



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Soriano Faura, FJ

¿El PSI ha muerto? ¡Vivan los programas de salud comunitaria dirigidos a la infancia!

Pediatría Atención Primaria, vol. XVIII, núm. Suppl 25, 2016, pp. 13-18

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366654791002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEPM
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Francisco Javier Soriano Faura:
jasofa@ono.com

Mesa redonda

¿El PSI ha muerto? ¡Vivan los programas de salud comunitaria dirigidos a la infancia!

Francisco Javier Soriano Faura

CS Fuensanta. Valencia. España

Desde la perspectiva de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS), aprobada el 18 de diciembre de 2013 por el Consejo Interterritorial del SNS, que propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad hacemos el análisis del Programa de Salud de la Infancia (PSI). Esta estrategia representa una oportunidad de integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención entre todos los niveles, sectores y actores implicados. Pretende afianzar las intervenciones en prevención primaria y promoción de la salud, reforzar estas intervenciones en Atención Primaria con carácter universal y promover las intervenciones comunitarias y su coordinación en los diferentes entornos (sanitario, social, educativo y comunitario) con una perspectiva de equidad, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud¹.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD DE LA INFANCIA (PSI)

- Detectar precozmente problemas sanitarios e instaurar con rapidez el tratamiento oportuno.
- Conseguir que los niños lleguen a ser adultos sanos en todos los aspectos, favoreciendo la adquisición de hábitos correctos desde edades tempranas.
- Aplicar medidas preventivas, aconsejar y orientar a los padres en el cuidado de sus hijos, vacunas, normas nutricionales, etc.
- Apoyar a la familia y al niño cuando sea preciso.

Estas actividades de cribado, de consejo y de vacunación consumen recursos humanos y tiempo; se estima que el tiempo necesario para atender a una población de 900 usuarios de 0 a 14 años sería de cuatro horas diarias totales, enfermera y Pediatría conjuntamente². Un tiempo considerable que se da como bien empleado si tiene resultados en la salud infantil.

Cómo citar este artículo: Soriano Faura FJ. ¿El PSI ha muerto? ¡Vivan los programas de salud comunitaria dirigidos a la infancia! Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2016;(25):13-8.

Atendiendo a los estudios de evidencias sobre efectividad, eficacia y eficiencia de los componentes del PSI, resulta que solo las siguientes tienen buena o suficiente evidencia para recomendarse su realización³⁻⁵:

- El cribado auditivo neonatal.
- El cribado de enfermedades congénitas (del metabolismo, hereditarias, etc.).
- Las vacunaciones.
- El cribado visual a los 3-5 años.
- El cribado de criptorquidia.
- La profilaxis de raquitismo con vitamina D en población seleccionada.
- El consejo de prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.

De todas ellas, dos no se realizan en Atención Primaria, ámbito de reflexión de esta ponencia. El cribado auditivo neonatal y el cribado de enfermedades del metabolismo se realizan en el ámbito hospitalario.

Las vacunaciones por sí mismas constituyen un programa que bien pudiera estar separado del PSI, porque incluyen los calendarios vacunales autonómicos, las vacunas que no están en calendario y las vacunas en grupos de riesgo, de manera que se confecciona un calendario individual para cada paciente, para cada individuo.

¿QUÉ OCURRE CON EL RESTO Y ABUNDANTE CONTENIDO DEL PSI?

Las otras actividades del PSI no han demostrado eficacia cuando se realizan como cribado o consejo dentro del PSI³.

Son actividades que han demostrado ser eficaces, adquiriendo relevancia en la atención oportunista del profesional (atendiendo a un accidente...), o por preocupación de los padres (retraso del desarrollo específico...) o por actuación en grupos de riesgo (grandes prematuros...).

Los principios que presumen que las medidas preventivas son coste efectivas frente al coste de los cuidados individuales de la enfermedad se desconocen

en realidad. No disponemos de ninguna valoración de buena calidad sobre resultados en cuanto a salud, consecución de cambios saludables, trastornos detectados por el PSI y trastornos detectados por otras vías (atención a demanda, preocupación de los padres).

Tenemos que considerar los efectos secundarios en términos de “etiquetados”, pruebas innecesarias, estigmatización del niño o ansiedad familiar, poco o nada conocidos.

Hay pruebas de que los programas de promoción y prevención de salud aplicados en las consultas o en el ámbito comunitario (escuela, grupo de madres, etc.) infantil son eficaces, eficientes y efectivos.

La promoción del bienestar infantil va necesariamente más allá de la clínica. Los riesgos para la salud y el desarrollo infantil están incrustados en las condiciones sociales y físicas del medio ambiente en el que viven los niños. A pesar de importantes inversiones en iniciativas de desarrollo comunitario centradas en el niño y el enorme potencial de este tipo de esfuerzos para mejorar las desigualdades sociales y de salud, las políticas y los programas existentes promulgados a menudo no reflejan las prácticas efectivas basadas en estudios científicos.

Un estudio basado en la evidencia mostró diez estrategias eficaces con medianos y grandes tamaños del efecto en la mejora de la salud física del niño. Otras 14 estrategias adicionales mostraron medianos y grandes tamaños del efecto en la mejora del desarrollo cognitivo, la competencia social y emocional y la ausencia de problemas psicológicos y de comportamiento⁶, algunas las cuales enumeramos:

- Acceso a lugares para la actividad física.
- Uso del casco de ciclista.
- Suplementos de micronutrientes en la etapa prenatal.
- Educación para la salud sexual e intervención anticonceptiva.
- Fluoración del agua.
- Programas después de clases que promueven habilidades personales y sociales.

- Participación de los padres en la educación de los niños.
- Normas de nutrición escolar para la escuela.
- Esfuerzos basados en la escuela para reducir la intimidación.
- Programas de actividad física en las escuelas.
- Políticas antitabaco.

El grupo de trabajo PrevInfad encuentra pruebas de eficacia y efectividad en los programas recogidos en la **Tabla 1**.

Las intervenciones intensivas individuales o en grupo (múltiples sesiones de 30 o más minutos)

presentan mejores resultados a corto y largo plazo que las intervenciones de corta y moderada duración.

En referencia al consejo, por su estructura podemos distinguir entre:

- **Consejo muy breve:** consiste en una única sesión de consejo simple (5-10 minutos), con o sin soporte de material de autoayuda.
- **Consejo breve:** consiste en una entrevista *única* (15-30 minutos) o extendida (2-3 visitas de refuerzo).

La superioridad del consejo breve sobre el consejo muy breve se ha cuestionado como escasa y no

Tabla 1. Programas de prevención y recomendación en AP³

Programa	Evidencia
Prevención de accidentes de tráfico	Las campañas de ámbito comunitario sí han demostrado eficacia en el tema que nos ocupa. El pediatra y la enfermera de Pediatría, en su dimensión de agentes sociales en su entorno, pueden y deben participar en las actuaciones de este tipo en las que se les requiera
Prevención de accidentes domésticos	Los programas escolares dan lugar a un aumento de conocimientos sobre seguridad en los niños, mientras que los programas comunitarios no han resultado concluyentes en cuanto a eficacia
Prevención de consumo y cesación de tabaco	Los programas escolares mejoran las actitudes frente al tabaco y disminuyen su consumo. Los programas comunitarios dirigidos a adolescentes disminuyen el consumo de tabaco. El consejo breve en adolescentes en la consulta disminuye en consumo de tabaco
Fotoprotección	Colaborar en campañas escolares y comunitarias que promuevan la prevención de la exposición excesiva a la radiación ultravioleta en la infancia y la adolescencia
Promoción de la lactancia materna	Los talleres de lactancia y los protocolos estructurados de promoción y atención a la madre que lacta logran prevalencias mayores de lactancia y más duraderas
Promoción de alimentación saludable y de actividad física	Existe buena evidencia científica sobre la eficacia de la intervención sobre el tipo de dieta y la realización de ejercicio físico en personas con factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles y en prevención secundaria en personas en las que ya está presente la enfermedad. Las intervenciones intensivas individuales o en grupo (múltiples sesiones de 30 o más minutos) presentan mejores resultados a corto y largo plazo que las intervenciones de corta y moderada duración
Promoción de la crianza positiva	Los programas comunitarios han demostrado mejora en las habilidades de crianza con efecto en la promoción del buen trato y prevención del maltrato
Seguimiento del prematuro	El seguimiento estructurado de este grupo mejora su calidad de vida y la atención temprana de los problemas con resultados favorables en el desarrollo físico, cognitivo, emocional y de conducta
Programas de salud escolar	Los programas de información y educación sexual mejoran los conocimientos y modifican las actitudes de riesgo de manera significativa. Lo comentado en fotoprotección, tabaco, etc.
Programa de vacunación	La búsqueda activa para implantar el calendario vacunal sistemático y de vacunas no incluidas en el calendario o de viajero o de niño de otros países mejora la cobertura vacunal en comparación con la no intervención
Programa de prevención de riesgos cardiovasculares: hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad	Los protocolos estructurados de atención a la prevención de la enfermedad cardiovascular podrían mejorar los resultados a corto y largo plazo en comparación con el consejo breve y el cribado solo por anamnesis familiar

Tabla 2. Modelo de las cinco Aes para las intervenciones de asesoramiento

Averiguar (<i>assess</i>)	Preguntar sobre los factores y las conductas de riesgo, así como sobre los aspectos que afectan a la elección o el cambio de la conducta
Aconsejar (<i>advise</i>)	Dar consejos claros, específicos y personalizados, e incluir información sobre los riesgos/beneficios personales
Acordar (<i>agree</i>)	Pactar colaborativamente los objetivos y los métodos más apropiados, basados en los intereses y en la capacidad para el cambio de la persona
Ayudar (<i>assist</i>)	Usar técnicas para ayudar a la persona a conseguir los objetivos pactados adquiriendo las habilidades, la confianza y el apoyo social/ambiental que favorece el cambio, junto con los tratamientos farmacológicos cuando sean adecuados
Asegurar (<i>arrange</i>)	Fijar (asegurar) visitas de seguimiento (en el centro o telefónicas) para ayudar/apoyar y para ajustar el plan terapéutico como se necesite, incluida la derivación a unidades especializadas cuando sea necesario

estadísticamente significativa según algunos estudios, pero existen evidencias de un incremento en el rendimiento de la intervención paralelo a la intensidad, extensión o número de visitas de seguimiento⁷.

El grupo de trabajo sobre intervenciones de asesoramiento y conductuales del U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda la adopción de la estrategia de intervención de las cinco Aes (ave-

riguar, aconsejar, acordar, ayudar y asegurar) para la ejecución de intervenciones conductuales y de consejo sobre los principales factores de riesgo (Tabla 2)⁸.

Se propone para el abordaje de cada factor un algoritmo (Fig. 1) que sigue una estructura común y que facilita en consulta la toma de decisiones en lo relacionado con el estilo de vida⁹.

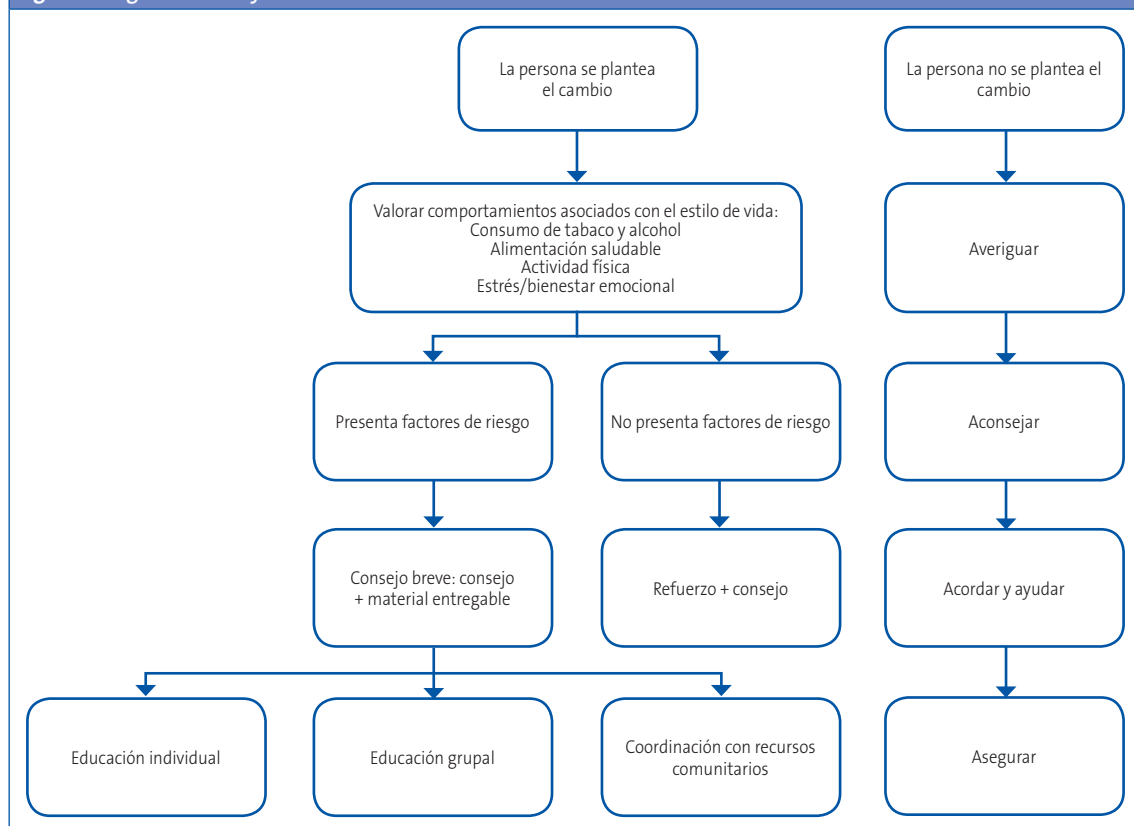
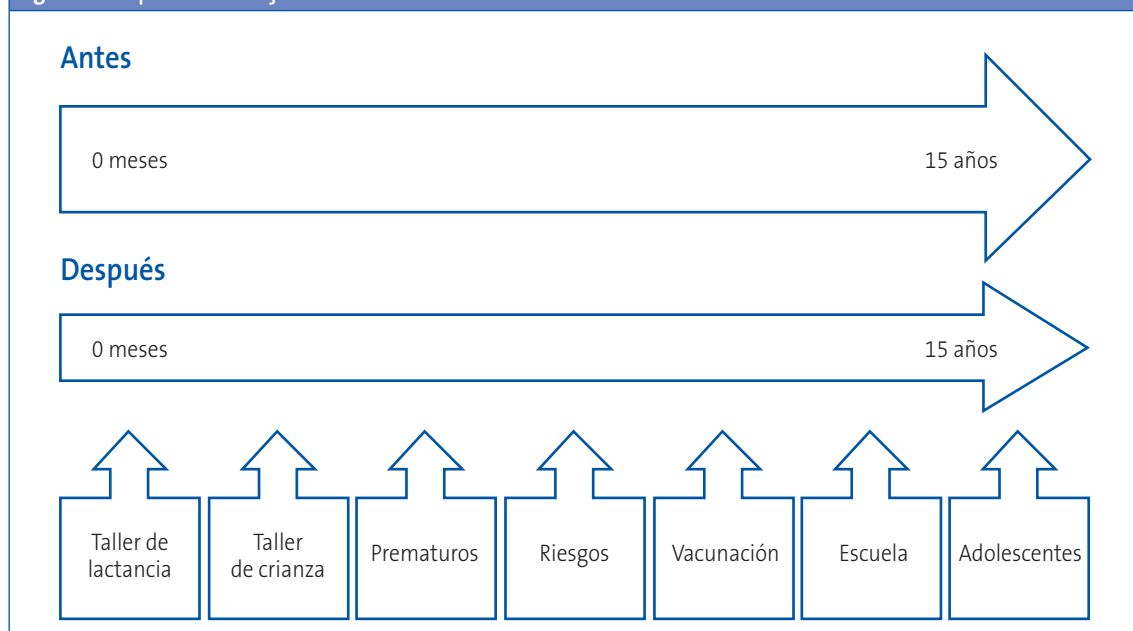
Figura 1. Algoritmo de ayuda a la toma de decisiones en consulta

Figura 2. Propuesta de mejora del PSI



CONCLUSIÓN

- El PSI precisa de más medios de investigación para lograr una evidencia de mayor calidad que avale las prácticas preventivas que hoy presentan evidencia insuficiente para ser recomendadas: cribado de hipertensión en la población asintomática infantil, cribado autismo, etc. (Fig. 2). No debemos tener miedo a cuestionar si tantas visitas y tantos contenidos conducen a mejores o peores resultados en salud¹⁰.
- Mientras tanto recomendamos que el PSI precisa un adelgazamiento consistente en la disminución del número de controles de salud y la reducción de sus intervenciones (“exámenes de salud” y consejos).

- Se precisa crecer en programas que contengan el consejo breve y la intervención en la comunidad (centros escolares, talleres, etc.).

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

PSI: Programa de Salud Infantil • SNS: Sistema Nacional de Salud • USPSTF: U. S. Preventive Services Task Force.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Informes, Estudios e Investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
2. Soriano Faura FJ. ¿Qué intervenciones recomendar? En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2011. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. p. 15-21.
3. Colomer Revuelta J, Cortes Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, García Aguado J, Martínez Rubio A, et al. Programa de la infancia y la adolescencia. Aten Primaria. 2014;46:99-117.

4. The Guide to Clinical Preventive Services 2014 Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. En: U.S. Preventive Services Task Force [en línea] [consultado el 11/05/2016]. Disponible en www.uspreventiveservicestaskforce.org
5. Wilkinson J, Bass C, Diem S, Gravley A, Harvey L, Maciosek M, *et al.* Preventive services for children and adolescents. En: Institute for Clinical Systems Improvement [en línea] [consultado el 11/05/2016]. Disponible en www.icsi.org/_asset/x1mnv1/PrevServKids.pdf
6. Komro K, Tobler AL, Delisle AL, O'Mara R, Wagenaar AC. Beyond the clinic: improving child health through evidence-based community development. *BMC Pediatrics*. 2013;13:172.
7. Rodríguez-Martos A. Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones*. 2002;14:337-51.
8. Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Calderón C, Balague L, Millán E, *et al.* Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludable en Atención Primaria de salud. Investigación Comisionada. Informe n.º Osteba D-08-07.7. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2008.
9. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Informes, Estudios e Investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
10. Grossman DC, Kemper AR. Confronting the need for evidence regarding prevention. *Pediatrics*. 2016;137:e20153332.