El rol del pediatra internista coordinando el cuidado del paciente complejo

The role of pediatric hospitalists in coordinating the care provided to children with medical complexity

En los últimos 30 años, se observa un cambio en el perfil de los pacientes que requieren internación en los hospitales pediátricos. Este cambio es secundario a múltiples factores pero los más importantes son los avances en los métodos diagnósticos, el desarrollo de vacunas, nuevos medicamentos, las cirugías mínimamente invasivas, los trasplantes de órganos sólidos y hematopoyéticos, la supervivencia de niños con enfermedades crónicas y dependientes de tecnología y las decisiones terapéuticas basadas en evidencias.

Las infecciones agudas como neumonías bacterianas, artritis, osteomielitis, meningitis, enfermedades exantemáticas, han reducido su frecuencia o se internan por períodos más breves y completan su tratamiento en forma ambulatoria con antibióticos orales.

Las infecciones virales del tracto respiratorio continúan siendo prevalentes en los niños pequeños pero la internación se reserva a los niños con hipoxemia y/o factores de riesgo. Una disminución en el nivel de saturación de oxígeno aceptado para la suspensión de la oxigenoterapia y la generalización en el uso de oxímetros de pulso permiten abreviar los tiempos de internación y disminuyen el riesgo de infecciones intrahospitalarias.

Con la optimización de la evaluación prequirúrgica, la selección de anestésicos, la cirugía mínimamente invasiva y un adecuado manejo de la analgesia la mayoría de los niños puede internarse y egresar en el mismo día de la cirugía o permanecer internados por breves lapsos aún después de haber sido sometidos a cirugías consideradas de gran envergadura y que requerían varios días de internación (cierre de comunicación interauricular, esplenectomía, colecistectomía, nefrectomía, cirugía antirreflujo gastroesofágico, tratamiento de la hidrocefalia por vía neuroendoscópica, etc.).

En forma similar la hemodinamia intervencionista, permite el egreso dentro de las 24 hs. después del cierre de *ductus arteriosus* persistente, comunicación interventricular, ablación por radiofrecuencia para el tratamiento de arritmias, tratamiento de aneurismas y otras malformaciones arteriovenosas.

No se considera médicamente aceptable que un niño estable, sin riesgo de vida o sin riesgo social, se interne "para diagnóstico" así como tampoco es aceptable que el niño y su familia se trasladen cientos de kilómetros con todos los perjuicios de desarraigo, familiares y económicos que ello implica; cuando puede realizarse una consulta a distancia y/o enviarse una muestra de sangre o tejido para su examen especializado.

Sin embargo, las camas hospitalarias permanecen ocupadas por niños con nuevas patologías emergentes, o supervivientes gracias a los avances terapéuticos y tecnológicos.

La emergencia de infecciones graves por gérmenes multirresistentes hospitalarios y de la comunidad está consumiendo grandes recursos en todos los niveles de atención.

Los niños con cáncer, que con las mejores opciones terapéuticas pueden curarse hasta en un 80%, requieren internaciones frecuentes para su tratamiento o por interurrencias que se presentan durante meses o años luego del diagnóstico. Los niños que requieren trasplantes hematopoyéticos o de órganos sólidos son los que registran las internaciones más prolongadas ya sea en forma previa al trasplante o luego de él, en estos casos por interurrencias o segundas enfermedades.

Entre los niños dependientes de tecnología, se encuentran aquellos con condiciones crónicas complejas, que involucran varios sistemas como los niños con encefalopatías o enfermedad pulmonar crónica (entre ellos prematuros de muy bajo peso que sobreviven con secuelas), niños con anomalías congénitas, patología neuromuscular, insuficiencia intestinal, inmunodeficiencias, enfermedades autoinmunes.

¿Cuál es el denominador común de estos pacientes? ¿De qué manera tienen que transformarse los hospitales pediátricos para atenderlos en forma más eficiente? ¿Cómo administrar los limitados recursos humanos y materiales disponibles?

No se trata de una preocupación exclusivamente local. En diferentes países y sistemas de salud se están planteando estos interrogantes cuya respuesta requiere un profundo y particularizado análisis. Sin embargo hay primeros pasos que debieran darse.

El denominador común de estos pacientes es el compromiso multisistémico y/o el requerimiento para su atención, de la participación de varios especialistas y servicios de apoyo. De la forma en que estos especialistas y servicios de apoyo interactúen depende en gran medida el éxito de la atención. La actuación no coordinada de múltiples disciplinas fragmenta la atención y consume inadecuadamente los recursos (mayor número de estudios, secuencia inadecuada, mayores tiempos de internación, riesgo incrementado de interacciones medicamentosas, etc.).

La interdisciplina y el trabajo en equipo aparecen como la mejor opción. Pero la atención debe hacer foco en el paciente y sus necesidades y cada paciente puede tener requerimientos propios. Para que la atención sea eficiente, los integrantes del equipo deben ser convocados en forma personalizada. La participación de cada integrante debe ser coordinada y las decisiones tomadas por el equipo deben adecuarse en forma permanente a la situación del paciente en tiempo real.

En este punto surge la figura del pediatra internista, o "pediatra hospitalista" como se lo denomina en otras latitudes, como el profesional más adecuado para cumplir el rol de coordinador de la atención. Es quien está al lado y "del lado" del paciente y su familia y, como decía el Dr. Carlos Gianantonio "...es el pivote de convergencia, conceptual y práctica de los múltiples especialistas que ejercen la medicina curativa. Es el médico del paciente y su familia, que dirige y armoniza las tareas diagnósticas y terapéuticas y facilita el diálogo entre disciplinas".

No menos importante es el enfoque económico y la optimización del uso de los recursos. La atención interdisciplinaria consume una importante cantidad de recurso humano altamente especializado. Una gestión inteligente de la atención, incluye la adquisición por parte del pediatra internista de habilidades del conjunto, la confección de guías de atención, que puedan trasladarse hacia casos similares sin necesidad de convocar en todos los casos a todos los actores, la incorporación ágil de los avances basados en evidencias, la investigación y el registro y difusión de lo aprendido generando una "memoria colectiva" de las "mejores prácticas" en cada institución. La incorporación del médico

internista (hospitalista) con el rol de coordinador de la atención, se ha visto acompañada de una reducción en los costos de atención, reducción en la consulta innecesaria a especialistas, tiempos de internación más breves, una mejor calidad de atención y mayor satisfacción del paciente y su familia.

En realidad, la internación es un acontecimiento de tiempo limitado en la vida de estos niños y que debiera evitarse o abreviarse el máximo posible. La función del pediatra internista o el pediatra clínico del paciente complejo, no debe limitarse a la atención durante la hospitalización. Su formación debe incluir los aspectos necesarios para participar en el seguimiento longitudinal de estos niños y su desempeño en instituciones de segundo o primer nivel de atención, cerca de donde el niño y su familia viven, puede generar un cambio de paradigma y la humanización de la atención del paciente complejo.

Dra. Susana Rodríguez

Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.108>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.eng.108>

Cómo citar: Rodríguez S. El rol del pediatra internista coordinando el cuidado del paciente complejo. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(2):108-109.

REFERENCIAS

1. Gianantonio CA. Comentarios sobre salud infantil y pediatría. *Arch Arg Pediatr* 1994;92(5):257-8.
2. Cohen E, Kuo DZ, Agrawal R, Berry JG, et al. Children with medical complexity: an emerging population for clinical and research initiatives. *Pediatrics* 2011;127(3):529-38.
3. Simon TD, Mahant S, Cohen E. Pediatric hospital medicine and children with medical complexity: past, present, and future. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2012;42(5):113-9.
4. Stucky ER, Maniscalco J, Ottolini MC, Agrawal R, et al. The Pediatric Hospital Medicine Core Competencies Supplement: a Framework for Curriculum Development by the Society of Hospital Medicine with acknowledgement to pediatric hospitalists from the American Academy of Pediatrics and the Academic Pediatric Association. *J Hosp Med* 2010;5(Suppl 2):i-xv,1-114.
5. Wachter RM, Goldman L. Zero to 50,000. The 20th Anniversary of the Hospitalist. *New Engl J Med* 2016;375(11):1009-11.
6. Lye PD, Committee on Hospital Care and Section on Hospital Medicine. Clinical report - Physicians' roles in coordinating care of hospitalized children. *Pediatrics* 2010;126(4):829-32.