

Trauma pediátrico

V. Martínez Ibáñez

Cirugía pediátrica. Hospital Vall d'Hebron

De forma imperceptible, la demanda social está reorientando el interés de la SECP hacia temas distintos de los que nos tenían preocupados hace más de 5 años. Entendemos que este hecho es beneficioso y debería llenar de vitalidad nuestra, a veces, acomodada SECP.

Temas de gestión, de organización interna de servicio, o temas más técnicos como la cirugía mínimamente invasiva, vista ya con más sentido pediátrico y desde una perspectiva de enseñanza para residentes y no como «superespecialidad»; la cirugía del adolescente, cada vez con más contenido o la urología pediátrica en franca consolidación dentro de nuestra sociedad, van tomando gradualmente más relevancia en nuestros foros de comunicación.

Entre estos temas está la Atención Integral al Trauma Pediátrico. La morbimortalidad en los países desarrollados (EEUU, Europa) por causa del traumatismo, es enorme. Es la primera causa de muerte entre 1 y 14 años de edad y España, no es una excepción. Desde hace más de 20 años, EEUU está desarrollando métodos de prevención primaria y secundaria de los accidentes pediátricos tanto los de tráfico que son los de peor pronóstico, como los domésticos. Ante esta realidad, ¿cuanto trabajo nos corresponde como SECP? ¿Qué hacemos desde nuestra sociedad para aunar esfuerzos en prevenir o tratar este tipo de traumatismo pediátrico?, en el bien entendido, que no hablamos de fracturas, sino de todo tipo de lesión debida al traumatismo: fractura craneal, ruptura esplénica, hepática, contusión pulmonar, intestinal, etc..

Nuestro sistema sanitario se está orientando hacia «el ser experto» y en este tema, distintas especialidades se pueden involucrar. Ante este hecho y como miembro de la SECP me preguntaría, ¿nos incumbe este tema? ¿de verdad, nos interesa o pensamos que se puede dejar para otros profesionales?

Personalmente pienso que es un tema que incide directamente en nuestra especialidad ya sea para intervenir médica y quirúrgicamente o para coordinar las distintas especialidades quirúrgicas y médicas que deban participar en tratar este tipo de pacientes, de forma multidisciplinar pero organizada.

¿Y cómo podemos organizar este arduo trabajo?. En EEUU donde nos llevan una ventaja de más de 20 años, han desarrollado proyectos nacionales, estatales y hospitalarios. En nuestro ámbito lo podríamos traducir a proyectos nacionales, autonómicos y hospitalarios. En España existe ya la semilla de estos proyectos tanto en la SECP, en alguna comunidad y en algunos hospitales.

Bajo la tutoría de Alberto Iñón (Argentina) discípulo de Alex Haller (Baltimore, MA, EEUU), el grupo pionero en este tema y en la puesta en práctica de los cursos AITP ha sido el del H. Gregorio Marañón (HGM) liderado por Juan Vázquez y su equipo. Posteriormente, fue nuestro grupo del H. Vall d'Hebron de Barcelona (HVH) también con la tutoría de Alberto Iñón y la colaboración del equipo del HGM quien se inició en este camino. La Coruña (D. Vela) y Salamanca (F. Hidalgo) bajo los auspicios del HGM y Las Palmas (M. Castro y L. Alonso) bajo los auspicios del HVH han repetido cursos de AITP (Atención Inicial al Trauma Pediátrico) para la formación interdisciplinar de todo aquel que quiera aprender las primeras maniobras indispensables en el cuidado de estos pacientes (enfermería, equipo de ambulancias medicalizadas, pediatras, cirujanos pediátricos).

Planes de prevención primaria, proyectos de prevención secundaria, registro del trauma pediátrico, evaluación de los niveles de hospitales capacitados para ser centros de referencia, cursos de AITP, son algunos de los aspectos que se están desarrollando de forma importante, pero insuficiente.

Para que estos proyectos lleguen a ser eficaces es necesario mantener una filosofía única, consensuada y tener un compromiso de exigencia.

En la sanidad española se ha llevado mucho el «café para todos», disolviendo con demasiada facilidad, la filosofía primera de los iniciadores. Hemos tenido extraordinarios pioneros en medicina pero, con el paso del tiempo y estimulados por competencias mal entendidas e ineficaces, nos ha costado mantener el nivel cuando se ha abierto la posibilidad de que otros centros hicieran esa o aquella técnica.

En nuestra corta vida profesional hemos visto varios ejemplos. Fácil es pensar en el trasplante hepático pediátrico con casi un centro por comunidad autónoma, como si no hubieran otras necesidades más èrematorias y en contraste con otras culturas como la anglosajona, (ahora se está dando el permiso al tercer centro de trasplante hepático en Gran Bretaña, que por cierto tiene más población que nosotros). También podríamos decir algo especial del trasplante renal pediátrico. Por tanto, sabemos que éste no es el camino. Si queremos ser eficaces debemos tener experiencia, aunar esfuerzos y buscar la labor de equipo. Colaborar entre los hospitales, en protocolos, en circuitos y a partir de estas acciones, ir progresando gradualmente y consolidando lo ya realizado. Sólo así tendremos crédito frente a las administraciones respectivas hasta llegar a una organización completa.

El grupo Español de Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP) ha centralizado los cursos de RCP y en Cataluña se han realizado estos cursos con el fuerte apoyo de la Societat Catalana de Pediatria. Es un ejemplo de desarrollo distinto, en un tema similar. Algunos de nosotros, como profesionales de la cirugía pediátrica y miembros de la SECP, hemos iniciado la puesta en marcha de la Comisión del Trauma Pediátrico dentro de la SECP y coordinada por el Dr. Navascués.

Os invitamos a integrarse en esta comisión y a hacer una reflexión de cómo queremos explorar y desarrollar este tema apasionante o bien a través de centros donde ya se están llevando a cabo estos cursos y que hemos citado anteriormente o bien que sean modulados por la SECP.

Otra alternativa es dejarlo abierto sin compromiso para que cada uno haga lo que quiera que es una manera muy nuestra de hacer las cosas, para no hacer nada.