

La Terapia Intensiva Pediátrica en el Perú: Retos y Desafíos.

Han pasado más de 3 décadas desde la creación de la primera unidad de terapia intensiva en el país en el Instituto Nacional de Salud de Niños en Breña (INSN), desde entonces la atención del niño grave ha conseguido grandes logros gracias al liderazgo y perseverancia de médicos comprometidos con este gran reto que es atender al paciente pediátrico en condición crítica.

En el artículo publicado en este número por Becerra y col., "Enfermedad neurológica aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Instituto Nacional de Salud de Niños, Lima-Perú. Resultados de un estudio multicéntrico", los autores encuentran una mayor morbimortalidad local en comparación con los resultados globales obtenidos para las 126 unidades de los 25 países participantes en el estudio. La discapacidad severa o muerte ocurre en un 50% de niños en el INSN, con una mortalidad de 25% y la estancia hospitalaria promedio es de 35 días. Otro hallazgo importante es la diferencia en las intervenciones realizadas en estos pacientes incluyendo el monitoreo de presión intracraneal⁽¹⁾.

Estos resultados reflejan los grandes desafíos que enfrentamos hoy en día en nuestras unidades para lograr mejores resultados en los pacientes pediátricos y podemos enfocarlo desde tres aspectos: infraestructura, recursos y organización.

Las grandes distancias entre el lugar de origen y el centro hospitalario, la dificultad para conseguir una cama libre en terapia intensiva con el consiguiente retraso en la atención, así como un sistema de transporte interhospitalario con muchas limitaciones para el traslado de pacientes de tanta complejidad, influyen de manera negativa en el pronóstico final. Según datos oficiales del RENAES hoy existen 46 unidades de terapia intensiva pediátrica a nivel nacional, 19 de ellas pertenecientes al sector público, 9 a Essalud y 18 al sector privado⁽²⁾. Veinticinco de estas unidades están ubicadas en la capital y las veintiún restantes están distribuidas en otras doce regiones del país. La falta de planificación y regionalización del sistema de salud ha condicionado un crecimiento desordenado y poco eficiente, concentrando en la capital más del 55% de camas a pesar que en las regiones se encuentra el 70% de la población pediátrica, generando una gran inequidad en el acceso a la atención. Si utilizamos fórmulas aplicadas en otras realidades⁽³⁾, en el país deberían existir 235 camas de terapia intensiva para cubrir la demanda de pacientes pediátricos fuera de la etapa neonatal y éstas distribuirse a lo largo de nuestra geografía de manera estratégica y localizarse en hospitales que cuenten con la infraestructura, los recursos y servicios de apoyo necesarios para dar una atención de calidad. Esto no significa necesariamente una unidad de alta complejidad en cada región del país pero sí unidades de cuidados intermedios e intensivos de diferente capacidad resolutoria⁽⁴⁾ que funcionen dentro de un sistema articulado de establecimientos de salud, con criterios bien definidos para la referencia entre los diferentes niveles de atención y un sistema de transporte que esté a la altura de las circunstancias.

La terapia intensiva pediátrica como especialidad es relativamente joven, iniciándose la formación de especialistas en el país en 1992 en el Hospital Cayetano Heredia. Por mucho tiempo las plazas para formación de intensivistas fueron muy limitadas, sin embargo éstas se han incrementado de manera considerable ofreciéndose en los últimos procesos de admisión al residentado médico cerca de diez plazas cada año; lamentablemente rara vez son cubiertas en su totalidad. Si tenemos en cuenta que como mínimo se necesitan cinco médicos por cada unidad de terapia intensiva para cubrir la demanda de las 46 ya existentes, serían necesarios 230 especialistas; sin embargo se estima que no son más de 70 los que laboran en el país. Esto significa que en la mayoría de las unidades no existe una cobertura total por médicos intensivistas y que éstos trabajan en más de una institución a la vez, habiendo casos en los que sobrepasan las 300 horas de trabajo mensual. El contar con intensivistas en las unidades de terapia intensiva no sólo mejora la morbimortalidad, sino que permite un uso más eficiente de los recursos, disminuyendo las admisiones innecesarias, previniendo complicaciones y asegurando un alta oportuna⁽⁵⁾. Es entonces una prioridad formar a los profesionales requeridos para cubrir la demanda de la población y para ello es necesario reconocer la complejidad del trabajo del especialista, regular la cantidad de horas de trabajo con remuneraciones que vayan de acuerdo al alto grado de especialización y la gran responsabilidad que enfrenta al hacerse cargo de un niño con compromiso vital. Es necesario también promover el desplazamiento de los nuevos especialistas hacia las regiones, asegurando las

condiciones de infraestructura y recursos para que puedan brindar una atención de calidad. A la par, la implementación de telemedicina como una alternativa de solución al número insuficiente de especialistas, se presenta como una medida interesante que viene cobrando mayor importancia en otros países ⁽⁶⁾, para cuyo desarrollo es necesario un verdadero compromiso de nuestras autoridades.

Finalmente tan importante como la infraestructura y el recurso humano para lograr la recuperación satisfactoria de un mayor número de niños es la organización. Como se mencionó, el contar con un sistema de atención articulado, con diferentes niveles de complejidad, con unidades de terapia intensiva especializadas y bien equipadas, con criterios de ingreso claros, con sistemas de referencia con procesos bien definidos, con gestiones eficientes que promuevan una verdadera cultura de calidad y con indicadores estandarizados que permitan comparar los resultados de la atención, es de vital importancia para responder al reto que significa alcanzar los estándares internacionales en la atención del paciente pediátrico en condición crítica.

Si bien es cierto que hemos progresado en los últimos años gracias al incremento y capacitación del recurso humano, a la adquisición de nuevas tecnologías, a una mejor cobertura del sistema de salud, al acceso masivo a la información, etc., y vemos salir adelante a niños que hace unos años los consideraríamos irrecuperables, hay aún un largo camino por delante. El reto que tenemos no es nada sencillo y necesita del compromiso de todos, de los profesionales que creemos que cada vida es invaluable, de las sociedades científicas cuya voz puede hacer visible el problema y aportar a la solución, de las universidades que tiene la responsabilidad de formar a profesionales preparados para desenvolverse en diversas realidades, de los gestores que tienen la responsabilidad de administrar de manera eficiente los recursos, de las instituciones que deben asignar los recursos necesarios para la atención de los pacientes y la capacitación del recurso humano, y de los organismos rectores responsables de establecer las políticas de salud que el país necesita, para que en una alianza estratégica podamos enfrentar este gran desafío que es la recuperación del niño en condición crítica.

Rosa Arana Sunohara.

Médico Pediatra Intensivista del Hospital Cayetano Heredia. Lima – Perú.

Profesor Auxiliar de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Correo electrónico: aranarosa@yahoo.com.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Becerra R, Tantalean J, Santos A. Enfermedad neurológica aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Instituto Nacional de Salud de Niños, Lima-Perú. Resultados de un estudio multicéntrico. Rev.peru.pediatr. 2015;67(4):195-203.
2. Registro Nacional de Establecimientos de Salud.
<http://app12.susalud.gob.pe/views/ConsultaPorUbigeo.aspx>
3. López-H J, Sancho L, Martín JM. Informe de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos: Distribución de los Cuidados Intensivos Pediátricos en España. An Esp Pediatr 1999; 50(1):14-16.
4. Rosenberg DI, Moss MM, Section on Critical Care and Committee on Hospital Care. American Academy of Pediatrics. Guidelines and Levels of Care for Pediatric Intensive Care Units. Society of Critical Care Medicine. Pediatrics 2004;114(4):1114-1125.
5. Odetola FO, Clark SJ, Freed GL. A National Survey of Pediatric Critical Care Resources in the United States. Pediatrics 2005;115(4):e382-386.
6. Marcin JP. Telemedicine in the Pediatric Intensive Care Unit. Pediatr Clin N Am 2013;60(3):581-592.