

## EDITORIAL

### CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: ¿SUEÑO O REALIDAD?

*Hace unos diez años, mientras dictaba una conferencia en una provincia de nuestro país, una pregunta del auditorio me impactó. Cuestionaba la utilidad de la conferencia (sobre monitorización del niño en condición crítica) en la ciudad en particular y en nuestro país en general. Aun cuando otros trataban -con escaso éxito- de contrarrestar esa opinión, la sensación que prevaleció -tanto en el auditorio como en mí- fue que el país aún no estaba preparado para los cuidados intensivos pediátricos, o que éste era muy sofisticado para nuestra realidad. Y se puede entender porqué.*

*Aun hoy, las principales causas de muerte en niños menores de 5 años en los países del tercer mundo son las de origen perinatal y neonatal (44%) y las prevenibles por vacunas (18%). El 38% restante incluye muertes por infecciones respiratorias bajas, diarreas y accidentes. Es difícil enfatizar el interés en los cuidados de niños graves cuando no se tienen condiciones sanitarias y cuidados médicos básicos. En este escenario, ¿cómo derivar recursos hacia una pequeña población que los consume mayoritariamente? Esta es una pregunta que compromete fundamentalmente a nuestros países.*

*El desarrollo del cuidado intensivo pediátrico (más que la terapia intensiva pediátrica) ha sido constante en el mundo. Los primeros intensivistas fueron los neonatólogos, que desarrollaron las unidades modernas en la década del 60. La primera UCI pediátrica (UCIP) se formó en Gotemburgo (Suecia) en 1955, mientras que en América la pionera fue la del Hospital de Filadelfia (EUA), 10 años después. En el Perú, en 1982 se creó la UCIP del entonces Hospital del Niño (hoy Instituto) con 4 camas, y actualmente Lima cuenta con 7 UCIP y alrededor de 50 camas.*

*En los Centros donde se dispone de UCIP, resulta difícil imaginar la atención de un niño en situación crítica en otro ambiente. Aun en los Centros que aún no disponen de ella, se busca el traslado a otro que tenga UCIP. Y es que los cuidados críticos han pasado a ser parte integral de la práctica pediátrica. Este desarrollo está fundamentado en las sólidas bases fisiológicas que soportan el cuidado intensivo, así como en la buena práctica clínica. En nuestro país, la evolución del cuidado crítico pediátrico determinó que el primer capítulo inaugurado en la Sociedad Peruana de Pediatría fuera, justamente, el de Terapia Intensiva.*

Por otro lado, la brecha entre los países ricos y pobres se ha ensanchado, y la expectativa es que siga creciendo. Por ejemplo, enfermedades que antes eran comunes, como las debidas a *Haemophilus influenzae*, han desaparecido luego de la vacuna. Es de esperar que el impacto de la vacuna contra el *Pneumococo* tenga un efecto parecido. Las revistas de la especialidad que leemos presentan artículos que, en su mayoría, son sofisticados para nuestro medio, y de poca aplicabilidad. Esta brecha que sentimos quienes laboramos en UCIP, es comparable a la que tenemos con los médicos que tienen que atender niños críticos en otras partes del país. Una responsabilidad importante es desaparecer o minimizar la brecha. En ese sentido, el esfuerzo que ha realizado el Capítulo de Terapia Intensiva de la Sociedad Peruana de Pediatría es notable. Este esfuerzo se ha visto coronado con la publicación de unas recomendaciones sobre el manejo de determinadas patologías en pediatría crítica, con el objetivo de alcanzar aquel médico de provincia.

Así, ¿cómo gastar nuestros escasos recursos en una pequeña parte de la población? (aquellos que requieren cuidados intensivos). Si seguimos considerando al cuidado intensivo como perteneciente a un área "alta tecnología" y elitista, la respuesta es obvia. Sin embargo, el cuidado intensivo pediátrico no debería ser considerado como privilegio solamente de las naciones ricas. Los principios de los cuidados críticos son simples, se pueden aplicar y adoptar con facilidad y... salvan vidas. La mayoría de las muertes en nuestros países no son tanto debidas directamente a las diarreas o neumonías, como a la falta de personal entrenado y ausencia de equipos sencillos para tratar las complicaciones de estas enfermedades (tratamiento del choque, cuidado de vía aérea y soporte respiratorio, y falla orgánica múltiple).

Por otro lado, la brecha económica-tecnológica podrá seguir creciendo, pero no necesariamente crecerá la brecha del entrenamiento ni del conocimiento. Para lograr los objetivos mencionados en el párrafo anterior no requerimos de estudios sofisticados ni ventiladores de última generación. Un intensivista no tiene que depender de ello, menos en nuestro país. Un intensivista debe permanecer con su paciente brindándole los cuidados que requiere. El Dr. Peter Safar, pionero en los estudios modernos de la reanimación cardiopulmonar, soñaba hace 25 años: "cuando los intensivistas estén alrededor del mundo, entonces podremos ser capaces de explorar proyectos globales". Quienes nos consideremos intensivistas, si llegamos a actuar como tales, podemos apropiarnos de este sueño, y hacerlo realidad.

Dr. José Tantaleán Da Fieno  
Pediatra Intensivista del ISN