



Jueves 10 de febrero de 2011

Mesa redonda:

“Programa de Salud Infantil (PSI):
«Qué, cuándo y quién».
Propuestas a debate”

Moderador:

Francisco Javier Soriano Faura

Coordinador GT PrevInfad. CS Fuensanta. Valencia.

■ **¿Qué intervenciones recomendar?**

Francisco Javier Soriano Faura

Coordinador GT PrevInfad. CS Fuensanta. Valencia.

■ **¿Cuántos controles son necesarios?**

Julia Colomer Revuelta

GT PrevInfad. CS Fuente de San Luis.

Departamento POG, Unidad de Pediatría.

Universitat de València. Valencia.

■ **¿Quién hace qué en el Programa de Salud Infantil?**

M.ª Jesús Esparza Olcina

GT PrevInfad. CS Barcelona. Móstoles, Madrid.

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Colomer Revuelta J. ¿Cuántos controles son necesarios? En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2011. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. p. 23-7.

¿Cuántos controles son necesarios?

Julia Colomer Revuelta

GT PrevInfad. CS Fuente de San Luis. Departamento POG,

Unidad de Pediatría. Universitat de València. Valencia.

julia.colomer@uv.es

RESUMEN

Tras la actualización de la información disponible no hemos encontrado evidencias de calidad sobre el calendario ideal de revisiones, ni consenso en cuanto a las secuencias recomendadas por grupos o asociaciones de expertos. Se plantea la posibilidad de flexibilizar el contenido y la organización del Programa de Salud Infantil (PSI) reduciendo el número de revisiones pediátricas, sin por ello disminuir la calidad del servicio prestado. Se sugieren algunas ideas para el debate.

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, la visita programada y sistematizada continúa siendo el modelo principal (y en ocasiones el único) de actividad de promoción de salud y de prevención dirigido a la población infantil desde el ámbito sanitario. En él se basan tanto los diferentes PSI de las comunidades autónomas como la mayoría de las recomendaciones de los grupos profesionales pediátricos españoles e internacionales.

Estas revisiones periódicas gozan de gran aceptación por parte de los usuarios. Su satisfacción y participación en las mismas es superior a la de cualquier otro programa preventivo desarrollado desde la atención primaria de salud. El gran número de visitas que supone esta participación se traduce en una importante carga de

trabajo para las consultas de Pediatría de Atención Primaria.

En la línea de esta mesa redonda, en la que se plantea si la carga de trabajo del PSI está suficientemente avalada por evidencias científicas, en esta ponencia queremos plantear la posibilidad de reducir el número de revisiones sin por ello disminuir la calidad del servicio prestado.

Desde el grupo PrevInfad ya hemos debatido esta posibilidad en otras ocasiones. En el Curso de Actualización de Pediatría de la AEPap del año 2004¹, en la Mesa Redonda: "Actividades preventivas en la infancia y adolescencia (Grupo PrevInfad)", tras la revisión crítica del tema concluíamos que no existían pruebas de buena calidad para determinar con exactitud el número de visitas necesario para implementar con efectividad el PSI.

Confieso que me ha costado mucho escribir el resumen de esta ponencia. Cada vez que me ponía a hacerlo, en mi cabeza se repetía sin cesar una estrofa de la "Ronda de enamorados" de la zarzuela "La del soto del parral", aquella en la que las mozas dicen: "Siempre me dices lo mismo: tus consejos no quiero escuchar, porque sabes decir muchas cosas, cariñosas, engañosas, pero nunca te quieres casar...". Tiene mucho sentido que fuera esta y no otra canción que me acompañara al escribir sobre este tema.

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se amplió la búsqueda realizada anteriormente¹, desde enero de 2003 y hasta septiembre de 2010. Siguiendo el protocolo estandarizado del manual de trabajo del Grupo PrevInfad² se planteó 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)?, y se utilizaron los términos well-child, well-baby, child, care, health supervision, visits number; schedule.

En la revisión de las bases bibliográficas internacionales *on line* no encontramos más que los dos ensayos clínicos aleatorizados (ECA) ya conocidos de Hoekelman (1975)³ y de Gilbert (1984)⁴, cuyo contenido y limitaciones ya habíamos

analizado¹. En cuanto a las revisiones sistemáticas^{1,5-8}, solo hacen referencia a estos dos mismos ECA.

Ambos estudios miden resultados en los padres (los conocimientos adquiridos, el nivel de satisfacción con la atención, la ansiedad y el cumplimiento de las recomendaciones e inmunizaciones) y en los bebés (desarrollo físico y psicomotor y las patologías no detectadas). Coinciden en que una secuencia menor de visitas durante los dos primeros años de vida, en niños sin factores de riesgo, no provoca un efecto negativo sobre su salud y que el número de visitas para este periodo puede reducirse a cinco en familias con más de un hijo y a seis en las de un solo hijo/a.

Los detalles de la búsqueda y de sus resultados podrán consultarse en la web de PrevInfad⁹.

Por lo tanto, desde el punto de vista de las evidencias, carecemos de información suficiente para establecer un calendario ideal de revisiones, aunque parece que la reducción en el número de visitas no se relaciona con peores resultados.

COMPARACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE ORGANIZACIONES Y GRUPOS DE EXPERTOS

El número de revisiones recomendadas, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, es muy variable, y no siempre se justifica en base a su contenido. En general, se observa una agrupación de actividades en relación a las fechas recomendadas de inmunización (tabla 1).

La American Academy of Pediatrics (AAP) continúa siendo la organización que más visitas recomienda. En la última guía de consenso publicada con Bright Futures (BF) en el año 2008⁹, recomienda 25 hasta los 14 años (incluyendo una visita prenatal y la del recién nacido) y completa con siete más hasta los 21 años. No justifica desde el punto de vista de la evidencia las actividades preventivas que propone para cada una de ellas.

Tabla 1. Comparativa de los controles de salud propuestos por organizaciones y grupos de actividades preventivas

	Prenatal	Semanas			Meses										Años																			
		1-2	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	2	2,5	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			
AAF-BF ⁹ (2008)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ICSI ¹¹ (2010)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	O	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
RBR ¹⁰ (2009)		X+O	O	X	X	X	O	X	O	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PrevInfad ¹⁴ (2009)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PSI AEPap ¹⁵ (2009)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Las abreviaturas de los grupos y organizaciones se corresponden con las del texto. X: control recomendado; O: control opcional.

La guía canadiense Rourke Baby Record (RBR), respaldada por la Canadian Paediatrics Society, en su actualización de 2009¹⁰ recomienda ocho visitas, y cuatro más opcionales según el riesgo, durante los primeros cinco años de vida. Para cada visita se recomienda la realización de una serie de actividades preventivas basadas en la evidencia, las de la Canadian Task Force.

El Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), en la actualización de su "Preventive Services for Children and Adolescents (Guideline)" de septiembre de 2010¹¹, protocoliza, desde el nacimiento hasta los 14 años, un total de diez controles más uno opcional (orientado a los consejos) a los dos años. Para cada grupo de edad, clasifica las intervenciones incluidas en función del grado de evidencia que presentan.

En el ámbito nacional, las recomendaciones de los PSI difieren por comunidades autónomas tanto en su contenido como en su organización¹².

El grupo PrevInfad^{13,14} ha venido proponiendo un total de 11 visitas entre los cero y los 14 años, más una prenatal y otra entre los 15 y los 18 años. En ellas se sistematizan las actividades que el grupo ha analizado

desde el punto de vista de la eficiencia y de la evidencia.

El PSI de la AEPap¹⁵ propuso en el año 2009 una secuencia similar añadiendo dos controles, en el primero y el noveno mes, así como los profesionales implicados en los mismos.

Hasta el momento, ninguna de estas organizaciones o grupos de expertos ha presentado evaluaciones de su propuesta. Por eso, a la hora de elegir entre las recomendaciones de unos u otros parece lógico inclinarse por las realizadas por quienes las apoyan con evidencias más allá de las opiniones de expertos, que son además las que menor número de controles proponen, entre diez¹¹ y 13 controles^{14,15} desde el nacimiento hasta los 14 años.

CONCLUSIONES

No se han encontrado evidencias de calidad sobre el calendario ideal de revisiones y no existe consenso en cuanto a las secuencias recomendadas por grupos o asociaciones de expertos.

Ya que no podemos basarnos en evidencias para consensuar una secuencia en el número de controles, intentemos cambiar el "siempre me dices lo mismo" por el "si quieres obtener resultados diferentes, no hagas siempre lo mismo" (Einstein). En este sentido, aquí van algunas ideas para el debate recogidas de la bibliografía consultada y de las intervenciones de compañeros pediatras que han reflexionado sobre el tema:

- Mejor que establecer el número óptimo de controles, asegurar cuál es el mínimo necesario que permite desarrollar las tareas del PSI de forma eficaz (¿los diez que propone ICSI!?).
- Adecuar la prestación de servicios a la necesidad: considerar una prestación universal (programa básico de contactos) para las familias y niños sin riesgos y otras específicas adaptadas al tipo e intensidad de riesgo.
- Establecer un reparto de trabajo eficiente y adaptado a los recursos en cada centro de salud, promocionando el equipo pediatra y enfermera pediátrica y las visitas autónomas (¿el reparto por profesionales propuesto en el PSI de AEPap?¹⁵).
- Potenciar y completar con otro tipo de intervenciones distintas a la visita programada de formato estándar; las tareas de PSI. Por ejemplo: atención en grupo, consejo y cribado oportunista en consultas de demanda, visitas puntuales para vacunación...

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.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Soriano Faura J, Merino Moína M. Manual de Trabajo del Grupo PrevInfad [fecha de acceso 8/06/2010]. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/Manual.htm>
3. Hoekelman RA. What constitutes adequate well-baby care? *Pediatrics*. 1975;55:313-26.
4. 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;130:857-61.
5. Dinkevich E, Hupert J, Moyer VA. Evidence based well child care. *BMJ*. 2001;323:846-9.
6. Blank D. Well-child care today: an evidence-based view. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79 Suppl 1:S13-22.
7. Moyer VA, Butler M. Gaps in the evidence for well-child care: a challenge to our profession. *Pediatrics*. 2004;114:1511-21.
8. Álvarez-Vargas C, Veledo-Barrios P, Rodríguez-Martínez AM, Rodríguez-Herrera M, Tapia-Valero C, Montero-Morales C, y cols. ¿El número de revisiones y actividades del programa del niño sano es el adecuado? [fecha de acceso 18/10/2010]. Disponible en http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/imagenes?locale=es_ES&textOnly=false&idMmedia=110461&biw=1024&bih=546
9. Recommendations for Preventive Pediatric Health Care (Periodicity Schedule) American Bright Futures/Academy of Pediatrics (AAP) 2008 [fecha de acceso 07/10/2010]. Disponible en <http://practice.aap.org/content.aspx?aid=1599>
10. Rourke L, Rourke J, Leduc D. Rourke Baby Record: evidence-based infant/child health maintenance guide. Revised August 2009 [fecha de acceso 27/02/2010]. Disponible en <http://www.rourkebabyrecord.ca/documents/Rourke%20Baby%20Record%20%20National.pdf>

11. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Preventive Services for Children and Adolescents. 16th ed. September 2010 [fecha de acceso 18/10/2010]. Disponible en http://www.icsi.org/guidelines_and_more/gl_os_prot/preventive_health_maintenance/preventive_services_for_children__guideline_/preventive_services_for_children_and_adolescents_762.html
12. Resultados de la encuesta on line: número de revisiones de salud infantil por comunidades autónomas. En prensa. Próxima publicación en <http://www.aepap.org/previnfad/>
13. Grupo PAPPs Infancia. Actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Recomendaciones PAPPs. Barcelona: Semfyc ediciones; 2004 [fecha de acceso 18/10/2010] Disponible en http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/index1-infancia_adolescencia.pdf
14. Previnfad 2009. Recomendaciones sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y la adolescencia [fecha de acceso 18/10/2010]. Disponible en http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/recomendaciones_previnfad-papps_2009.pdf
15. Duelo M, Escribano E, Fernández M, Hijano F, Martínez A, Soriano J (eds.). PSI Programa de Salud Infantil, Asociación Española de Pediatría de Atención primaria. 1.ª ed. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009.



Jueves 10 de febrero de 2011

Mesa redonda:

**“Programa de Salud Infantil (PSI):
«Qué, cuándo y quién».
Propuestas a debate”**

Moderador:

Francisco Javier Soriano Faura

Coordinador GT PrevInfad. CS Fuensanta. Valencia.

- **¿Qué intervenciones recomendar?**
Francisco Javier Soriano Faura
Coordinador GT PrevInfad. CS Fuensanta. Valencia.
- **¿Cuántos controles son necesarios?**
Julia Colomer Revuelta
GT PrevInfad. CS Fuente de San Luis.
Departamento POG, Unidad de Pediatría.
Universitat de València. Valencia.
- **¿Quién hace qué en el Programa de Salud Infantil?**
M.^a Jesús Esparza Olcina
GT PrevInfad. CS Barcelona. Móstoles, Madrid.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Esparza Olcina MJ. ¿Quién hace qué en el Programa de Salud Infantil? En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2011. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. p. 29-33.

¿Quién hace qué en el Programa de Salud Infantil?

M.^a Jesús Esparza Olcina

GT PrevInfad. CS Barcelona. Móstoles, Madrid.

esparza3056@gmail.com

RESUMEN

El objetivo de esta exposición es aportar los indicios o pruebas encontrados sobre qué profesional es el más adecuado para practicar una u otra actividad del Programa de Salud Infantil (PSI). La bibliografía encontrada que aborda este tema concreto es muy escasa y procede de países con sistemas sanitarios diferentes al nuestro. No obstante, hemos de tener en cuenta los cambios que están aconteciendo y que lamentablemente pueden cambiar la atención pediátrica hacia modelos más anglosajones en los que la Enfermería desempeña un importantísimo papel en la atención pediátrica.

Un profesional de Enfermería bien preparado en la atención pediátrica, como esperamos que lo sean los que estudien la especialidad de Enfermería pediátrica próxima a implementarse, está perfectamente capacitado para atender de forma autónoma al niño en el PSI.

La enfermera puede disponer o adquirir las habilidades necesarias para desempeñar con corrección el PSI casi en su totalidad. Así pues, ¿quién debe hacer qué? El pediatra debe, por lo menos, realizar la exploración del niño en momentos clave de su desarrollo y recibir información del profesional de Enfermería sobre los problemas que haya detectado, para su correcto encauzamiento.

INTRODUCCIÓN

No se trata de plantear o de proponer un "modelo de Atención Primaria", sino de, con nuestro modelo, exponer los indicios o pruebas encontrados sobre qué profesional es el más adecuado para practicar una u otra actividad del PSI.

Por tanto, no entramos en el polémico tema de si es mejor el modelo inglés (médico de familia + enfermera pediátrica) o el modelo español (pediatra de Atención Primaria + enfermera).

El concepto no es contraponer al pediatra con la enfermera sino, de un modo más constructivo, delimitar qué profesional demuestra capacitación suficiente para cada cometido y así distribuir las tareas y optimizar los recursos existentes.

No obstante, debido al predominio de la bibliografía anglosajona en los estudios encontrados, es inevitable la referencia constante a médicos de familia/generales y a enfermera especialista en Atención Primaria (*nurse practitioner*) o en Pediatría (*pediatric nurse practitioner*).

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se buscó en MedLine:

(Primary health care OR Primary care OR Well child care OR Well child program) AND (Nurse OR Nursing) AND (Pediatrician OR Family doctor OR General practitioner OR Physician).

Límites: 0-18 años; todo tipo de estudio salvo carta o editorial. No se limitó por idioma ni por año.

Se han incluido en la búsqueda términos tales como médico de familia o médico general porque, como hemos comentado más arriba, aunque no se trata de comparar a estos con el pediatra, debido a los modelos existentes en el mundo anglosajón, generador de la mayor cantidad de trabajos publicados en MedLine, era necesario incluirlos para encontrar algún trabajo que comparase así a los médicos de Atención Primaria en general, con las enfermeras.

Se encontraron 258 títulos, de los cuales se seleccionaron 41 para leer sus resúmenes, localizándose finalmente 11 en relación con el tema propuesto. Hay pues muy poca investigación publicada que compare médicos con enfermeras en el PSI, y mucha menos que lo haga entre pediatras y enfermeras.

Se repitió la búsqueda en EMBASE sin que se encontraran referencias adicionales. Después se buscaron artículos de las referencias de los trabajos iniciales.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

Se encontró una **revisión sistemática (RS) de la colaboración Cochrane** con el sugerente título de "Sustitución de médicos por enfermeras en la Atención Primaria". El objetivo de la revisión era medir el impacto que esta sustitución produce en términos de resultados en los pacientes, proceso y costo, y lo hacen en la atención al paciente que acude por un problema urgente o en la atención a pacientes crónicos. Miden mortalidad, morbilidad, satisfacción, cumplimiento y preferencia. Seleccionaron estudios controlados aleatorizados, o controlados antes-después y series de tiempo ininterrumpido. Los médicos de Atención Primaria incluían a los pediatras, pero también a los médicos de cabecera, médicos generales y geriatras. No se pudo hacer metaanálisis debido a la heterogeneidad de los estudios pero, en general, no encuentran diferencias entre los médicos y las enfermeras en relación con los resultados de salud de los pacientes, el proceso de atención, la utilización de los recursos o el costo.

En cinco estudios de esta RS la enfermera asumió la atención durante el primer contacto de los pacientes con necesidad de consulta urgente: los resultados en salud fueron similares pero la satisfacción del paciente fue mayor con la atención a cargo de una enfermera, la cual, en general, proporcionó consultas más prolongadas, suministró mayor información a los pacientes y convocó a visitas más frecuentes que los médicos. El impacto sobre la carga de trabajo de los médicos y el costo directo de la atención fue variable.

En cuatro estudios la enfermera asumió el tratamiento constante de pacientes con determinadas afecciones crónicas, no encontrando diferencias apreciables en resultados de salud, proceso de atención, utilización de recursos o costo.

Los autores concluyen que enfermeras adecuadamente entrenadas pueden proporcionar la misma atención de alta calidad que los médicos de Atención Primaria y obtener similares resultados en salud. Si bien estos resultados deben contemplarse con cautela debido a limitaciones metodológicas de los estudios.

Los autores hacen un comentario en el que consideran que la sustitución de médicos por enfermeras, aunque *a priori* podría reducir la carga de trabajo del médico, eso puede no llegar a suceder bien porque la enfermera proporciona atenciones antes no prestadas, o bien porque las enfermeras generan necesidades de atención que antes no existían. Los ahorros en el costo se basan en el menor sueldo de los profesionales de Enfermería, pero esto podría ser contrarrestado por una menor productividad de las enfermeras en comparación con los médicos.

Hemos localizado los **dos artículos incluidos en esta RS** y que tratan expresamente de pacientes pediátricos: el primero de ellos² compara al médico de familia con la enfermera de familia en la atención urgente o "sin cita" y concluyen que, en lo referente a niños, la media de la diferencia del porcentaje de la puntuación de la satisfacción del paciente era -4,8 (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: -6,8 a -2,8), es decir, significativo a favor de la enfermera, y que la resolución de los síntomas y preocupaciones no difirió entre los dos grupos (*odds ratio* [OR]: 1,2; IC 95%: 0,8 a 1,8 [este resultado no discrimina la edad de los pacientes]).

El segundo³ es un estudio de costos que compara los costo-efectividad en un supuesto similar al anterior siendo el resultado global similar. Las consultas de la enfermera son más largas (11,7 minutos vs. 7,28 minutos) y dan lugar a más pruebas (8,7% vs. 5,6%) y citan a los pacientes a control más a menudo (37,2% vs. 24,8%), pero esto se compensaba con su menor salario. Aporta también un score de satisfacción de los pacientes que, en lo que res-

pecta a la población pediátrica, era favorable a la enfermera en la escala global (diferencia ajustada de las medias entre enfermera y médico: 0,23 [IC 95%: 0,12 a 0,34] y en la subescala de comunicación con el niño: 0,47 [IC 95%: 0,29 a 0,67], pero no en la subescala de comunicación con los padres: 0,07 [IC 95%: -0,26 a 0,16]).

Ya específicamente **sobre el PSI**, se ha encontrado un trabajo⁴ de 1976, realizado en EE. UU., que evalúa el desempeño de la enfermera pediátrica (EP) en la realización del PSI. La muestra fueron los niños nacidos en dos clínicas, sanos y que no habían elegido pediatra previamente, fueron asignados aleatoriamente al grupo de estudio (PSI por EP) o control (PSI por pediatra). No era un estudio cegado y se les permitía cambiar posteriormente a otro profesional del mismo grupo o del otro. La primera visita era a los 15 días de vida, y entre el cuarto y el sexto mes todos los niños eran examinados una vez por un pediatra. La población final fue de 1152 niños: 474 en el grupo de EP y 678 en el del pediatra (este desequilibrio se debió a cambios entre profesionales, que fue más frecuente de EP a pediatra que viceversa). El 25% de las madres elegibles no quisieron participar, no habiendo diferencias en la situación socioeconómica y raza pero era más probable que las madres participantes fueran primerizas. Los problemas detectados fueron similares en los dos grupos (hernia o hidrocele, alteración ocular; problema cardíaco, otros) con dos excepciones, los problemas cutáneos (EP 8,3% y pediatras 0,9%) y problemas ortopédicos (EP 21,5% y pediatras 11,8%). Las EP dieron más recetas de vitaminas y flúor y pidieron más pruebas que los pediatras. El costo total de la atención por EP fue menor que la del pediatra. Los autores concluyen que la EP fue competente en la identificación de las alteraciones congénitas, aunque con tendencia al sobrediagnóstico de problemas cutáneos y ortopédicos, fueron generalmente bien aceptadas por los padres y supusieron una disminución de los costos del PSI.

Otro estudio muy pertinente es el de Foye de 1977⁵ en el que **evalúa la visita del PSI** realizada por cinco EP (muestra de conveniencia) comparándola con la de nueve pediatras (aleatorizados). Se elaboró y validó una escala que se aplicó al grupo de estudio y al de comparación, encontrando que las enfermeras discutieron sobre

el desarrollo psicomotor y conducta del niño con mayor profundidad ($p < 0,05$), hicieron más preguntas abiertas, dieron recomendaciones más específicas, proporcionaron mayor soporte a la madre, y los padres hablaron más proporción del tiempo durante la visita con la enfermera. La eficiencia (número y profundidad de los temas tratados por unidad de tiempo) fue similar y las visitas de las enfermeras fueron más largas (25,5 vs. 17,6 minutos). En el análisis señalan que un subgrupo de cuatro pediatras (casi la mitad) tuvo una puntuación y perfil de las visitas superponible al de las enfermeras. Este trabajo, en cualquier caso, es casi anecdótico por recoger información de tan pocos pediatras y EP.

También con una muestra muy reducida (tres consultas de pediatras de Atención Primaria y un Servicio de Urgencias), otro trabajo de EE. UU.⁶ analiza el **cambio ocurrido al incorporarse la figura de la enfermera pediátrica**. El modo en que la enfermera trabajaba con el pediatra variaba según el pediatra (trabajo conjunto o alternativo). Llega a la conclusión de que los pediatras de Atención Primaria ganaron el equivalente al 21,6%, 21,7% y 36% de su jornada laboral, y en la urgencia se ganó un 14,7%. Un investigador recogió todas las actividades de la jornada laboral del pediatra antes y después de la incorporación de la enfermera pediátrica, midiendo tiempo y también calidad asistencial según una escala de diez puntos.

Otro tipo de profesional también puede realizar actividades del PSI, como en el programa Healthy Steps (HS) en EE. UU., donde se incorpora a la consulta pediátrica a otro profesional, que suele ser una enfermera pero que también puede ser un trabajador social o un educador infantil, con el objetivo de disponer de más tiempo para tratar los temas de actividades preventivas durante las visitas del PSI, realizar visitas domiciliarias, proporcionar información telefónica sobre temas de desarrollo psicomotor y conducta, así como material escrito nuevo, y dar a conocer a las familias los recursos comunitarios y relacionarlas con los grupos de ayuda a padres. En un artículo de 2004⁷ se informa a la comunidad pediátrica sobre este programa y su evaluación. Esta se realizó en una muestra de 15 consultas o clínicas, con un diseño mixto (aleatorización en seis y con diseño cuasiexperimental en las otras nueve), con un

total de 5565 niños que fueron evaluados a los 2-4 meses (88%) y a los tres años (67%). Estiman que este programa cuesta unos 900 \$ anuales por familia (inferior al costo de otros programas de EE. UU., como el Early Head Start) y entre sus resultados destacan, entre otros, que es ocho veces más probable que el niño reciba valoración sobre el desarrollo psicomotor; un 27% menos probable que usen disciplina física con sus hijos, un 24% menos probable que coloquen a sus lactantes boca abajo, un 70% más probable que lleven a sus hijos a vacunar o un 20% menos probable que les den agua a lactantes de 2-4 meses. Sin embargo, no encuentran diferencias en las prácticas de seguridad ni en la existencia de problemas de conducta.

En **otros programas de atención a la infancia** aplican intervenciones muy complejas^{8,9} que implican a la comunidad, a las consultas médicas, a los servicios de salud mental y a la familia, y, aunque no definen qué profesional se encarga de qué tareas en las consultas, sí llama la atención que mucho del consejo (prevención de accidentes, educación, límites) y la evaluación del desarrollo psicomotor sale de las consultas y es realizada por una enfermera comunitaria y un educador infantil en el contexto de visitas domiciliarias.

El 29 de junio de 2010 se publicaron en el Boletín Oficial del Estado (BOE) los planes formativos para **Enfermería Familiar y Comunitaria y para Enfermería Pediátrica**, especialidades que se obtendrán por un sistema tipo MIR, y que en la relación de las competencias que deben adquirir, la primera incluye la atención a la infancia y adolescencia de forma global, pero la segunda especifica unas competencias mucho más amplias y que abarcan en su contexto más amplio la totalidad del PSI.

CONCLUSIONES

Lo que parece objetivo según la bibliografía encontrada es que las habilidades requeridas para la realización competente del Programa de Salud Infantil pueden ser desarrolladas por enfermeras especialmente entrenadas en la atención a los niños, como van a ser las enfermeras especialistas en Pediatría que van a formarse próximamente.

La evaluación física del niño por un pediatra debe tener lugar en momentos clave del desarrollo infantil para la supervisión general de su evolución.

Por supuesto, la enfermera, cuando realice la visita del PSI de forma autónoma, será responsable de la detección de desviaciones de la normalidad en cualquier área del desarrollo físico, psíquico o social del niño y tendrá que reportar estos hallazgos al pediatra para su abordaje y tratamiento.

La distribución concreta de las tareas, si la visita debe ser simultánea o conjunta, o bien sucesiva en el mismo momento o en distintos días es algo que no puede imponerse sino que lo tiene que decidir cada equipo pediátrico, encontrando asesoramiento basado en pocas pruebas (por ejemplo) en el PSI de la AEPap y en las recomendaciones del grupo PrevInfad.

La enfermera tiene que estar capacitada, el pediatra tiene que reconocerlo y apreciarlo y no sentir que "le quitan" competencias sino que tiene que formar equipo con su enfermera con el convencimiento de que la mejor atención a los niños es la que les presta el equipo de pediatra + enfermera pediátrica.

practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *BMJ*. 2000;320:1043-8.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
2. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *BMJ*. 2000;320:1043-8.
3. Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ*. 2000;320:1048-53.
4. Burnip R, Erickson R, Barr GD, Shinefield H, Schoen EJ. Well-child care by pediatric nurse practitioners in a large group practice. A controlled study in 1,152 preschool children. *Am J Dis Child*. 1976;130:51-5.
5. Foye H, Chamberlin R, Chamey E. Content and emphasis of well-child visits. Experienced nurse practitioners vs. pediatricians. *Am J Dis Child*. 1977;131:793-7.
6. Kahn L, Wirth P. The modification of pediatrician activity following the addition of the pediatric nurse practitioner to the ambulatory care setting: a time-and motion study. *Pediatrics*. 1975;55:700-8.
7. Zuckerman B, Parker S, Kaplan-Sanoff M, Augustyn M, Barth MC. Healthy Steps: a case study of innovation in pediatric practice. *Pediatrics*. 2004;114:820-6.
8. Margolis PA, Stevens R, Bordley WC, Stuart J, Harlan C, Keyes-Elstein L et al. From concept to application: the impact of a community-wide intervention to improve the delivery of preventive services to children. *Pediatrics*. 2001;108:e42 [fecha de acceso 20/12/2010]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/108/3/e42.pdf>
9. Bordley WC, Margolis PA, Stuart J, Lannon C, Keyes L. Improving preventive service delivery through office systems. *Pediatrics*. 2001;108:e41 [fecha de acceso 20/12/2010]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/108/3/e41.pdf>