

El programa de salud infantil, ¿qué, quién, cuántas veces?

María Jesús Esparza Olcina y Grupo PrevInfad⁽¹⁾

⁽¹⁾Grupo PrevInfad (AEPap): F. J. Soriano Faura (coord.), J. Colomer Revuelta, O. Cortés Rico, M. J. Esparza Olcina, J. Galbe Sánchez-Ventura, J. García Aguado, A. Martínez Rubio, J. M. Mengual Gil, M. Merino Moína, C. R. Pallás Alonso, F. J. Sánchez Ruiz-Cabello

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2013; 43: 11-15]

RESUMEN

El programa de salud infantil (PSI) es el marco que encuadra las actividades preventivas a realizar en los niños. Existe controversia sobre algunos aspectos del PSI, tanto en su contenido como en su implementación. De todas las actividades preventivas (algunas de tipo intervención, otras de cribado y otras de consejo breve en la consulta), solo hay unas cuantas en las que podemos decir que hay buena o suficiente evidencia sobre su aplicación a la población general y otras sí que son efectivas pero aplicadas solo a población de riesgo.

De acuerdo con las características de población, sobrecarga asistencial, competencias y preferencias de los profesionales, es cada equipo pediátrico el que debe distribuir qué visitas debe realizar cada uno y si conviene o no que alguna de ellas sea conjunta.

Respecto al número de visitas el grupo PrevInfad, propone un total de 10 visitas entre los 0 y los 14 años, más una prenatal y otra entre los 16 y los 18 años. El objetivo es conseguir la máxima eficiencia, reduciendo las visitas a las mínimas necesarias para asegurar la realización de las actividades que han demostrado ser eficaces y que se hagan coincidir con los momentos en los que hace falta aplicar el calendario vacunal. El contenido y la organización del PSI debe ser un proceso flexible que le permita en cada momento adaptarse a los nuevos resultados en investigación y a los cambios y necesidades sociales.

PALABRAS CLAVE

Programa de Salud Infantil, Actividades Preventivas, Atención Primaria.

The well child program, what, who, how many times?

ABSTRACT

The well child program (WCP) is the frame for the preventive activities to be carried out in children. There is controversy on some aspects of the WCP, in its contents as well as in its implementation. There are only a few preventive activities (some of them of intervention, other of screening and other of brief counseling) that have good or sufficient evidence to be performed in the general population, and other are effective only if implemented in population at risk.

According to population's features, professionals' work overload, skills and preferences, the pediatric team should decide the visits to be implemented by the nurse or by the pediatrician, or both.

Concerning to the number of visits, the group PrevInfad proposes a total of 10 visits in children 0 to 14 years old, one antenatal visit and one in adolescents 16 to 18 years old. The objective is to get the best efficiency by reducing the number of visits to the least necessary to assure that the most effective activities are implemented, and coinciding with the immunization schedule. The WCP contents and organization should be a flexible process that adapts to research updates and to social changes and needs.

KEYWORDS

Well Child Program, Preventive Activities, Primary Care.

Correspondencia: María Jesús Esparza Olcina
Plaza de México n.º 7, 28220 Majadahonda (Madrid)
e-mail: esparza3056@gmail.com
Recibido: marzo de 2013. Aceptado: abril de 2013

El programa de salud infantil (PSI), o las revisiones del niño sano como algunos lo llaman, es el programa estrella de la atención primaria pediátrica⁽¹⁾.

Desde los comienzos del modelo sanitario que dio lugar a los centros de salud, con la Ley General de Sanidad en 1986, hemos tenido claro que la medicina preventiva es uno de los principales objetivos de la pediatría ambulatoria.

En los últimos tiempos, no obstante, han surgido múltiples preguntas, voces detractoras, e incluso autoridades sanitarias que ponen en tela de juicio que estas actividades se tengan que realizar en las consultas de pediatría.

Este artículo está basado en la charla de la mesa redonda de la VIII jornada de pediatría de atención primaria de la araPAP. Su título plantea 3 preguntas operativas sobre el PSI: qué actividades hacer; quién las hace y cuántas veces hay que hacerlas^(2,3,4).

Pero hay preguntas más de fondo... ¿Para qué sirve el PSI? ¿Para quién es? ¿Cuál es nuestra población diana?

Las respuestas las podemos buscar en la explicación de en qué consiste la medicina preventiva, los campos que puede abarcar la prevención:

- En primer lugar la PREVENCIÓN PRIMARIA, que es la que se ofrece a personas, en este caso niños, totalmente sanos con el objeto de evitar enfermedad. Su prototipo son las vacunas.
- La PREVENCIÓN SECUNDARIA es la que se aplica a niños y adolescentes asintomáticos pero con factores de riesgo o en la fase preclínica de una enfermedad. Sería actuar sobre factores de riesgo en un caso (por ejemplo el tabaco), y el cribado de enfermedades antes de que den síntomas (por ejemplo el cribado neonatal del hipotiroidismo).
- La PREVENCIÓN TERCIARIA sale del ámbito del PSI porque se trata de prevención sobre niños sintomáticos, enfermos, para evitar complicaciones de su enfermedad, por ejemplo la vacunación antigripal en niños con cardiopatías. Este tipo de prevención es en realidad la realización de buenas prácticas en la clínica en general.
- Y la PREVENCIÓN CUATERNARIA, cuyo concepto es nuevo y se refiere a la prevención de los daños causados por la cascada diagnóstica ocasionada por un test de cribado positivo y la sobremedicalización de patologías detectadas por cribado y que quizá nunca hubiesen producido enfermedad. Es el abordaje de los falsos positivos, que es el

principal argumento de los detractores de la medicina preventiva y es también la mayor preocupación de los que elaboran recomendaciones sobre actividades preventivas.

ENTONCES, ¿QUÉ HACEMOS EN EL PSI?

De todas las actividades preventivas (algunas de tipo intervención, otras de cribado y otras de consejo breve en la consulta), solo hay un puñado de ellas en las que podemos decir que hay buena o suficiente evidencia sobre su aplicación a la población general.

Estas son las que agencias como el ICSI⁽⁵⁾ y la USPSTF⁽⁶⁾, así como PrevInfad⁽⁷⁾, les adjudican un grado A o B de recomendación.

- Vacunaciones
- Cribado neonatal de metabolopatías
- Cribado visual a los 3-5 años
- Cribado auditivo neonatal
- Cribado de criptorquidia
- Consejo sobre prevención del SMSL
- Consejo sobre lactancia materna
- Consejo sobre accidentes en el hogar
- Consejo bucodental
- Vitamina D profiláctica
- Cribado de la obesidad (recientemente ascendida de categoría por la USPSTF)

Pero es que además de ser pocas las actividades preventivas con alto grado de recomendación, esto puede cambiar con el tiempo porque las recomendaciones se van actualizando a la luz de nuevas investigaciones, y algunas de ellas suben en la escala de la recomendación, otras bajan, y otras salen del pozo de la evidencia insuficiente para posicionarse o para desaparecer de las recomendaciones⁽⁸⁾.

Han descendido de categoría en los últimos años: el cribado de la displasia evolutiva de la cadera, el cribado de la escoliosis y la realización de análisis sistemático de orina como cribado, entre otras.

Han ascendido de nivel de recomendación: el cribado neonatal de metabolopatías, el cribado auditivo neonatal y la administración de la vitamina D profiláctica, entre otras.

PROBLEMAS PARA LA RECOMENDACIÓN DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Es difícil establecer un alto grado de recomendación para una actividad preventiva. Esto se debe a que la máxima

calidad de la evidencia en intervenciones sanitarias, sean tratamientos o actividades preventivas, viene de ensayos clínicos aleatorizados, pero en prevención no suelen encontrarse estudios de calidad con este diseño, en ocasiones no sería siquiera ético realizarlos. Por ello, en prevención las recomendaciones se basan en otro tipo de diseños de estudio, que nos ofrece un menor nivel de evidencia.

Por este motivo, la USPSTF ha cambiado la denominación de sus recomendaciones, hablando no de calidad o nivel de la evidencia sino de «certeza» en que el balance beneficio-riesgo es positivo (haciendo esta certeza relativamente independiente del diseño de estudio)⁽⁹⁾.

Y por esto la frase ya muy repetida de que «la falta de pruebas no indica que las actividades preventivas en la infancia estén infundadas o sean ineficaces».

Además, los principios que presumen que las medidas preventivas son efectivas frente al coste de los cuidados individuales de la enfermedad son desconocidos en realidad. Salvo las vacunaciones y las políticas de saneamiento ambiental, se desconoce el análisis de coste, beneficios y prejuicios de una gran parte de las medidas preventivas sugeridas en las consultas de atención primaria.

Por otro lado, las actividades preventivas consumen recursos humanos y tiempo: estimamos que el tiempo necesario para atender a una población de 900 usuarios de 0 a 14 años sería de 4 horas diarias para las actividades preventivas recomendadas con fuerza A o B.

Cuando la evidencia es insuficiente, hay otros factores que nos pueden ayudar en la toma de decisiones: la carga de la enfermedad, los posibles daños ocasionados por la propia actividad preventiva, los costes asociados a la misma, y cuál es la práctica habitual en nuestro entorno⁽⁸⁾.

Así será mucho mejor aceptada una actividad preventiva que, aunque tenga evidencia insuficiente, prevenga una dolencia que produce mucho sufrimiento; y será peor aceptada una actividad que por sí misma ocasione daños o sea muy costosa económicamente o en recursos humanos o tiempo.

La práctica habitual se refiere a actividades muy integradas en la práctica clínica de las consultas y que podría ser costoso eliminarla en términos de confianza de los padres e incluso de autoconfianza del clínico, por ejemplo auscultar en todas y cada una de las visitas, no produce gastos económicos ni consume mucho tiempo, por lo que puede ser conveniente realizarla aunque no tenga evidencia suficiente que la respalde.

En ocasiones algunas actividades preventivas sí que son efectivas pero **solo en poblaciones de riesgo** o en atención oportunista.

Son **efectivas si se aplican a poblaciones de riesgo**:

- Consejo ITS y cribado clamidia adolescentes
- Flúor
- Cribado de la displasia de cadera
- Cribado de ferropenia
- Cribado de la enfermedad celíaca
- Cribado de dislipemia
- Prueba de la tuberculina
- Cribado del autismo
- Otras...

El rendimiento de los exámenes físicos rutinarios anuales es extremadamente pequeño; se objetivan hallazgos anormales no conocidos previamente en el 1,5% de los lactantes, 2,5% de los preescolares, y 4% de los escolares. La mayoría son hallazgos menores, detectables por otros medios, por lo que se considera que su realización sistemática no es eficaz y tiene escaso valor como prueba de cribado.

Y... ¿QUIÉN LO HACE?

La distribución concreta de las tareas no puede imponerse

En los estudios en que se comparan los resultados en salud, en eficiencia, en satisfacción de los usuarios... no se encuentra una respuesta clara a esta cuestión. Pero sí que está claro que la mayor parte de las actividades preventivas, sobre todo las de consejo y hábitos saludables, son competencia clara de los cuidados enfermeros⁽¹⁰⁾. La evaluación física no se ha mostrado eficiente en todas las citas del programa PSI, sino en algunos momentos clave del desarrollo infantil. Por tanto, de acuerdo con las características de población, sobrecarga asistencial, competencias y preferencias de los profesionales, es cada equipo pediátrico el que debe distribuir qué visitas debe realizar cada uno y si conviene o no que alguna de ellas sea conjunta.

No hay que olvidar tampoco que hay actividades preventivas que sería más eficiente realizarlas desde el ámbito comunitario, y no necesariamente por profesionales sanitarios, por ejemplo actividades de seguridad vial organizadas por ayuntamientos, formación e información sobre sexualidad en las escuelas/institutos, charlas sobre alimentación y consumo organizadas por organizaciones de consumidores, etc.

Y... ¿CUÁNTAS VECES?

Se realizó una búsqueda que respondiera a la pregunta «¿En niños sanos (población) la disminución en el número de controles de salud (intervención) comparada con la secuencia estándar (comparación) provoca consecuencias sobre su salud (resultado)?».

Los estudios hallados no encuentran diferencias en resultados en salud al disminuir el número de visitas^(11,12).

Cuando consultamos qué calendario de visitas de los distintos programas de salud infantil se siguen en las instituciones más prestigiosas, encontramos grandes discrepancias:

- El programa Bright Futures, adoptado por la AAP, propone 23 visitas hasta los 14 años, mientras que el ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement), también estadounidense, propone solo 10.
- En el Reino Unido, el NHS (National Health Service) plantea la realización tan solo de 8 visitas hasta los 14 años, dos de ellas solo para vacunar, y son todas ellas realizadas por health visitors (enfermeras).
- El Rourke Baby Record (RBR) es el programa que se sigue en Canadá, y se aplica hasta niños de 5 años. En 2009 proponían 8 visitas y cuatro más opcionales, que en la versión de 2011 han aumentado a 9, al considerar la visita del mes de vida como fija en vez de ser opcional (hasta los 5 años el ICSI propone 7).

En el ámbito nacional las recomendaciones de los PSI difieren por comunidades autónomas tanto en su contenido como en su organización.

El grupo PrevInfad en el manual actualizado en 2011 propone un total de 10 visitas entre los 0 y los 14 años, más una prenatal y otra entre los 16 y los 18 años.

El PSI de la AEPap propuso en el año 2009 una secuencia similar, con tres controles más, a los 9 meses, uno más entre los 2 y los 4 años y otro más entre los 6 y los 14 años.

Por lo tanto, en cuanto al número de visitas no teníamos evidencias, pero es que tampoco tenemos consenso.

Según una encuesta realizada en octubre de 2012 a las Juntas ejecutivas de las asociaciones federadas de la AEPap, como era de esperar, el número de controles en las distintas comunidades autónomas varía considerablemente. Hay homogeneidad en otros aspectos, pero también se han visto ineficiencias en algunos contenidos por aplicar más intervenciones de las recomendadas y a más grupos etarios de los necesarios.

Existe **homogeneidad** en:

- Instrumentos de cribado de la mayoría de las intervenciones.
- Implantación del Programa de salud bucodental con unidades especializadas para la atención infantil.

Existe **heterogeneidad** en:

- Número de enfermedades hereditarias que se criban al nacer.
- Instrumento utilizado en el cribado auditivo neonatal.
- Número de controles de salud.
- Número de veces que se realiza cribado HTA.
- Cribado de TBC en población de riesgo.
- Cribado de dislipemia en población de riesgo.
- Administración de flúor tópico y de flúor sistémico.

Nuestra propuesta es que para conseguir la máxima eficiencia, se reduzcan las visitas a las mínimas necesarias para asegurar la realización de las actividades que han demostrado ser eficaces y que se hagan coincidir con los momentos en los que hace falta aplicar el calendario vacunal.

Tener muy en cuenta los recursos de los que se dispone, lo que puede hacer aconsejable hacer más controles a los pacientes de riesgo, y menos a los de menos riesgo.

Aplicar también el criterio de eficiencia y recursos disponibles al reparto de profesional adecuado para realizar los controles.

Pensar además en que hay intervenciones preventivas que pueden salir del esquema del PSI y ser tanto o más efectivas: atención en grupo, consejo y cribado oportunista en consultas de demanda, visitas puntuales para vacunación...

En la tabla 1 se presenta un esquema, que es una actualización del que se presentó como propuesta de mínimos en el curso de la AEPap en 2011. Este esquema integra el número de visitas, las actividades mínimas a realizar y el profesional que las puede realizar.

CONCLUSIONES

El objetivo de la intervención preventiva es ofrecer a toda la población lo que resulta en salud para todos y a poblaciones de riesgo o de acción oportunista lo que resulta en salud para ese grupo o condición.

El contenido y la organización del PSI debe ser un proceso flexible que le permita en cada momento adaptarse a los nuevos resultados en investigación y a los cambios y necesidades sociales.

Tabla I. Propuesta de mínimos a realizar en el Programa de Salud Infantil (PSI)

	RN-1s	1m	2m ¹	4m ¹	6m ¹	15m ¹	18m ¹	4-6a ¹	14a ¹
Metabolopatías	E								
Audición ²	E								
SMSL	E	E	E	E	E				
LM	E	E	E	E	E	E	E		
Vitamina D	E	E	E	E	E				
Accidentes		E			E	E	E	E	E
IMC								E	E
Criptorquidia	P ³				P ³				
Visión	P ³				P ³			P ³	
Flúor ⁴								E	E
Vacunas ¹			E	E	E	E	E	E	E

¹ Según Calendario Vacunaciones de cada Comunidad Autónoma.
² Confirmar que se ha realizado cribado auditivo y si no, solicitarlo.
³ Realizar también exploración adecuada a grupo de edad.
⁴ Consejo bucodental y flúor tópico o sistémico en poblaciones de riesgo.
E = ENFERMERÍA
P = PEDIATRÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). PSI, Programa de Salud Infantil. 2009. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. Soriano Faura FJ. ¿Qué intervenciones recomendar? AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2011. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011, pp. 15-21.
- España Olcina MJ. ¿Quién hace qué en el Programa de Salud Infantil? AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2011. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011, pp. 29-33.
- Colomer J. ¿Cuántos controles son necesarios? AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2011. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011, pp. 23-27.
- Wilkinson J, Bass C, Diem S, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Preventive Services for Children and Adolescents. <http://bit.ly/PrevServKids0912>. Updated September 2012.
- USPSTF A and B Recommendations. August 2010. U.S. Preventive Services Task Force. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspstabrecs.htm>.
- Grupo de la infancia y adolescencia del PAPPs (PrevInfad/PAPPs). Programa de la infancia y adolescencia. Aten Primaria. 2012; 44 SI: 81-92.
- Petitti DB, Teutsch SM, Barton MB, Sawaya GF, Ockene JK, DeWitt T. U.S. Preventive Services Task Force. Update on the methods of the U.S. Preventive Services Task Force: insufficient evidence. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 199-205.
- Sawaya GF, Guirguis-Blake J, LeFevre M, Harris R, Petitti D. U.S. Preventive Services Task Force. Update on the methods of the U.S. Preventive Services Task Force: estimating certainty and magnitude of net benefit. *Ann Intern Med*. 2007; 147: 871-875.
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hoekelman RA. What constitutes adequate well-baby care? *Pediatrics*. 1975; 55: 313-326.
- Gilbert JR, Feldman W, Siegel LS, Mills DA, Dunnett C, Stoddart G. How many well-baby visits are necessary in the first 2 years of life? *Can Med Assoc J*. 1984; 130: 857-861.