

Evidencias y desafíos de la supervisión de salud del niño en el siglo XXI

Dra. Luisa Schonhaut B.

Dra. Patricia Salinas A.

Unidad de Pediatría Ambulatoria
Departamento de Pediatría
Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana,
Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Contacto: lschonhaut@alemana.cl

Introducción

La supervisión de salud o control de niño sano (CNS) tiene como objetivos principales promover hábitos de vida saludables, realizar actividades preventivas como inmunizaciones, tamizajes y detectar en forma temprana situaciones que puedan afectar la salud y desarrollo de los pequeños⁽¹⁾.

El objetivo del presente manuscrito es revisar la evidencia tras las prácticas recomendadas del CNS, tanto en lo organizativo como en sus contenidos, analizando su aplicabilidad en las consultas de pediatría ambulatoria. En este ensayo se abordarán las indicaciones en relación a los niños que no tienen patología evidente. No se abordará en este capítulo la supervisión de los niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS), los prematuros extremos o los niños portadores de patologías congénitas, para quienes se han desarrollado guías específicas.

La supervisión de salud del niño, una mirada histórica

La práctica del CNS fue establecida en nuestro país hace cerca de un siglo, a través de tres grandes instituciones, las Gotas de Leche del Patronato Nacional de la Infancia, el Seguro Obrero y Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia

(PROTINFA), que luego se fusionaron con la Dirección General de Sanidad para dar origen al Servicio Nacional de Salud (SNS) en el año 1952⁽²⁾. En aquellos años, el propósito era luchar contra las altas tasas de mortalidad infantil, relacionadas fundamentalmente con la desnutrición, falta de higiene e infecciones. Para ello se instruía y educaba a las madres y se supervisaba estrechamente el cuidado que daban a sus niños (Figura 1).⁽³⁾

Figura 1. Consultorio de Lactantes y oficina del niño. Caja Seguro Obligatorio, Provincia de Aconcagua, ca. 1935



© 2016 Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Gracias a políticas como estas -que se enfocaron en la salud materno-infantil, además de los avances en el nivel de vida, saneamiento ambiental y educación- se logró una rápida transición epidemiológica y demográfica a nivel del país ⁽⁴⁾, debiendo enfrentarnos actualmente a los problemas de salud mental y las enfermedades crónicas no transmisibles, patologías que sobrepasan el ámbito biomédico ⁽⁵⁾.

El sistema nacional de salud de Chile está dividido en un subsistema público y otro privado. En el subsistema público, en que se atiende dos tercios de la población infantil, la supervisión de salud es realizada por distintos profesionales, siguiendo las guías de la “Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud” (NT-APS) publicada por el Ministerio de Salud (MINSAL) el año 2014 ⁽¹⁾.

El tercio restante de los niños es atendido por pediatras en el subsistema privado de salud, donde hay gran variabilidad

en la periodicidad de los controles, contenidos y estilos de atención. Los pediatras deben compatibilizar la consulta tradicional (como es el control antropométrico y la morbilidad aguda que suele acompañar el CNS) con el enfoque de la nueva morbilidad en un tiempo escaso, con recursos limitados y muchas veces sin la adecuada capacitación en este aspecto de la salud ^(6, 7).

Aspectos administrativos del control de niño sano

La NT-APS recomienda 19 controles de salud desde el alta de maternidad y hasta los 10 años, la mayoría de ellos realizados por médicos o enfermeras de acuerdo a la disponibilidad del recurso. Al comparar estas recomendaciones con otras sociedades científicas, podemos observar que existe gran diversidad en cuanto al número de controles, periodicidad y duración de los mismos (Tabla 1), sin que haya evidencia que sustente un número determinado de controles.

Tabla 1. Comparación del número y periodicidad de los controles de salud de distintas sociedades de Pediatría

Sociedad Científica	RN a 5 meses 29 días	6 a 11 meses 29 días	12 a 23 meses 29 días	2 a 5 años 11 meses	6 a 9 años 11 meses	Total controles hasta los 10 años
Chile 2014 ^{a 1}	6	2	2	5	4	19
USA 2000 ^{b 11}	4	2	3	4	2	15
USA 2014 ^{b 10}	4	2	3	5	4	18
España 2014 ^{c 12}	2		1	1	1	5
Canadá 2010 ^{d 28}	3 + 1 op	1+1 op	2 + 1 op	2	4	12 + 3 op
Argentina 2005 ^e	6	3	1	-	-	10
Inglaterra 2013 ²⁹	2	-	-	1	-	3
Alemania	3	1	1	3	2	10

^a Los controles son por médico o enfermera de acuerdo a la disponibilidad del recurso, salvo a los 5 meses y 3 años se recomienda control por nutricionista. Resto de

^b Controles anuales continúan hasta los 21 años

^c Se definen algunos rangos de edades en que se tienen que cumplir ciertas

actividades recomendadas por la PrevInfad, manteniendo flexibilidad respecto al número total de controles

^e los controles están definidos hasta los 12 meses

^d Se recomienda continuar con los controles hasta los 17 años

Op= opcionales

A pesar que ensayos clínicos realizados en los años '70-80 demostraron que la efectividad del CNS no disminuye al reducir a la mitad el número de controles en los primeros 12 a 24 meses de vida^(8, 9), la Academia Americana de Pediatría, entre el años 2000 y 2014, aumentó de 16 a 19 los CNS recomendados para los niños de hasta 10 años de edad^(10, 11). Mientras que otras sociedades científicas han definido los contenidos e intervenciones de salud para los distintos rangos etarios y flexibilizaron la periodicidad y número de atenciones recomendadas para cubrirlos, considerando las posibilidades organizativas de los servicios de salud, el contexto de cada familia y las necesidades individuales de atención^(12, 13).

Investigaciones han demostrado que una adherencia baja a los controles de supervisión de salud, se asocia a mayor riesgo de "hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria" (indicador de actividad hospitalaria que ha demostrado su utilidad como medida indirecta del funcionamiento de la Atención Primaria de Salud), en niños que tienen al menos una enfermedad crónica⁽¹⁴⁾, y de "hospitalizaciones prevenibles" en niños de poblaciones pobres⁽¹⁵⁾.

Según la NT-APS el rendimiento es de 1 a 2 pacientes por hora, dependiendo de la actividad a realizar; mientras que en el servicio de pediatría de nuestra institución, el rendimiento en promedio es de 2 a 3 pacientes por hora. En un estudio realizado en Estados Unidos el año 2008, la duración promedio de las visitas de CNS fue de 20,3 minutos (rango intercuartílico 11,3-20,5)⁽¹⁶⁾. El tiempo dedicado a la consulta se ha asociado a mayor entrega de guías anticipatorias y cuidado centrado en la familia, incidiendo en la calidad de la atención y satisfacción de los padres^(17, 18). Debido al impacto del factor "tiempo" y "dedicación" sobre la satisfacción parental, algunos pacientes muestran preferencia por la atención otorgada por otros profesionales de la salud sobre la realizada por médicos⁽¹⁹⁾.

En el sistema privado de salud son los pediatras o médicos familiares los que realizan la totalidad de los controles. Al respecto, Coker y cols., en una encuesta a los pediatras, demostró

que más de la mitad consideraba que se deberían incorporar profesionales de apoyo en algunos de los CNS para maximizar la efectividad y eficiencia de los servicios preventivos⁽²⁰⁾, recomendación respaldada por la evidencia en revisiones sistemáticas⁽²¹⁾. Esta estrategia se ha ido incorporando en algunas instituciones como la nuestra, especialmente para el cuidado y educación de niños con necesidades especiales de atención en salud y en el seguimiento de prematuros extremos.

Contenidos del CNS bajo la lupa de la evidencia

En cada control de salud se debe revisar la historia clínica, realizar un examen físico completo enfocado a la detección de posibles problemas de salud, evaluación antropométrica, vigilancia del desarrollo y el comportamiento, entrega de las guías anticipatorias y las pruebas de *screening* apropiadas a las edades de cada niño y a los factores de riesgo individuales, revisar las inmunizaciones, observar la interacción, apego, y resolver las inquietudes de los padres y niños⁽²²⁾. El gran problema de dichas recomendaciones es que están basadas en juicio de expertos, con escasa evidencia que respalda cada una de las intervenciones⁽²²⁾.

En una revisión sistemática, Blank demostró la efectividad de la orientación preventiva, del *screening* metabólico, de las inmunizaciones, de los tamizajes de visión y audición, no obstante, recomendaba que la monitorización del crecimiento y tamizaje del desarrollo sean racionalizadas. Mientras que la repetición sistemática del examen físico completo y exámenes de laboratorio, no estarían justificados⁽¹³⁾.

Por otro lado, cuando vemos la larga lista de exigencias que deberíamos cumplir en los controles de salud, nos preguntamos cuál es nuestra capacidad de cumplirlas considerando las limitaciones de tiempo y recursos. En un estudio de observación directa de 483 visitas de CNS de 52 profesionales en Estados Unidos (43 de ellos médicos), Norlin y cols. describieron que el 42% del tiempo de la consulta era destinado a actividades de supervisión/guías anticipatorias, 24% al examen físico y 22% a la discusión de otras preocupaciones, no relacionadas

directamente al cuidado del niño. Los tópicos discutidos con mayor frecuencia fueron nutrición/dieta, crecimiento, sueño y entrenamiento de esfínteres ⁽¹⁶⁾. Por otro lado Radecki, el año 2009, evidenció que los padres de los niños atendidos en CNS en Estados Unidos buscan un acompañamiento en la crianza y sugieren un mayor énfasis en la promoción de salud, desarrollo y comportamiento infantil y entrega de información ⁽²³⁾.

En Atención Primaria de nuestro país, se describe que en el año 2011, cerca del 90% de los lactantes de 1 a 2 meses recibieron el protocolo neurosensorial y similar porcentaje de las madres respondió la Escala de Edimburgo para la pesquisa de depresión postparto. Al 70% de los niños atendidos en APS se les aplicó un test para la evaluación del desarrollo psicomotor, la mitad de los lactantes de 4 y 12 meses recibió una pauta de observación de la relación vincular ⁽²⁴⁾. Muchas de estas pautas no son seguidas en el sistema privado de atención, donde las pesquisas son basadas en el juicio clínico del pediatra. No obstante, se ha evidenciado que dicha estrategia es poco confiable para identificar dificultades más sutiles ⁽²⁵⁾.

Con el fin de mejorar las habilidades y conocimientos parentales se ha recomendado el uso de recursos vía *web* y entrega de material escrito ⁽²¹⁾, estrategia implementada en nuestra institución como parte del programa de calidad, especialmente en grupos de riesgo, pudiendo extenderse al CNS. El incluir otras estrategias podría ayudar también a la efectividad y cumplimiento de las recomendaciones de la supervisión de salud, como son los controles grupales, que tienen la ventaja adicional de favorecer que los padres compartan experiencias con sus pares, generando una instancia de aprendizaje y redes de apoyo ⁽²¹⁾.

Conclusiones

Se ha demostrado que la efectividad de las acciones en salud es mayor cuando se enfrenta una patología aguda severa o enfermedades crónicas, que cuando el propósito es mantener la población sana ⁽⁷⁾, especialmente cuando debemos enfrentar la nueva morbilidad, para cuyo enfrentamiento no estamos suficientemente capacitados ⁽⁶⁾. Frente al nuevo escenario sanitario,

distintos investigadores se están preguntando sobre el futuro y propósitos del CNS ⁽⁷⁾.

Considerando la escasa evidencia disponible, los programas de supervisión de salud deberían adaptarse a las características del niño y de las familias, así como al nivel sociocultural de la población a la que se encuentran dirigidos ⁽²⁶⁾. Es fundamental asegurar un mínimo de actividades y contar con el tiempo apropiado para cumplirlas, teniendo como guía las recomendaciones de los expertos y recomendaciones establecidas en la red pública de nuestro país. Sin duda, nuestra labor como pediatras es luchar para que los niños de hoy lleguen a ser adultos sanos ⁽²⁷⁾.

Referencias

1. Ministerio de Salud de Chile. Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la atención primaria de salud [consultado 24/7/2016]. Disponible en: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS_web\(1\).pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS_web(1).pdf)
2. Vargas N. Historia de la pediatría chilena: crónica de una alegría. Editorial Universitaria. Santiago de Chile 2002.
3. Baeza Goñi A. Algunas obras Privadas de Protección a la infancia en Chile. *Rev Chil Pediatr* 1933(4).
4. Szot Meza J. Reseña de la salud pública materno-infantil chilena durante los últimos 40 años: 1960-2000. *Rev Chil Obst y Gin.* 2002; 67(2), 129-135.
5. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The New Morbidity Revisited: A Renewed Commitment to the Psychosocial Aspects of Pediatric Care. *Pediatrics.* 2001;108: 1227-30.
6. Schonhaut L, Millán T, Hanne C. Formación de especialistas en pediatría y su adecuación a la realidad epidemiológica y laboral. *Revista chilena de pediatría.* 2007; 78(6), 599-606.
7. Coker TR, Thomas T, Chung PJ. Does well-child care have a future in pediatrics? *Pediatrics.* 2013;131 Suppl (April):S149-S159.
8. Hoekelman RA. What constitutes adequate well-baby care? *Pediatrics* 1975;55(3):313-26.
9. Gilbert JR, Feldman W, Siegel LS, et al. How many well-baby visits are necessary in the first 2 years of life? *Can Med Assoc J.* 1984;130(7):857-861.
10. Baker C, Meade K, Moore S. 2014 Recommendations for Pediatric Preventive Health Care. *Pediatrics.* 2014;133(3):568-570.
11. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Guidelines for Health Supervision III. 3ª ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1997. Y Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. *Pediatrics* 2000.

12. Grupo PrevInfad / PAPPS Infancia y Adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado mayo de 2014. [consultado 24-07-2016]. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/actividades.htm>
13. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(Supl.1):S13-S22.
14. Tom JO, Tseng C-W, Davis J, et al. Missed well-child care visits, low continuity of care, and risk of ambulatory care-sensitive hospitalizations in young children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(11):1052-1058.
15. Hakim RB, Bye BV. Effectiveness of compliance with pediatric preventive care guidelines among Medicaid beneficiaries. *Pediatrics*. 2001;108(1):90-97.
16. Norlin C, Crawford M, Bell C, et al. Delivery of Well-Child Care: A Look Inside the Door. *Academic Pediatrics* 2011 vol: 11 (1) pp: 18-26.
17. Halfon N, Stevens GD, Larson K, et al. Duration of a well-child visit: association with content, family-centeredness, and satisfaction. *Pediatrics*. 2011;128(4):657-664.
18. Halfon N, Inkelas M, Mistry R, et al. Satisfaction with health care for young children. *Pediatrics*. 2004 June;113(2):1965-72.
19. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002;324(7341):819-823.
20. Coker T, Casalino P, Alexander C, et al. Should our well-child care system be redesigned? A national survey of pediatricians. *Pediatrics* 2006;118(5):1852-1857.
21. Coker TR, Windon A, Moreno C, et al. Well-child care clinical practice redesign for young children: A systematic review of strategies and tools. *Pediatrics*. 2013;131(SUPPL.1):S5-S25.
22. Dinkevich E, Hupert J, A Moyer V. Evidence Based Well Child Care. *BMJ*. 2001; 323: 846-9.
23. Radecki L, Olson LM, Frintner MP, et al. What Do Families Want From Well-Child Care? Including Parents in the Rethinking Discussion. *Pediatrics*. 2009;124(3):858-865.
24. Leyton B, Becerra C, Castillo C, et al. Programa Nacional de salud de la infancia con enfoque integral. Ministerio de Salud de Chile, Santiago 2013.
25. Corrigan N, Stewart M, Scott M, et al. Predictive value of preschool surveillance in detecting learning difficulties. *Arch Dis Child*. 1996;74:517-521.
26. Garrido Torrecillas FJ. Evidencias científicas en el control del niño sano. Actuaciones realmente necesarias. [consultado 24-07-2016]. Disponible en: <http://www.spao.es/documentos/reuniones/pdf-reunion-6-ficheros-91304.pdf>
27. Vargas N, Quezada A. Epidemiología, nueva morbilidad pediátrica y rol del pediatra. *Rev Chil Pediatr*. 2007;78 (Supl 1):103-110.
28. Greig A, Constantin E, Carsley S, et al. Preventive health care visits for children and adolescents aged six to 17 years: The Greig Health Record - Executive Summary. *Paediatr Child Health*. 2010;15(3):157-162.
29. Wood R, Blair M. Systematic Reviews and Clinical Practice Guidelines. *Child care health and development*. 2013;40, 5, 640-653.