



# La consulta docente en pediatría

J. SAURA-LLAMAS\* Y F. HIJANO BANDERA\*\*

\*Médico de Familia. Técnico de Salud de la Unidad Docente de la GAP de Murcia

\*\*Pediatra de Atención Primaria. EAP Monterrozas. Área 6 (Madrid)

## PUNTOS CLAVE

- El pediatra en formación debe aprender a desenvolverse en el medio donde va a ejercer.
- Cada niño atendido en la consulta es una oportunidad formativa.
- En los centros de atención primaria (AP) donde existe docencia mejora la calidad asistencial y el tutor se beneficia de la interacción con el residente.
- Se ha de preparar la rotación por AP con una adecuada metodología docente.
- El tutor ha de mostrar proximidad, brindar apoyo al residente y facilitar su aprendizaje.
- El residente observará y aprenderá el modo en que actúan los pediatras de AP ante los problemas clínicos.
- Se ha de fomentar la adquisición de habilidades de comunicación y de relación con los padres y el niño.
- El marco donde se lleva a cabo la docencia, el centro de salud, es el idóneo para realizar prevención de la enfermedad, educación sanitaria y promoción de la salud.
- Se deben adquirir habilidades para afrontar la presión asistencial, saber gestionar la consulta, realizar una prescripción de calidad y sobre cómo mejorar el cumplimiento terapéutico.
- El residente debe adquirir el hábito y la responsabilidad de mantener y mejorar sus conocimientos médicos y procurar mantener un buen ambiente de trabajo con el resto del equipo.

## RESUMEN

Un buen tutor debe mostrar competencia en metodología docente, lo que se traduce en una adecuada organización de la consulta para dicho fin. Este artículo pretende hacer reflexionar al tutor de pediatría sobre cómo ha de hacerlo. Partiendo de la necesidad de la rotación por atención primaria (AP) y de los beneficios que ello comporta, se aborda el modo en que el tutor ha de actuar, algunos de los contenidos específicos de la rotación por AP, así como aspectos organizativos concretos que merecen ser tenidos en cuenta.

Todo residente cuando inicia su formación espera ser acogido por un cuerpo de docentes experimentados que le guíen y le ayuden a ir adquiriendo los conocimientos y las habilidades necesarios para convertirse en un gran especialista.

Por su lado, los docentes pueden a veces perseguir una quimera, creer que deben saber de todo, lo que les puede llevar a la frustración. Para ser un buen tutor se necesita ser un buen clínico, haber adquirido la responsabilidad de procurar mantener y mejorar los conocimientos adquiridos, e implicarse en el cuidado de los pacientes. Quizás no sepan inicialmente cómo organizar una consulta docente (el propósito de este artículo), pero si todo este compendio de cualidades son transmitidas y aprendidas por el residente durante su rotación por AP, de buen seguro que el residente, los niños (pacientes) y todo el sistema sanitario resultarán beneficiados.

El residente, por su parte, debe procurar emplearse a fondo, estudiar, cuestionarse lo que sabe y no sabe, pedir ayuda cuando lo precise y poner todo su empeño en atender a los pacientes con esmero.

Frente a una medicina hospitalaria excesivamente sustentada en pruebas, en AP el residente conocerá el lado humano de la medicina, atenderá a personas en el contexto en el que se desenvuelven, no a enfermedades.

De entre los distintos modelos existentes para desarrollar una consulta docente, se desconoce con cuál de ellos se consiguen mejores resultados formativos. El que aquí se expone es uno de ellos.

## EL PRINCIPIO: ¿POR QUÉ ES NECESARIA Y BENEFICIOSA LA ROTACIÓN POR ATENCIÓN PRIMARIA?

### El pediatra debe aprender a desenvolverse en el medio donde va a ejercer

Casi dos tercios de los pediatras que ejercen en España lo hacen en AP. La rotación en este nivel asistencial permite al residente conocer los problemas de salud habituales, la sistemática de trabajo que se sigue en un centro de salud, las herramientas de las que se dispone, los sistemas de registro

que se utilizan, etc. También le ayuda a detectar las necesidades formativas que ha de cubrir para adaptarse a lo que la población que atenderá en un futuro le demandará. De una manera escalonada irá adquiriendo mayor despejo en cómo ha de obrar y en el desarrollo de determinadas habilidades, y podrá asumir responsabilidades y carga de trabajo crecientes. Al final de la residencia debe ser capaz de asumir la atención completa de la población asignada a su tutor, desempeñando todas las tareas inherentes a la especialidad.

## Cada niño atendido en la consulta es una oportunidad formativa

Para todo médico la asistencia es un reto constante que pone a prueba los conocimientos adquiridos y supone un estímulo para mantenerlos y mejorarlos. Es por este motivo que el residente debe empezar a pasar consulta cuanto antes, sin que el tutor esté delante, en cuanto su formación se lo permita, y pactar con el tutor cómo ha de actuar, lo que puede y no puede hacer, a fin de minimizar los efectos negativos para los pacientes y asegurar la calidad asistencial<sup>1</sup>.

Se sabe que no existen diferencias significativas entre el tutor y el residente en cuanto a la solicitud de pruebas complementarias y la tasa de derivaciones<sup>2</sup>, aunque inicialmente pueden ocurrir cambios en las pautas diagnósticas y de prescripción<sup>1</sup>.

## La docencia en AP mejora la calidad asistencial

La presencia de residentes en los equipos de AP en general produce una mejora en la calidad asistencial<sup>3</sup>, al aumentar el número de servicios que son ofertados, disminuir las derivaciones, al tiempo que se promueve una mayor y mejor coordinación con el segundo nivel asistencial. También supone un potente inductor para la introducción de cambios y mejoras, a través de las cuestiones que plantean los residentes<sup>4</sup>. Su estancia representa un prestigio para el centro de salud<sup>3</sup>.

## El tutor se beneficia de la interacción con el residente

La función docente tiene un componente de reciprocidad y no sólo afecta al residente. El tutor se beneficia de la preparación de los contenidos docentes y de la interacción con el residente, ayudándole a mantenerse actualizado<sup>5</sup>.

## ¿CÓMO HA DE ACTUAR EL TUTOR?

### Preparar la rotación por atención primaria

En cada centro docente hospitalario los tutores de pediatría deben elaborar a partir del Programa Oficial de la Especialidad, la «guía o itinerario formativo», que tras ser aproba-

da por la comisión de docencia, será aplicable a todos los residentes que se formen en dicho centro. A partir de la anterior, el tutor de cada residente elaborará el «plan individual de formación», teniendo en cuenta el bagaje formativo, las necesidades y las expectativas del residente que tiene a su cargo, negociando unos objetivos. Es conveniente que antes que el residente inicie la rotación por AP el tutor hospitalario convenga con el tutor de AP los objetivos que aquél debe alcanzar. La presentación explícita de éstos permite a los residentes saber qué es lo que se espera de ellos, y a los tutores tener un referente donde enmarcar la actividad docente y la evaluación<sup>6</sup>.

### Facilitar el aprendizaje

El residente es el responsable de su formación, y ha de reflexionar sobre si los objetivos pactados con su tutor y que debe adquirir están siendo alcanzados<sup>5</sup>. El tutor pondrá a su alcance los recursos necesarios para que lo logre.

### Mostrar proximidad y apoyar al residente

Es importante que el tutor se muestre accesible, de modo que el residente pueda recurrir a él ante cualquier duda que se le plantee o para recabar su apoyo: «Sé donde está, puedo hablar con él fácilmente y puede acudir a la consulta rápidamente cuando lo necesito». Lo contrario sería inaceptable. Además, el tutor debe ocuparse específicamente de atender las situaciones más conflictivas y/o complejas, que podrían tener efectos perjudiciales en la formación del residente.

### Distribución de tareas

Cuando el horario de consulta está dividido en consulta programada y a demanda, se optará por el cupo compartido a días alternos: el residente pasará 2 días a la semana consulta a demanda y 3 días programada. Cuando no existe tal división, sino que pacientes programados y a demanda se intercalan durante las horas de asistencia, se procurará hacer un reparto parecido. También se distribuirán otras actividades asistenciales: urgencias, visitas a domicilio, etc.<sup>1</sup>.

## ¿QUÉ ES LO QUE DEBE ENSEÑARSE EN ATENCIÓN PRIMARIA?

### A saber cómo actúan los pediatras de atención primaria ante los problemas clínicos

El residente debe aprender cómo ha de actuar para resolver los problemas clínicos que se le planteen sin el apoyo habitual de pruebas complementarias y cómo ofrecer la mejor atención a los pacientes, comprometiéndose en su cuidado.

Por lo general, el pediatra de AP en lugar de seguir una sistemática lineal para llegar al diagnóstico (razonamiento in-

ductivo), sigue una estrategia hipotético-deductiva (recogida selectiva de datos para corroborar o refutar las hipótesis iniciales) o utiliza guiones mentales o *scripts*, constituidos por una serie de atributos (signos y síntomas) que se activan en cuanto se reconocen<sup>7</sup>.

Como herramientas habituales destaca el seguimiento longitudinal, la observación, para validar o rechazar hipótesis clínicas, y la exploración física minuciosa<sup>7</sup>. El examen físico comienza en el momento en el que el niño entra en la consulta, con la primera impresión visual, lo que genera una serie de hipótesis diagnósticas antes incluso de que los padres expresen qué es lo que les preocupa. A veces es algo intangible, que en lugar de ser desdeñado debe animar a una investigación más exhaustiva<sup>8</sup>.

## A adquirir habilidades de comunicación

La comunicación que se establece con los padres y el niño es la piedra angular de la práctica clínica; sin confianza ni sensación de vínculo, los padres no aceptarán lo que un médico les proponga que hagan. Los residentes deben aprender a escuchar, a formular preguntas, a mostrar empatía, a ser cautelosos en lo que dicen y en cómo lo dicen. Deben saber que la escucha atenta y mostrar interés por lo que le sucede al paciente son la clave para llegar al diagnóstico. También es muy importante que presten atención al lenguaje no verbal: gestos, posturas, expresión, etc., que en ocasiones será la única forma de comunicación con el niño.

Se ha de procurar ser empático, compasivo, generoso y emplear un lenguaje claro y accesible<sup>8</sup>.

## A realizar prevención de la enfermedad, educación sanitaria y promoción de la salud

Debe saber realizar promoción de la lactancia materna, cuándo se han de aplicar las pruebas de detección neonatal de metabolopatías, conocer el calendario de vacunaciones, las medidas a adoptar para la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante, o para prevenir accidentes, etc. Dichas intervenciones están incluidas en el Programa de Atención al Niño, en el que se sustentan algunos servicios ofertados en la cartera de servicios.

También han de reconocer comportamientos no saludables y realizar propuestas de cambio, teniendo presente el contexto sociocultural en el que se desenvuelve el niño y su familia.

Deben participar en el desarrollo de actividades educativas dirigidas a los niños o sus familias, las cuales pueden ser impartidas en el centro de salud o en la escuela.

## A realizar una prescripción de calidad y saber cómo mejorar el cumplimiento terapéutico

Deben aprender a no caer en una medicina defensiva, no dejarse vencer por la presión de medicalizar la asistencia,

promover el uso de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) y de antibióticos de primera elección en AP frente a otros antibióticos. También deben saber cómo actuar para mejorar el cumplimiento terapéutico.

## A saber afrontar la presión asistencial y a gestionar la consulta

La toma de decisiones médicas puede verse influenciada por factores externos e internos. El que una decisión se tome en poco tiempo no significa que tenga que ser apresurada; el ser resolutivos y tomar decisiones debidamente ponderadas en situaciones de estrés requiere entrenamiento, de lo contrario puede ocurrir bloqueo, o motivar errores médicos. Al principio, el residente debe dedicar el tiempo que precise a cada paciente, según sus necesidades; posteriormente, conforme vaya adquiriendo seguridad, precisará de un menor tiempo.

También debe aprender a afrontar la sobrecarga asistencial, a concertar visitas de seguimiento cuando aborde problemas complejos que no pueda resolver en un solo acto, a disponer de recursos para prevenir la desmotivación<sup>9</sup>, a saber realizar una adecuada gestión de la consulta.

## A adquirir el hábito y la responsabilidad de mantener y mejorar los conocimientos

Han de conocer los distintos tipos de modalidades formativas, cómo resistir el envite de la publicidad, cuáles son las principales fuentes de documentación, cómo realizar una adecuada búsqueda bibliográfica y en qué consiste una lectura crítica.

## A relacionarse con los miembros del equipo y a valorar la importancia de mantener un buen ambiente de trabajo

Se ha de cuidar la calidad de las relaciones interpersonales, reconocer el trabajo que realizan los otros miembros del equipo, valorar debidamente sus comentarios, procurando mantener un buen ambiente de trabajo, lo que es clave para prevenir el desgaste profesional<sup>9</sup>. Durante su rotación se promoverá que el residente se relacione con otros miembros del equipo y que coopere con ellos, especialmente con el personal de enfermería pediátrica.

## Participación en actividades formativas y de investigación

El residente debe participar en las sesiones de equipo, la presentación de casos clínicos, comunicaciones a congresos, realización de revisiones, redacción de artículos, etc.

## OTROS ASPECTOS ORGANIZATIVOS A TENER EN CUENTA

### Horario laboral

El horario laboral y docente debe ser igual para el tutor y para el residente, respetando los descansos establecidos por el RD 1146/2006, de 6 de octubre<sup>10</sup>.

### Menor carga asistencial

Los cupos docentes deberían tener una menor carga asistencial, no debiéndose superar las 5 h de asistencia ni los 30 pacientes por día. En ningún caso el residente debe ser considerado como un médico asistencial para, de este modo, afrontar mayor número de actividades<sup>2</sup>.

### Concertar encuentros docentes entre tutor y residente

Tutor y residente han de delimitar un tiempo para concertar encuentros docentes<sup>1</sup>.

### Colaboración del resto del equipo

Los miembros del equipo deben ayudar a resolver los problemas que puedan surgir en un principio<sup>1</sup>. Los administrativos tendrán que soportar las quejas que los pacientes puedan hacer, rechazando el ser atendidos por el residente<sup>4</sup>.

Al inicio, la población considerará al residente como «el ayudante» o «el sustituto» del tutor, fenómeno habitual que deben aprender a tolerar.

### La demora

El efecto más perceptible de que un residente está pasando consulta es que, por lo general, se produce una mayor retraso sobre la hora prevista. Vivimos en una sociedad impacien-

te, que no tolera la demora y le causa insatisfacción<sup>11</sup>. Los tutores, por lo general, son más rápidos en la toma de decisiones y más eficientes en el manejo del tiempo<sup>2</sup>. El hecho de que el residente trabaje con un cierto desfase es normal; hemos de tranquilizarle indicando que nuestro trabajo no es una cadena de montaje y que considerarlo como tal lo único que haría sería devaluarlo e incrementar la probabilidad de cometer errores médicos<sup>11</sup>. Conforme vaya adquiriendo experiencia y soltura la demora será menor. En los momentos de mayor «atasco», para evitar el malestar que pueda ocasionar en algunos pacientes, convendrá que el tutor pase consulta de forma simultánea.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Saura-Llamas J. Cómo organizar la consulta docente para formar residentes. Algunos principios básicos. *Aten primaria* 2005;35: 318-24.
2. León Martínez LP, Gómez Jara P, Martínez González-Moro N, Navarro Martínez A, Guillén Montiel C, Saura Llamas J. La formación posgraduada en medicina familiar y comunitaria. La importancia de las diferencias entre la actividad asistencial del tutor y el residente. *Aten Primaria* 1994;14:661-6.
3. Ortiz Camuñez MA, Gómez Gascón T. Impacto asistencial de la formación de posgrado en los centros de salud. *Tribuna Docente* 2000;1:11-17.
4. De la Revilla L. La consulta docente. En: De la Revilla L (ed.). La consulta del médico de familia. La organización de la práctica diaria. Madrid: Editorial Cea; 1992. p. 181-5.
5. Bonal Pitz P. Aprender enseñando. *AMF* 2008;4:16-22.
6. Hijano Bandera F, Saura-Llamas J. Desarrollando el programa oficial de la especialidad de pediatría en atención primaria. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización en Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 375-82.
7. Toro Durántez J, García Tirado MC. Incertidumbre y toma de decisiones en medicina de familia. *AMF* 2006; 2:320-31.
8. Groopman J. ¿Me está escuchando, doctor? Un viaje por la mente de los médicos. Barcelona: RBA Libros; 2008.
9. Rodríguez Sanz J. El residente desmotivado: diagnóstico y posibilidades terapéuticas. *AMF* 2006;2:19-28.
10. Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 240 (07/10/2006).
11. Ortega del Moral A, Melguizo Jiménez M. Obsesionados por la demora. *AMF* 2007;3:121-3.