

Jueves 11 de noviembre de 2004

Mesa Redonda:

“Actividades preventivas
en la infancia y adolescencia
(Grupo PrevInfad).

¿Cuándo prevenir es mejor
que curar?”

Moderador:

Francisco Javier Soriano Faura

Pediatra, CS Virgen de la Fuensanta, Valencia

■ **¿La promoción de la salud en AP es eficaz?, ¿la evidencia científica es suficiente para llevar a cabo una actividad preventiva?**

Francisco Javier Soriano Faura y Grupo PrevInfad

Pediatra, CS Virgen de la Fuensanta, Valencia

■ **¿Qué actividades preventivas están avaladas por pruebas científicas y en qué grado?**

Joan Pericas Bosch y Grupo PrevInfad

Pediatra, CAP La Mina, Sant Adrià de Besòs, Barcelona

■ **¿Cuántos controles son necesarios en el Programa de Actividades Preventivas?**

Julia Colomer Revuelta y Grupo PrevInfad

Pediatra, CS Fuente de San Luis (Valencia) y Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Universidad de Valencia

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Colomer Revuelta J y Grupo PrevInfad. ¿Cuántos controles son necesarios en el Programa de Actividades Preventivas? En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004; p. 57-60.

¿Cuántos controles son necesarios en el Programa de Actividades Preventivas?

Julia Colomer Revuelta y Grupo PrevInfad⁽¹⁾

Pediatra, CS Fuente de San Luis (Valencia) y Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Universidad de Valencia
Julia.Colomer@uv.es

RESUMEN

Esta presentación tiene como objetivo hacer algunos planteamientos para el debate de cuál sería el número de controles a realizar en nuestra población infantil, bajo las perspectivas de factibilidad, costo-efectividad, satisfacción de la población y resultados positivos en salud.

Se presentan los resultados obtenidos en la revisión crítica del tema y se comparan los calendarios propuestos por las principales organizaciones y grupos que a nivel mundial elaboran recomendaciones sobre supervisión de la salud infantil.

Tras la reflexión sobre algunos factores importantes para la decisión que no han sido analizados se concluye con la importancia de plantear un debate a partir de los hallazgos expuestos y nuestras experiencias profesionales.

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, las actividades preventivas y de promoción de salud desde la Atención Primaria pediátrica están mayoritariamente centradas en las acciones individuales que realizamos los pediatras dentro de nuestras consultas.

(1) Grupo PREVINPAD: Francisco Javier Soriano Faura (pediatra, Valencia [Coordinador del grupo]), Juan J. Delgado Domínguez (pediatra, La Coruña), José Galbe Sánchez-Ventura (pediatra, Zaragoza), Joan Pericas Bosch (pediatra, Barcelona), Manuel Merino Moína (pediatra, Madrid), Francisco Javier Sánchez-Ruiz Cabello (pediatra, Granada), Carmen Rosa Pallás Alonso (pediatra, Madrid) y Julia Colomer Revuelta (pediatra, Valencia).

Tradicionalmente, desde el ámbito sanitario, estas actividades consisten en la evaluación repetida de niños sanos y su unidad básica son los controles, exámenes o revisiones de salud que tienen como objetivo la detección y orientación de estados patológicos así como de las condiciones relacionadas con la aparición de patología. También se postula como objetivo secundario de estas revisiones de salud el incremento del lazo terapéutico entre profesionales sanitarios, la familia y los niños.¹

Aunque cada visita es específica según edad y riesgo del menor o la familia, su contenido incluye actividades de promoción de salud (consejo y educación) y prevención de enfermedades (inmunizaciones y cribado) así como la detección de factores de riesgo y de protección.

Son estas revisiones sistemáticas y programadas de salud la principal (y en bastantes ocasiones la única) actividad de promoción de salud y de prevención que realizamos en la población infantil a nuestro cargo e invertimos una gran parte de nuestra sobrecargada actividad diaria como pediatras en proporcionar estos servicios preventivos desde el nacimiento hasta la adolescencia.

Si bien la mayoría de los programas preventivos surgieron en todo el mundo del consenso de expertos, en las últimas décadas se ha realizado un importante número de ensayos controlados y de revisiones sistemáticas con el objetivo de identificar evidencias científicas más sólidas que sostengan las intervenciones preventivas recomendadas en cuanto a quién debe realizarlas, cómo, cuándo y qué debe formar parte de su contenido.²

El objetivo de mi intervención es hacer algunos planteamientos para el debate de cual sería el número de controles a realizar en nuestra población infantil, bajo las perspectivas de factibilidad, costo-efectividad, satisfacción de la población y resultados positivos en salud.

Nos centraremos en las recomendaciones generales para la población infantil sin problemas crónicos de

salud y sin factores de riesgo individual, familiar o social específicos ya que los demás requerirían una orientación diferente.

¿MÁS ES MEJOR?

En la búsqueda de argumentos para la decisión del número de controles que sería adecuado a nuestra población infantil hemos completado dos etapas:

- I. Revisión sistemática y crítica de la literatura. Partiendo de la realizada por Dinkevich³ la metodología utilizada fue:

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)?

Búsqueda: en las bases de datos de la Cochrane Library, Medline y DARE y con los metabuscadores TRIP Database y SUMSearch.

Palabras clave: *well-child, well-baby, childcare, health supervision, visits number, schedule.*

La búsqueda bibliográfica nos aportó tan sólo dos ensayos controlados pertinentes a nuestra pregunta de investigación. En el primero de ellos realizado en Estados Unidos, Universidad de Rochester, entre 1971 y 1973⁴, los investigadores comparan una secuencia de 3 controles (en realidad tres visitas pediátricas más dos visitas adicionales sólo para vacunación) en el primer año de vida de lactantes sanos con la estándar de 6 controles. Los autores concluyen que no existen diferencias en cuanto a los resultados entre ambos grupos valorados mediante ganancia de las madres en conocimientos importantes para la crianza de sus hijos, el grado de satisfacción con la atención recibida, cumplimiento de las recomendaciones o patologías no detectadas. Otra conclusión interesante de este estudio, aunque no es nuestro objetivo actual su valoración, es la de que la efectividad de los controles es similar independientemente de que los realice un médico o un profe-

sional de enfermería especialmente entrenado en estas actividades.

La segunda publicación se trata también de un ensayo controlado realizado en Canadá una década más tarde con dos cohortes de recién nacidos sanos seguidos durante dos años.⁵ Un grupo realizó 10 controles y el otro⁵. Como resultados para la comparación se tuvieron en cuenta aspectos psicosociales y del desarrollo tales como: el cociente de desarrollo mental, ambiente familiar, visitas al servicio de urgencias, ansiedad materna, satisfacción de los padres con la atención así como patología no detectada. Los investigadores no encontraron diferencias significativas entre los dos grupos aunque apreciaron que en general las primíparas realizaban más visitas fuera de las programadas demandando actividades preventivas y que el cumplimiento de las citas fue mayor en el grupo de menor número de controles.

Los autores concluyen que el número de visitas puede reducirse de 10 a 5 sin perder efectividad, especialmente en hijos de madres no primíparas.

Por lo tanto, los dos únicos estudios relevantes sobre el tema concluyen que una secuencia menor de visitas durante los dos primeros años de vida no provoca un efecto negativo sobre la salud de los niños.

2. Búsqueda no sistemática de organizaciones o grupos que elaboran recomendaciones sobre supervisión de la salud infantil.

Al comparar las diferentes recomendaciones observamos que (tabla 1) algunas entidades norteamericanas como la American Academy of Pediatrics (AAP)⁶ o la American Academy of Family Physicians (AAFP)⁷ así como Bright Futures (BF) recomiendan 20 visitas hasta los 14 años (28 hasta los 21 años incluyendo visitas prenatal y de recién nacido) aunque en ellas son indicados algunos procedimientos preventivos sin base científica clara.

El *Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)*⁸ publica una guía basada en la evidencia en la que se protocoliza una reducción importante en el número de vi-

sitas respecto a las anteriores con un total de 11-12 controles dependiendo de las características del menor y su familia.

El *Rourke Baby Record (RBR)*⁹ desarrollado en Canadá a partir de las recomendaciones de la Canadian Task Force y respaldado por la Canadian Paediatrics Society, además de indicar medidas preventivas con sus respectivos niveles de evidencia, sugiere entre 8 y 10 visitas en los primeros 5 años de vida.

La recomendación más radical en términos de racionalización de recursos y evidencia científica es la realizada por el Reino Unido (RU) en su programa "Health for all children"¹⁰ que sugiere sólo dos controles de salud uno al nacimiento y otro entre las 4 y 8 semanas con la posibilidad de visitas opcionales a los 8 meses, los 2 y cuatro años. Su autor David Hall reconoce que aunque se trata de una medida poco popular está estrictamente basada en la evidencia de la efectividad de la atención al niño sano. Este programa incluye un equipo profesional amplio y bien preparado (enfermería, visitadores de salud, ortopedas, maestros, voluntarios...) que realizan ocho visitas más a lo largo de la infancia.

En España el grupo de actividades preventivas en infancia y adolescencia (PREVINFAD) propone un total de 11 visitas entre los 0 y 14 años con el fin de cumplir las actividades.¹¹

Recientemente, el grupo de Pediatras de Atención Primaria del Área 10 (GpapA10) de Madrid tras la revisión realizada por Manuel Merino y en la que fueron tenidas en cuenta las cuestiones expuestas, propusieron un calendario de 13 revisiones en 7 de las cuales habría una participación prefijada del pediatra (no publicado).

Hasta el momento ninguna de estas organizaciones o grupos ha presentado resultados de la aplicación de esta secuencia de revisiones que nos permita hacer una valoración de las mismas, pero a la hora de elegir entre las recomendaciones de unas u otras parece lógico inclinarse por las realizadas por los grupos que las apo-

yan con evidencias mas allá de las opiniones de expertos. Son además las que menor número de controles proponen (tabla I).

CONCLUSIONES

Como conclusión podríamos decir que aunque sí queda claro que más no es en este caso mejor; el número ideal de controles no se ha establecido y difícilmente llegará a establecerse dadas las dificultades éticas y técnicas para la realización de ensayos controlados con un tamaño de muestra adecuado y largos periodos de seguimiento.²

Por otra parte, cada niño en razón de sus circunstancias personales, familiares o sociales requerirá una adap-

tación diferente y tampoco hay que olvidar las posibilidades de cada lugar de trabajo según sus recursos y presión asistencial.

Otro aspecto importante pero que ha quedado fuera de los objetivos de esta intervención es el de la reivindicación del papel fundamental que la enfermería pediátrica juega en estos controles y sus posibilidades en cuanto a la realización de controles de forma independiente.

Partiendo de lo expuesto en esta mesa redonda: ¿podremos mediante el debate y nuestras experiencias profesionales llegar a consensuar un número concreto de controles adecuado a nuestras necesidades y posibilidades?

Tabla I. Comparativa de controles de salud propuestos por organizaciones y grupos de actividades preventivas pediátricas

	<15d	1m	2m	4m	6m	9m	12m	15m	18m	2a	3a	4a	5a	6a	8a	10a	11a	12a	13a	14a	Total	
AAP ⁵	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20
BF ¹	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20
BRR ⁹	x	o	x	x	x	o	x		x	x		x										8+2
ICSI ⁸	x		x	x		x	x	x		o	x	x	x					x	x			11+1
RU ¹⁰	x	x			o					o		o										2+3
PREVINFAD ¹¹	x		x	x	x		x	x	x	x	x			x		x					x	11

Las abreviaturas de los grupos y organizaciones se corresponden con las del texto:
X: control recomendado; **O:** control opcional; **d:** días; **m:** meses; **a:** años.

Bibliografía

- Green M, Palfrey JS. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. VA: National Center for Education in Maternal and Child Health (2nd), 2004, Arlington. [Fecha de consulta 27-6-2004]. Disponible en <http://www.brightfutures.org/bf2/index.html>
- Blank D. Well-child care today: an evidence-based view. J Pediatr (Rio J) 2003;79 Suppl 1: S13-S22.
- Dinkevich E, Hupert J, Moyer VA. Evidence based well child care. BMJ 2001; 323: 846-849.
- 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.
- Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Recommendations for Preventative Pediatric Health Care. Pediatrics 2000; 105: 645-6646.
- American Academy of Family Physicians. Summary of Policy Recommendations for Periodic Health Examinations. Revision 5.3. Leawood (KS): AAFP. 2002. [Fecha de consulta 25-6-2004]. Disponible en <http://www.aafp.org/exam.xml>
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Preventive services for children and adolescents. 2003. [Fecha de consulta 27-6-2004]. Disponible en <http://www.icsi.org>
- Rourke LL, Leduc DG, Rourke JT. Rourke Baby Record 2000. Collaboration in action. Can Fam Physician 2001; 47: 333-334.
- Hall D. Health for all children 4th edition (HFAC4) and The Core Programme. [Fecha de consulta 25-6-2004]. Disponible en <http://www.healthforallchildren.co.uk/pdf/hfac4/hfac4.pdf>
- Grupo PAPPs Infancia. Actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Recomendaciones PAPPs. Semfyc ediciones; 2004.