, gustos, valoraciones... todo ello bajo un enfoque completamente subjetivo. Por otro lado, en el segundo bloque incluyó mi proceso formativo a lo largo de la residencia en relación con la AP.

Como a todo estudiante que termina el bachillerato, se abrieron ante mí un abanico de posibilidades con cada una de las diferentes carreras universitarias. Realmente, durante mi infancia, no sentí vocación de médico puesto que, entre otras razones, no tenía ningún referente familiar que se dedicara a la Medicina. Sin embargo, llegado el momento de elegir a qué quería dedicar el resto de mi vida, me decanté por esta disciplina que consideraba que era la carrera más humana y que, además, requería un gran nivel de autoexigencia.

De nuevo, una vez finalizados mis estudios universitarios, otro abanico surgía ahora con las distintas especialidades médicas. En esta ocasión, me resultó más fácil. La Pediatría era, sin duda, la rama que me parecía más enriquecedora tanto a nivel personal como profesional, pues trata pacientes que aún siendo tan “pequeños”, al mismo tiempo son tan “grandes”. Sabía a quién quería parecerme; quería ser un pediatra.

Los niños son como el amanecer de cada nuevo día, lleno de esperanzas y alegrías. Es difícil no sentir su dolor y disfrutar su sonrisa. También es curioso el modo en que nos transmiten su mundo de felicidad, tal y como explicaba J. D. Salinger, a través de la perspectiva del protagonista, en su libro *El guardián entre el centeno*<sup>1</sup>. En su opinión, el centeno es el lugar donde juegan los niños (un mundo de felicidad plena y absoluta) pero cerca de él hay un precipicio (la adolescencia) que conduce al abismo de la edad adulta (un mundo hipócrita, feo y malvado). Él deseaba ser un guardián entre el centeno para evitar que los niños cayesen por ese precipicio y llegaran a ser adultos.

En esta línea, cabe citar algunas notas sobre la definición de Pediatría que se incluyen en el *Libro Blanco de las Especialidades Pediátricas*, publicado el año pasado:

“Contrariamente a lo que sucede con otras especialidades, la Pediatría y sus Áreas Específicas no son una especialidad que se refiera al estudio de las enfermedades de un órgano o sistema, o de una sola enfermedad o grupo de enfermedades, sino que estudian al niño en su conjunto de una

forma holística e integral. Su origen partió de la necesidad, a la vez científica y práctica, de conocer la medicina de un ser cuyas características y reacciones en todos los aspectos son muy distintas a las del adulto [...].

Se trata de una disciplina vertical, total y completa de una edad evolutiva de la vida, de un ser en permanente cambio (crecimiento, desarrollo, maduración) en interdependencia con el medio donde se desarrolla (familiar, escolar y social). Su homologación en todo caso sería con la Medicina Interna, en tanto que cabría definir la Pediatría como la ‘Medicina Interna del niño y del adolescente’.

La diferencia fundamental con las especialidades médicas de órgano/aparato es el sujeto de su estudio, y no, o no tanto, la de las enfermedades que le afectan: dicho de otro modo, la Pediatría engloba todas las especialidades médicas, pero referidas al ámbito pediátrico”<sup>2</sup>.

Nuevamente, a lo largo de mi residencia, aparece la necesidad de elegir. Tras desarrollar tres años de rotación común al resto de mis compañeros en el Hospital Materno Infantil de Málaga, ha sido en el cuarto año cuando he podido profundizar en los contenidos que más se adecuaban a mis necesidades personales. A medida que iba conociendo las diferentes áreas específicas, era más consciente del interés que despertaba en mí la AP.

El porqué de mi entusiasmo por la AP es quizás porque supone una atención integral al paciente, al mismo tiempo que te hace partícipe de su crecimiento y desarrollo, ya que permite una continuidad tanto en el niño “sano” como en aquél que presenta alguna patología y es posible seguir el rumbo de los niños de “tu cupo”, conociendo sus características personales y familiares. Se genera más confianza en la relación médico-paciente y una mayor implicación de ambos.

El pediatra del centro de salud suele ser el primer filtro ante cualquier enfermedad, lo que suscita en él un sentimiento de utilidad y responsabilidad. Es, por otro lado, un “educador de padres”, tratando de inculcarles hábitos y procedimientos que repercutan favorablemente en la salud de sus hijos. Se

crea un cierto vínculo con familiares y cuidadores que favorece el aprendizaje mutuo.

Para mí es muy gratificante trabajar con niños; solo ellos tienen la capacidad de lanzar frases y reflexiones que, a menudo, nos sorprenden, nos dejan pensando y en otros casos, nos hacen sonreír y hasta reírnos de nosotros mismos. Todos los días te ríes y, por supuesto, aprendes algo nuevo.

Me alegra saber que, según estudios realizados, la AP seguirá siendo esencial en el futuro. Dichos estudios concluyen en que los países que disponen de una AP potente, consiguen mejores niveles de salud, mayor satisfacción de la población con sus sistemas sanitarios y menores costes del conjunto de los servicios<sup>3</sup>. Además, los ciudadanos valoran positivamente la continuidad de la atención por los mismos profesionales, el nivel de confianza que se puede llegar a alcanzar, los programas de atención y el nivel técnico. Es una profesión que exige esfuerzo, dedicación, estudio permanente, paciencia, dosis importantes de altruismo, voluntad de servicio, generosidad, honestidad, flexibilidad, sensillez y capacidad de aceptar los errores. En resumen, demanda de vocación que a su vez resulta gratificante<sup>4</sup>.

Por otro lado, el *Libro de las Especialidades Pediátricas*, antes mencionado, va más allá, dejando entrever que en la AP deben ser pediatras los que atiendan a los niños, puesto que poseen una formación específica para ello. Según señalan sus autores, si comparamos los programas formativos, es posible constatar que la educación del pediatra está dirigida de forma exclusiva al niño y a su entorno, lo que la hace muy superior a la de otros profesionales en lo que se refiere a la atención al niño, desde un punto de vista tanto cualitativo como cuantitativo. Dicha formación adapta los contenidos a las peculiaridades del niño en cuanto a sus características antropológicas, biológicas, anatomofuncionales, psicológicas, adaptativas y asistenciales, que requieren especiales procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y reinserción familiar, escolar y social.

Los objetivos generales de su formación están orientados a capacitarlos para atender problemas

clínicos, prepararlos para promocionar la salud en la población infantil y para trabajar como integrante y/o como coordinador de equipos multidisciplinares de salud. Esta formación habilita y obliga al pediatra a realizar, en su trabajo de AP, funciones sanitarias de atención al niño de carácter asistencial, preventivo, socioeconómico-comunitario y formativo, docente e investigador.

Son varios los estudios que ponen de manifiesto las ventajas cuantificables del modelo de atención integral al niño por parte de pediatras, en comparación con el modelo de atención al niño por médicos de familia/médicos generalistas, basándose en la evidencia científica disponible hasta el momento. Afirman que es necesario mantener el papel de los pediatras en la AP y reforzar sus labores específicas en el primer nivel de contacto del niño con el sistema de salud, puesto que los pediatras realizan mejor que los médicos de familia la mayoría de las labores asistenciales esenciales para el mantenimiento de la salud infantil en AP.

Esta idea está siendo percibida en países como el Reino Unido, que siendo un ejemplo paradigmático de la atención al niño por parte de médicos de familia, está comenzando a reconocer que su modelo presenta graves carencias. Un estudio publicado recientemente expone que, en términos comparativos, la mortalidad infantil en el Reino Unido es más alta que en otros países europeos y que “con una adecuada atención en el primer nivel asistencial (AP), las muertes por enfermedades como neumonía, enfermedad meningocócica y asma se podrían haber evitado”.

Otro aspecto de la AP que despierta mi interés es cómo se establecen las relaciones laborales con compañeros, es decir, el tipo de organigrama que presenta. Se trata de un organigrama plano, con pocos escalones de mando y estructura ágil, la cual hace posible tomar decisiones lo más cerca posible del paciente. En contraposición con la estructura jerárquica de la atención hospitalaria, en la que se establecen muchos niveles intermedios y rige el principio unidad de dirección, en la AP existe una cierta descentralización y autonomía de gestión.

Curiosamente, en Internet encontré por casualidad un blog llamado “Atenciónprimaria” (<http://atencionprimaria.wordpress.com/>) del que me llamó la “atención” un comentario de hace publicado hace dos años y que cito textualmente:

“Seguro que esto, la relación entre iguales, es lo que ha hecho crecer a asociaciones como la AEPap, que cumple ahora diez años. Todos (casi 3000 afiliados actualmente) somos pediatras de primaria y... punto pelota. No hay relaciones jerárquicas entre nosotros. La importancia de cada uno depende exclusivamente del reconocimiento que los otros pares le otorguen, no de posiciones en estructuras de poder. De verdad que da gusto estar dentro de este ambiente y una muestra ha sido el reciente 7.º curso de esa la asociación pediátrica, celebrado en Madrid. Como es norma, no hubo stands, ni representantes de la industria, ni “pichigüilis”, solo profesionales interesados en aprender y comunicarse. Todo un ejemplo a seguir en estos tiempos”. Efectivamente, tras mi paso por la Reunión anual de la AEPap, me parece muy interesante el trabajo en un centro con organigrama plano y en el que haya gran cercanía con los distintos representantes. Quiero destacar que me sorprendió la amplia red de pediatras que, repartidos por toda España, desempeñan su profesión con tanto ánimo y entusiasmo, conservando la fe y la ilusión en el día a día, y siempre teniendo en mente próximos cursos, actividades, congresos... Podríamos decir que “no se aburren”. En este ambiente sano y activo, es bonito ser pediatra de cabecera, de a pie.

Como mencionaba en la introducción, dedico este segundo bloque a explicar cuál ha sido mi relación con la AP a lo largo de la residencia.

Durante mis primeros años en el hospital, la AP pasaba prácticamente desapercibida. Eso sí, me parecía extraño que la duración de la rotación por AP fuese tan corta en relación a la gran proporción de residentes de Pediatría que posteriormente acaban trabajando en un centro de salud.

Desde fuera y para algunos (menos mal que no para la mayoría), esta sección parece monótona, aburrida e, incluso, hablan de ella con un cierto

matiz despectivo. No obstante, la visión, tal y como ocurría en la alegoría de la caverna de Platón<sup>5</sup>, está sesgada y manipulada. Hay que salir y ver la luz por uno mismo, no hacer caso a lo que nos dicen; abrir la mente y vislumbrar con nuestros propios ojos otro mundo distinto.

En mi rotación por AP elegí la tutorización de la doctora Juana María Ledesma Albarrán (May), que es integrante del Grupo de Docencia MIR de la AEPap. El primer día me detalló en qué iba a consistir la rotación y me entregó la *Guía abreviada para la rotación del residente por Atención Primaria 2010*<sup>6</sup>, animándome a que analizara los conocimientos previos que con los que iniciaba mi rotación para compararlos con los adquiridos al finalizarla.

Los apartados que debía valorar se dividían en cinco grandes áreas: competencias esenciales, competencias en relación con la atención a la población infantil, competencias en relación con la atención a la familia y la comunidad, competencias en relación con la docencia e investigación y habilidades en técnicas diagnósticas y terapéuticas.

Lógicamente, el aprendizaje de cada residente no solo depende del interés que muestre, sino también del hospital, ciudad y comunidad autónoma en el que lleve a cabo su residencia y de los medios que se encuentren a su alcance.

Para no extenderme demasiado, solo señalaré algunos aspectos que, tras finalizar el programa común de Pediatría durante tres años y sin haber rotado aún en AP, consideraba que no dominaba y que, a grandes rasgos, coinciden con los de la mayoría de mis compañeros: derivación al hospital, citas programadas, adherencia terapéutica, conocimiento del organigrama de AP, funcionamiento, servicios incluidos en Cartera, protocolos y programas implantados, colaboración con otros niveles asistenciales, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, detección precoz de problemas en la infancia, atención a la patología prevalente, habilidades en técnicas diagnósticas (ORL, oftalmología) y terapéuticas (traumatología, sobrepeso, obesidad).

Con este “auto check-list” me resultaba curioso descubrir que, al finalizar mi tercer año de residen-

cia y, supuestamente tener unos conocimientos ampliados tras haber rotado por las distintas secciones (y “comerte el mundo”), habían aparecido muchos aspectos que ni siquiera sabía que existían. Si de residente de tercer año estaba en el pico más alto de conocimientos generales, mucho me quedaba por subir. Pensaba: “o yo sé muy poco, o los pediatras de AP saben mucho”. Sentía como si a lo largo de estos tres años me hubiera dedicado a estudiar las patologías más raras y complejas sin prácticamente dominar los aspectos esenciales del niño (como un gran chef capaz de elaborar exquisitos platos de *gourmet*, que no sabe hacer una simple tortilla).

En el centro de salud y a la hora de pasar consulta solo, los familiares nada más entrar preguntaban: “¿No está May?”; como si estuvieran pensando: “Si lo sé, no entro; pero ya que me has visto, me da vergüenza irme”. Me impresionó la confianza que depositan en ella sus pacientes. Todos le demostraban cariño y respeto.

Además de las aportaciones médicas, aprendí nuevas formas de confeccionar la relación médico-paciente. En los centros de salud hay verdaderos artistas de la psicología, toreros auténticos, que saben encauzar las situaciones y encarrilar a las personas, como si fueran un escalón por delante de ellas. Una vez hecho el símil, añadiré que el capote, en este caso, es el fonendoscopio.

Otro punto significativo es que los medios diagnósticos disponibles son limitados, haciendo que se trabaje con mayor incertidumbre. Las peculiaridades en la toma de decisiones en AP son la gran accesibilidad, enfermedad indiferenciada en las primeras etapas, incertidumbre diagnóstica y longitudinalidad en la atención<sup>7</sup>.

Una posibilidad añadida en el ámbito de la AP es el campo de la investigación respecto a la prevención y a la promoción de la salud infantil. En Andalucía, el Sistema Andaluz de Salud en el Proceso Asistencial Asma Infantil, recomienda estimular participación de los ámbitos escolar (profesorado) y social (asociaciones) y diseñar conjuntamente actividades de sensibilización, divulgación, información y formación.

En esta dirección, tuve el privilegio de participar junto a May, al finalizar mi rotación por AP, en una actividad de Promoción de la Salud Infantil con profesores de un colegio público. El tema elegido fue el asma. Realizaron una encuesta sobre conocimientos generales, falsas creencias, experiencias previas, actitudes ante una crisis, comunicación con familiares, protocolo de actuación..., y recibieron una charla con información general en la que explicaron las respuestas. Las conclusiones extraídas coincidieron ampliamente con otros estudios publicados previamente sobre el tema.

Otra enseñanza que aprendí es que, en cualquier formación, educación o crecimiento es necesario el apoyo, la motivación y la felicitación, sin olvidar la crítica constructiva. Es igual que un arbolito torcido, que no crece si solo se apoya en una estaca rígida a su lado, sino que precisa también agua, calor y abono.

Más adelante, el Grupo de Docencia MIR de la AEPap organizó el Primer Curso Práctico para residentes de Pediatría, de dos días de duración en Madrid. Nuevamente, me sentí afortunado al ser uno de los cuarenta residentes de toda España que asistía al curso. El curso me resultó una auténtica delicia porque se abordaron temas muy interesantes desde el punto de vista práctico, en un ambiente muy distendido y agradable; me sentí tan arropado que parecía como si estuviera entre familiares. Notaba el esfuerzo y empeño de los organizadores para que aprendiéramos. Sin duda, el mejor curso de la residencia.

Un mes después, tuvo lugar la Reunión Anual AEPap en Guadalajara. Allí tuve la oportunidad de conocer a más integrantes del gran grupo profesional y humano que representan los pediatras de AP. Me parece muy positivo el hecho de que se promuevan los cursos, seminarios o reuniones en los que residentes como yo podamos conocer a grandes expertos de la Medicina, permitiéndonos descubrir otros puntos de vista e intercambiar experiencias.

Debido a mi entusiasmo por la Atención Primaria, he dedicado mi cuarto año de residencia con rotación específica, a completar mis conocimientos

relacionados con los apartados que comenté anteriormente en los que mi formación era insuficiente. De este modo, he rotado por Otorrinolaringología, Oftalmología, Dermatología, Radiología, Atención Temprana, Psiquiatría, Reumatología, Cirugía, Hematología, Hospitalización a domicilio y Traumatología.

Recientemente he realizado, a través del grupo de investigación de la AEPap, el Curso de Metodología de la Investigación. Gracias a él he descubierto que existe un amplio campo en la AP para el estudio y la investigación. Cursos como este son un estímulo para adentrarnos en esta materia. En mi opinión, la labor del pediatra no debe ser solamente asistencial; es posible sacar mucho provecho de las relaciones con otros centros de salud y de fomentar la cohesión.

Como conclusión, me gustaría exponer, con palabras del profesor Stephen Ludwig, que “el proceso de ramificación de la medicina en especialidades sin fortalecer la base, es como un árbol con ramas y flores robustas, pero con un tronco débil”<sup>8</sup>. Los pediatras de AP son mucho más que “pediatras ge-

nerales”, son subespecialistas en una rama muy especial de la profesión<sup>9</sup>.

La AP es como una gran ensalada variada y muy rica, que cada día trae distintos ingredientes. Aunque los elementos de la base sean comunes, las posibilidades de innovación son numerosas.

Los pediatras de AP deben sentirse orgullosos de la labor que realizan cada día, siendo conscientes del papel tan relevante que ocupan en nuestra sociedad y del enorme bien que hacen a millones de familias que les confían a su bien más preciado, sus hijos.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## ABREVIATURAS

**AEPap:** Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria • **AP:** Atención Primaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Salinger JD. El guardián entre el centeno. Madrid: Alianza Editorial; 1997.
2. Asociación Española de Pediatría. Libro blanco de las especialidades pediátricas. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011.
3. Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994;344:1129-33.
4. La Atención Primaria del Futuro. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; 2006.
5. Platón. La República. Madrid: CEPC; 1997.
6. Domínguez Aurrecoechea B, Hijano Bandera F, Fernández-Cuesta Valcarce MA, Villaizán Pérez C, García Rebollar C, Gutiérrez Sigler MD. Guía abreviada para la rotación del residente de Pediatría por Atención Primaria [en línea] [consultado el 14/02/2012]. Disponible en [www.aepap.org/grupos/grupo-de-docencia-MIR](http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-docencia-MIR)
7. Domínguez Aurrecoechea B, Fernández-Cuesta Valcarce MA, García Puga JM, García Rebollar C, Gutiérrez Sigler MD, Hijano Bandera F, et al. Programa de formación “Área de capacitación específica en Pediatría de Atención Primaria” [en línea] [consultado el 05/03/2012]. Disponible en [www.aepap.org/grupos/grupo-de-docencia-mir](http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-docencia-mir)
8. Ludwig S. Academic general pediatrics: from endangered species to advanced scholars of general pediatrics: the report of a consensus conference. Ambul Pediatr. 2004;4(5):407-10.
9. Barak S. Pasado, presente y futuro de la Pediatría de Atención Primaria en Europa. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2012. Madrid: Exlibris Ediciones; 2012. p. 61-71.