

La prevención pediátrica en Atención Primaria de Salud

J. Bras i Marquillas

Coordinador del Grupo de Infancia y Adolescencia del PAPPS

La función preventiva de los Médicos de Familia y los Pediatras en nuestra sociedad es muy distinta y complementaria:

1. En el terreno pediátrico son básicas la prevención secundaria, es decir los cribados para la detección de problemas congénitos y adquiridos, y sobre todo la prevención primordial es la primaria, es decir, la educación de los padres noveles y la re-educación de los ya iniciados para promover o favorecer ya desde la infancia la generación de un estilo de vida saludable, mejorando la capacidad de respuesta a los factores de riesgo. Ello se concreta en la Atención Primaria en la educación básica en 6 ámbitos fundamentales:

1. La educación *alimentaria*, nutricional.
2. La educación en *hábitos* sanos y la prevención de hábitos tóxicos.
3. La higiene antiinfecciosa y bucodental.
4. La protección y prevención de las *lesiones accidentales*.

5. La capacitación del entorno familiar en *autocuidado* y el uso correcto de los recursos sanitarios.

6. La previsión (traducida a menudo como "guía anticipatoria") de las características y necesidades del *desarrollo* de los hijos.

2. El adulto, ya formado, con sus factores de riesgo y aflorando ya patologías, es un terreno donde predominan la práctica de la prevención secundaria y terciaria.

En la práctica, la anamnesis pediátrica se guía significativamente por ámbitos fisiológicos (alimentación, descanso, crecimiento, desarrollo, hábitos y aprendizajes, sensorio, etc.), ya que fundamentalmente somos promotores de salud de sujetos en fase de desarrollo, y nuestra óptica es más dinámica. Mientras que la anamnesis del adulto, se orienta mucho más hacia lo patológico (hipertensión, diabetes, tabaquismo, alcoholismo, etc.), y su visión es más estática. Cuando un

adolescente pasa del pediatra al médico de sus padres, suele comentarnos: "antes me preguntabais sobre lo que comía, sobre mi higiene, mi práctica deportiva y de ocio, mi sexualidad, mis riesgos de accidentes, y ahora mi médico me pregunta por el tabaco, el colesterol, la tensión, el alcohol y el azúcar ¿Qué ha cambiado?".

¿Qué es el PAPPS?

PAPPS es el acrónimo de Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud, en Atención Primaria. Se trata de un programa que contempla el conjunto de actividades preventivas que se desarrollan en la Atención Primaria en España. Fue iniciado en 1988 bajo el patrocinio de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), con la colaboración técnica de pediatras, inicialmente designados por la AEP, luego organizados como Grupo de Trabajo de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria (GTAPPS) de la AEP, y que últimamente han optado por integrarse en la AEPap., dada la coincidencia de criterios respecto a la Atención Primaria.

Al programa se hallan adscritos actualmente 600 Centros de Salud, entre ellos la casi totalidad de Centros docentes (con docencia en Medicina Familiar y Comunitaria, ya que todavía no los

hay en Pediatría), que incorporan en su rutina de trabajo el subprograma del adulto y/o el de infancia y adolescencia. En conjunto atienden una población de aproximadamente 7,5 millones de habitantes.

Actualmente, el PAPPS tal vez constituye el principal punto de referencia español respecto a prevención en Atención Primaria, por ello esperamos y deseamos que el grado de implicación institucional de la AEP aumente en el futuro, dado el gran impacto profesional alcanzado y que interesa fomentar una mayor integración de los equipos pediátricos, muchos de los cuales probablemente serán los que en un futuro inicien la formación en Atención Primaria de los MIR de Pediatría.

El programa posee una **estructura** formal u Organismo de Coordinación, y un **proceso** de trabajo que implica:

- Anualmente:
 - La revisión de las recomendaciones en una reunión de todos los Grupos de Trabajo (en nuestro caso el Grupo de Infancia y Adolescencia) durante un fin de semana, con debate plenario final decisorio.
 - Una reunión de cada grupo de trabajo, cuando es preciso.
 - Una o dos reuniones del Organismo de Coordinación.

- Bianualmente:
 - La recogida y explotación de datos de los Centros participantes por parte del Grupo de Evaluación, con soporte informático y estadístico, para la evaluación de la implantación y la aplicación real del programa (evaluación de proceso), con lo que además de la creación de un modelo teórico de promoción de la salud se realiza una evaluación operativa de su realización y puesta en práctica real.
 - La realización de cursos a distancia sobre prevención: en su actual edición hay 1.600 inscritos, entre pediatras, médicos de familia y personal de enfermería.

Datos de la realidad sanitaria española

Durante el primer año de vida las *principales causas de mortalidad* son la patología perinatal, las anomalías congénitas, el síndrome de muerte súbita del lactante y las infecciones.

Desde el año y hasta los 14 años son los accidentes, las anomalías congénitas y las neoplasias.

La *tasa de mortalidad infantil* en España se ha reducido a un tercio en menos de veinte años (de 1976 a 1994 pasó de 17,1 a 6,1 por mil nacidos vivos, equivalente ya al promedio europeo), tanto

en su componente neonatal (reducción del 55%) como postneonatal (50%).

Las principales causas de mortalidad, tanto en niños como en adultos se asocian a hábitos de riesgo aprendidos en la infancia o la adolescencia.

Criterios de priorización preventiva

– Las actividades de prevención secundaria a nivel poblacional sólo se justifican si reúnen la lógica expresada en los *criterios de Wilson-Jounger*:

- 1º El problema que se quiere detectar debe ser potencialmente grave.
- 2º Su historia natural debe ser perfectamente conocida.
- 3º Se debe disponer de medios efectivos para su diagnóstico.
- 4º Debe existir un tratamiento eficaz para los casos detectados.
- 5º Debe resultar detectable en su fase inicial (preclínica o clínica).
- 6º Debe existir una prueba válida, es decir, cuyos índices de sensibilidad y especificidad sean superiores al 80%.
- 7º Dicha prueba debe ser aceptable por la población.
- 8º Debe definirse claramente a quién se considera enfermo.
- 9º El coste de la detección no ha de ser desproporcionado en relación con el gasto global.

10º Hay que asegurar la continuidad en el tiempo de la aplicación de la prueba.

– La priorización de actividades puede realizarse utilizando los *criterios de Hanlon*, es decir, actuar sobre aquellos problemas de salud que sean:

- Más graves.
- Más prevalentes.
- Más vulnerables a la actividad preventiva y
- Cuya intervención pueda ser:
 - Aceptada por la población y
 - Asumida por el sistema sanitario.

A pesar de estos criterios teóricos descritos, en prevención suele intervenir sobre todo aquello que no podemos curar, a menudo procesos de mecanismo poco conocido, probablemente multicausal, difíciles de etiquetar y de controlar (p.ej: maltrato infantil, patología cardiovascular, accidentes de tráfico, obesidad, tabaquismo, alcoholismo). Las intervenciones de prevención primaria pediátrica requieren para su evaluación estudios epidemiológicos largos y con las dificultades metodológicas propias de cualquier intervención educativa. En el Guide to Clinical Preventive Services, del US Task Force (libro de referencia preventiva en EE.UU), se repite muy a menudo como resumen de cada recomendación “El grado de evidencia es in-

suficiente para recomendar la inclusión o exclusión de...tal o cual actividad”.

Entre la necesaria “práctica basada en la evidencia” y la realidad asistencial media un amplio espacio de voluntarismo e intuición. Y, aunque nuestra intención sea loable, se debe trabajar para llegar a mejores evidencias.

Recomendaciones actuales del PAPPS en Infancia y Adolescencia: tres clases de intervenciones preventivas

En base a las evidencias disponibles de efectividad sanitaria se clasifican las actividades preventivas en tres apartados:

1. Las *actividades básicas* o priorizadas: se recomienda su realización sistemática ante cualquier niño, porque se considera suficiente la evidencia científica sobre la eficacia de las pruebas diagnósticas y la efectividad y eficiencia de la intervención. Su conjunto forman la *estrategia poblacional*, en nuestro caso denominada “paquete mínimo del Subprograma de infancia y adolescencia”, que equivale a lo que se suelen llamar “**Programa del Niño Sano**”.

Actualmente incluye:

- Cribado neonatal de fenilcetonuria e hipotiroidismo.
- Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.

- Cribado clínico de la displasia del desarrollo de la cadera en neonatos y lactantes.
- Promoción de la lactancia materna y supervisión de la alimentación en el primer año de vida.
- Supervisión del crecimiento y del estado nutricional: antropometría seriada.
- Cribado del retraso psicomotor y trastornos del lenguaje.
- Cribado de la criptorquidia.
- Cribado del estrabismo, ambliopía y otras anomalías oculares.
- Cribado de la hipoacusia.
- Consejo de prevención de accidentes.
- Actividades de prevención y promoción de la salud bucodental.
- Detección del abuso, maltrato y falta de cuidados.
- Prevención del tabaquismo pasivo y activo.
- Prevención del consumo de alcohol.
- Vacunas sistemáticas de 0 a 14 años.
- Prevención en adolescentes del embarazo y enfermedades de transmisión sexual.

El *calendario de visitas* que implica este paquete mínimo incluye, además de las correspondientes a las vacunaciones, una visita al mes de vida, dos controles entre el 7º y el 15º mes, y un control cada dos años a partir de los 2.

2. Las actividades que se aplican sólo a grupos de alto riesgo (*estrategia individual, subpoblacional o de riesgo*) porque la patología en cuestión presenta una *distribución no aleatoria*, sino asociada significativamente a la presencia de *indicadores identificables* de mayor riesgo relativo o específicos. Este "paquete optativo de Grupos de riesgo", precisa mayor dedicación por parte de los centros, al requerir un etiquetaje sistemático mediante una anamnesis más compleja, y una ulterior intervención preventiva sistemática. Las estrategias individuales o de riesgo mejoran la rentabilidad sanitaria de los recursos, por una mayor especificidad en su uso, consiguiéndose un seguimiento más cuidadoso del grupo de alto riesgo. Aunque en ocasiones la definición de estrategias de riesgo responde más a adaptación a la carencia de medios que a criterios de optimización técnica.

– Son estrategias individuales o de riesgo cuya efectividad puede considerarse suficientemente contrastada las siguientes:

- Ex-prematuro menor de 1.500 gramos de peso al nacimiento.
- Síndrome de Down.
- Displasia evolutiva de cadera .
- Maltrato (prevención primaria).

- Ateromatosis.
- Neoplasia cutánea.
- Vacunas especiales.
- Tuberculosis.

3. Aquellas actividades en las que *no existe acuerdo* sobre la evidencia de su efectividad, pero que resulta prudente mantenerlas en la práctica clínica, mientras no se compruebe su ineficacia.

– Son actividades excluidas del cribado poblacional por falta de evidencia científica suficiente:

- Cribado de escoliosis. No puede por lo tanto desaconsejarse que se inspeccione visualmente la espalda mediante la “maniobra de Adams o de la reverencia” dentro de la exploración física.
- Cribado de obesidad. Faltan pruebas de la efectividad a largo plazo de la intervención terapéutica. Se tiende a actuar sólo ante la demanda del niño o de la familia. Esta demanda podemos inducirla nosotros.
- Cribado de trastornos del aprendizaje en escolares. Esta función corresponde a la escuela, así como su abordaje de pedagogía terapéutica. Nuestra función se reduce al cribado del déficit psicomotor, sensorial y de inadaptación o fracaso escolar.
- Exploración cardiológica. Se incluye en la exploración general, especial-

mente en los recién nacidos y lactantes pequeños, con objeto de cribar las cardiopatías congénitas.

- Prevención de la alergia. No hay evidencia suficiente de la efectividad de la prevención primaria en grupos de riesgo.

Evaluación bianual del registro de actividades preventivas

En el momento de la evaluación cada Centro aporta sus datos informatizados en base a un cuestionario y la evaluación le permite compararse con dos marcos de referencia: el conjunto estatal de los centros apuntados al programa y el conjunto de cada Comunidad Autónoma.

Los resultados de las sucesivas evaluaciones del subprograma infantil se encuentran en la Tabla I.

Conclusiones tras la evaluación de 1999

El grado de cumplimentación es muy bueno. Se constata una mejora del registro en todas las actividades. Destacan la mejora en el cribado de displasia de cadera, el examen de testes, el estrabismo y la salud bucodental. Discretas mejoras en promoción de la lactancia materna y seguimiento psicomotor. Destaca el déficit de examen por optotipos, posiblemente por falta de recursos.

Tabla I. Subprograma infantil. Evolución temporal del cumplimiento de actividades

Edad en la primera visita por parte del equipo	1990	1991	1993	1995	1997	1999
Menos de 1 mes	76,1	76,4	73,1	61,7	46,5	81,1
De 1 a 3 meses	14,5	14,2	11,2	7,6	9,4	10,0
Más de 3 meses	8,2	8,3	15,7	30,7	44,1	8,9
Cribado de metabolopatías						
Consta	39,8	39,2	78,0	82,5	82,9	86,2
No consta	60,2	60,8	22,0	17,5	17,1	13,8
Duración de la lactancia materna						
No se inició	23,0	19,6	20,4	20,5	17,1	15,4
Menos de 1 mes	0,0	22,0	12,8	11,6	11,4	11,5
De 1 a 3 meses	38,5	31,6	31,8	32,3	28,5	27,5
Más de 3 meses	31,2	16,5	24,5	23,9	33,3	39,6
No consta	7,3	4,3	10,5	11,7	9,7	6,2
Somatometría seriada						
Si	-	-	77,8	77,8	84,0	81,1
No	-	-	22,2	22,2	16,0	18,9
Seguimiento del desarrollo psicomotor						
Si	-	-	61,5	80,9	85,6	87,5
No	-	-	38,5	19,1	14,4	12,5
Cribado de la displasia de caderas						
Consta	-	81,2	69,4	84,5	79,4	91,9
No consta	-	18,8	21,4	15,5	20,6	8,1
Exploración testicular						
Consta	-	57,0	75,8	84,1	88,0	91,1
No consta	-	43,0	24,2	15,9	12,0	8,9
Cribado del estrabismo						
Consta	-	41,2	40,7	60,9	71,7	72,8
No consta	-	58,8	59,3	39,1	28,3	27,2
Exploración con optotipos						
Consta	-	43,3	45,4	56,5	70,8	66,9
No consta	-	56,8	54,6	43,5	29,2	33,1
Cribado de la hipoacusia						
Consta	-	50,8	54,8	69,4	72,9	74,5
No consta	-	9,2	45,2	30,6	27,1	25,5
Vacunación DTP y Polio						
No/Incorrecta/No consta	-	20,8	18,5	9,7	6,9	7,2
Correcta	-	77,6	81,3	89,8	92,2	92,1
Contraindicada	-	1,6	0,2	0,5	0,9	0,7

Tabla I. Subprograma infantil. Evolución temporal del cumplimiento de actividades. (Continuación)

	1990	1991	1993	1995	1997	1999
Vacunación triple vírica						
No/Incorrecta/No consta	39,4	29,0	21,3	12,4	8,3	9,3
Correcta	50,2	69,0	78,5	87,1	91,1	90,3
Contraindicada	10,3	2,0	0,2	0,4	0,6	0,4
Educación sanitaria sobre prevención de accidentes						
Consta	-	-	28,3	61,4	67,9	-
No consta	-	-	71,6	38,6	32,1	-
Educación sanitaria sobre prevención del tabaquismo pasivo						
Consta	-	-	28,3	34,0	44,0	51,0
No consta	-	-	71,6	66,0	56,0	49,0
Educación sanitaria sobre hábitos tóxicos						
Consta	-	-	18,6	33,6	46,2	-
No consta	-	-	81,4	66,4	53,8	-
Consejo nutrición						
Consta	-	-	18,6	40,5	52,9	62,1
No consta	-	-	81,4	59,5	47,1	37,9
Educación sanitaria sobre salud bucodental						
Consta	-	37,7	58,4	43,8	73,8	75,7
No consta	-	62,3	41,6	56,3	26,2	24,3
Genograma o equivalente narrativo						
Consta	-	-	-	-	57,9	58,0
No consta	-	-	-	-	42,1	42,0
Antecedentes familiares psiquiátricos						
Consta	-	-	-	-	24,9	-
No consta	-	-	-	-	75,1	-

Las variables que se han asociado a un mejor registro han sido:

- Edad (mejor cumplimentación en niños pequeños).
- Las historias con hoja recordatorio PAPPS tenían mejor registro. Parece demostrado que la existencia de un registro específico induce a mejorar la

complimentación real de los programas.

Retos actuales

Las principales variaciones en prevención previsible en el futuro inmediato son:

1. La genómica y la medicina prenatal.

Al variar los patrones de diagnóstico precoz varían la demanda de las madres gestantes al pediatra. Las técnicas de diagnóstico prenatal suscitan aspectos ético-legales en caso de diagnóstico de una patología mayor en que el pediatra debe asesorar sobre la previsible esperanza y calidad de vida. Respecto a los problemas menores deberemos adquirir nuestra propia experiencia sobre el grado de concordancia clínicoecográfica en recién nacidos aparentemente sanos, etiquetados de anomalías ecográficas. La moderna genómica, aporta las posibilidades diagnósticas antes que las terapéuticas, con el consiguiente problema ético.

2. Si la aparición de *nuevas vacunas* no va paralela a su distribución inmediata, universal y gratuita, se configurará un escenario nuevo, el de "vacunación a la carta", según opción familiar, con nuevos retos epidemiológicos.

3. La asistencia a *adolescentes* supone un reto para la capacidad educadora, preventiva y terapéutica de cualquier equipo pediátrico. Debemos ir mejorando los estándares de anamnesis y prevención en el adolescente, para acompañar la intervención preventiva a su paulatina transición vital y a sus necesidades sanitarias.

4. El gran aumento de demanda por traumatismos (accidentes, deporte y

violencia incluidos) y por problemas del área psicosocial (la "nueva morbilidad" de Haggerty), exige una *adaptación*, tanto del *currículum profesional* de nuestra especialidad, como del *modelo de Atención Primaria* para adaptarse a las demandas reales. Salvo que se consume la ocupación del territorio de la Pediatría Primaria por otros profesionales, ya sea por decisión política o por estar mejor capacitados para la atención primaria pediátrica.

5. El aumento sostenido de la *inmigración* y de la *multiculturalidad* probablemente exigirá adaptaciones de nuestro modelo único poblacional a las distintas expectativas y demandas subpoblacionales donde las haya ("programas a medida"). Los pediatras que evolucionamos desde la pediatría extrahospitalaria (es decir, la que se sale del centro hospitalario), a la pediatría primaria (la que actúa en primer lugar, y se integra en su contexto social) desarrollaremos un componente cada vez mayor de puericultura o "promoción de la salud". Y ello requerirá adaptarnos profundamente "al terreno", con lo que la evaluación preventiva se hará más compleja, por la introducción de nuevas variables culturales.

6. *Aumento de la supervivencia*: la esperanza de vida de los niños que actual-

mente visitamos es de unos 100 años, con lo que aumenta la importancia de prevenir las patologías asociadas al estilo de vida y al envejecimiento. ¿Deberemos ir aceptando cada vez más intervenciones preventivas aún con escasa evidencia? Lo comentado con anterioridad respecto a los criterios de priorización puede agravarse en el futuro.

Todos estos temas se desarrollan ampliamente en la página web que el Grupo de Prevención en la Infancia y la Adolescencia (PrevInfad) tiene en la

web de la AEPap (www.aepap.org), y en el del propio PAPPS (<http://www.papps.org/index.htm>). El apartado de salud mental, en concreto, puede encontrarse en la dirección: <http://www.papps.org/menu23.htm>.

Esperamos que nuestra incorporación a la AEPap potencie el proceso de paulatino consenso español de actividades preventivas pediátricas a desarrollar en Atención Primaria, con la consiguiente traducción en recursos técnicos y humanos.

