



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?

Soriano Faura FJ. ¿Qué intervenciones recomendar?
En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2011.
Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. p. 15-21.



¿Qué intervenciones recomendar?

Francisco Javier Soriano Faura

Coordinador GT PrevInfad. CS Fuensanta. Valencia.

jasofa@gmail.com

RESUMEN

Las actividades preventivas consumen recursos humanos y tiempo, estimamos que el tiempo necesario para atender a una población de 900 usuarios de cero a 14 años sería de cuatro horas diarias contando exclusivamente las actividades que tienen recomendación fuerte y normal, A y B de la escala de evidencias y recomendaciones de la US Preventive Services Task Force (USPSTF), descartadas las recomendaciones débiles para realizar (las denominadas C).

Las intervenciones basadas en pruebas para ser recomendadas son: *cribado neonatal, cribado audición, vacunas, consejo prevención síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), profilaxis con vitamina D a niños que lactan, cribado visual a los cinco años, cribado visual en mayores de cinco años, consejo sobre lactancia materna, consejo sobre accidentes en el hogar, suplementos de flúor, y cribado de criptorquidia.*

El resto de las actividades, con evidencia conflictiva o insuficiente, adquieren valor y rendimiento en eficiencia y resultados cuando se realizan sobre poblaciones exclusivamente de riesgo, seleccionadas o de atención oportunista.

Otras soluciones para mejorar la eficiencia y gestionar mejor el tiempo en el Programa de Salud Infantil (PSI) son considerar que algunas familias pueden precisar menos visitas; eliminar ineficiencias

tales como realizar exámenes físicos o del desarrollo en cada visita; realizar los calendarios vacunales de manera aislada a los controles de salud; promocionar la atención en grupo (talleres de lactancia materna, educación en el desarrollo infantil, alimentación, etc.); y estructurar los periodos de tiempo antes y después del encuentro entre la familia y el pediatra como parte de la atención.

LO QUE CONOCEMOS DE LAS INTERVENCIONES QUE SE RECOMIENDAN EN EL PSI

Ausencia de ensayos clínicos y estudios de coste-eficacia

La atención de salud infantil es un servicio básico de la Pediatría de Atención Primaria, pero que recibe poca atención en la formación pediátrica y en la investigación.

La calidad de la supervisión de la salud infantil varía mucho entre profesionales. Además, la evidencia de la efectividad es escasa en buena parte de las recomendaciones propuestas, el actual sistema de atención preventiva no es muy científico, y solo unas pocas de las recomendaciones están apoyadas en pruebas.

Sin embargo, pocos de nosotros podríamos argumentar que los principios de prevención en que se basa el cuidado de los niños sanos son infundados o que la falta de pruebas es equivalente a decir que son ineficaces. En gran medida la situación es porque no existe investigación en esta área¹.

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. Salvo las vacunaciones y las políticas de saneamiento ambiental, se desconoce el análisis de coste, beneficios y perjuicios de una gran parte de las medidas preventivas sugeridas en las consultas de Atención Primaria^{2,3}.

No disponemos de ninguna valoración de buena calidad sobre resultados en cuanto a salud, trastornos detecta-

dos por el PSI y trastornos detectados por otras vías (atención a demanda, preocupación de los padres), y lo mismo en cuanto a problemas no detectados. No podemos mostrar ningún estudio sobre los efectos secundarios en términos de "etiquetados", pruebas innecesarias, estigmatización del niño o ansiedad familiar⁴.

Pero además, las actividades preventivas consumen recursos humanos y tiempo, estimamos que el tiempo necesario para atender a una población de 900 usuarios de cero a 14 años sería de cuatro horas diarias para las actividades preventivas recomendadas⁵, contando exclusivamente las actividades que tienen recomendación fuerte y normal, A y B de la escala de evidencias y recomendaciones de la USPSTF, descartadas las recomendaciones débiles para realizar (las denominadas C). Los pediatras utilizan al menos el 40% de su tiempo en las revisiones de salud; el 79% de los pediatras piensa que esta cantidad de tiempo es adecuada, lo que resulta paradójico con los resultados, en el mismo estudio, de que solo un 46% de los pediatras cree que existe tiempo suficiente para hacer frente a las evaluaciones del desarrollo^{6,7}.

Estudios observacionales en padres indican que la expectativa de esta actividad es de buena a muy buena en las familias

Sabemos que los padres esperan que los profesionales que atienden a la infancia proporcionen información sobre el desarrollo infantil y la crianza así como sobre los aspectos físicos de la salud. Los padres aceptan y se adhieren a las recomendaciones de crianza al seno materno, posición de dormir boca arriba, evitar el uso de disciplina física y la promoción de la lectura en sus hijos¹.

Estudios de baja calidad, no aleatorizados o aleatorizados con tamaño muestral pequeño indican que las intervenciones de consejo y uso de guías anticipatorias son efectivas en la prevención de problemas de conducta o del desarrollo (hábitos de sueño, conductas de buen trato en los padres, llanto, trastornos del sueño...)⁸.

Desde el lado negativo, conocemos que cerca del 40% de los padres que acudían a las revisiones de salud en EE. UU. no había debatido sobre temas recomendados en las guías de atención a la infancia en ese país (cuidados de salud, prevención de quemaduras, higiene y aseo, orientación de disciplina y sueño)⁹. Al 40% de los padres no se le preguntó si tenía preocupaciones acerca del aprendizaje de sus hijos o de su desarrollo¹.

En nuestro medio, en Andalucía¹⁰, el 36% de las madres hubiera querido abordar otros temas con el pediatra, especialmente sobre disciplina, educación y desarrollo infantil. El 40% de las madres revelaba que había incumplido por lo menos una recomendación, sobre todo en relación al tratamiento de enfermedades (55%) y pautas de alimentación (28%). El 43% de las madres consideró escaso el tiempo de duración de la atención en la visita del programa de salud.

contra, se incorpora el cribado de autismo, la vigilancia del desarrollo (en la anterior edición solo se recomendaba el cribado del desarrollo), la valoración psicosocial y conductual, la valoración y el consejo del consumo de alcohol y drogas, y la profilaxis con vitamina D, además, claro está, de actualizaciones de los calendarios de vacunas.

En España, el grupo de trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la AEPap (PrevInfad)¹³ ha incorporado en la última década las siguientes recomendaciones: la visita prenatal, el cribado de la enfermedad celíaca, el cribado de autismo en poblaciones de riesgo, la recomendación de yodo, la supervisión de la alimentación infantil, la profilaxis con vitamina D, el consejo para la prevención del embarazo no deseado en adolescentes y de las infecciones de transmisión sexual, y las actualizaciones del calendario vacunal.

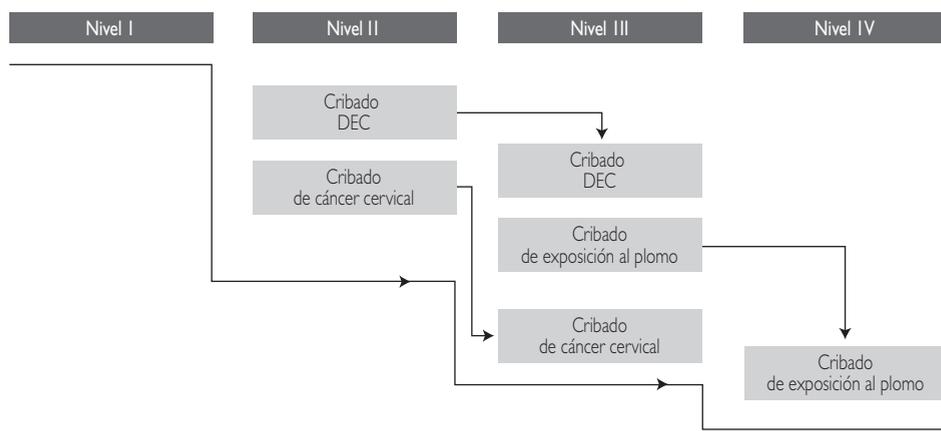
El número de actividades preventivas ha aumentado en las últimas décadas

Atendiendo a las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP)^{11,12}, de 2000 a 2008 desaparece como recomendación la práctica del urinoanálisis y, por

Cambios de la evidencia en el transcurso del tiempo¹⁴⁻¹⁶

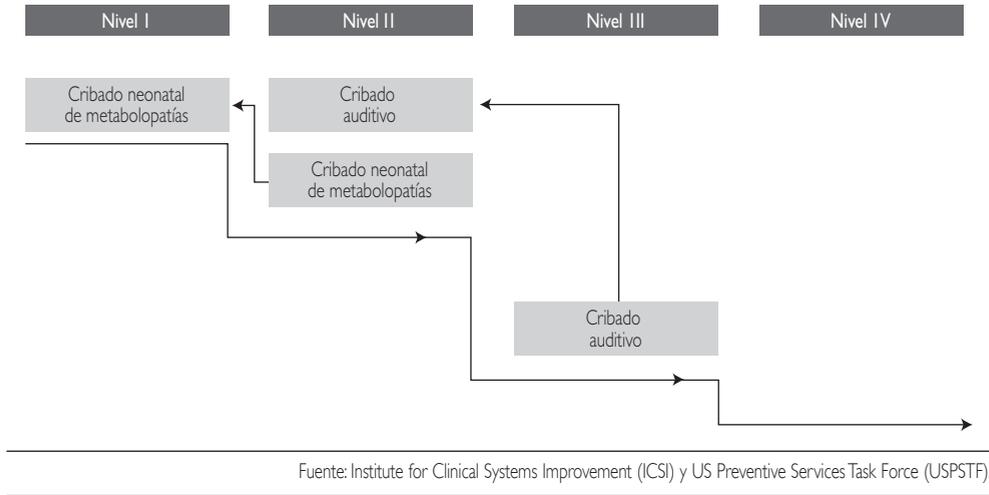
Tomando solo dos años, de 2007 a 2009, podemos ver la velocidad de los cambios en la evidencia de las actividades preventivas recomendadas (figuras 1 y 2).

Figura 1. Disminución de la evidencia en el periodo 2007-2009



DEC: displasia evolutiva de cadera.

Fuente: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) y US Preventive Services Task Force (USPSTF).

Figura 2. Aumento de la evidencia en el periodo 2007-2009

Coincidencia en la fuerza de recomendación entre las diferentes organizaciones¹³⁻¹⁶

En la tabla I comparamos la fuerza de la recomendación según tres organizaciones.

Relación de recomendaciones con buena o suficiente evidencia para realizarlas

- Vacunas.
- Cribado neonatal de metabolopatías.
- Cribado visual a los cinco años.
- Cribado visual en mayores de cinco años.
- Cribado de audición.
- Consejo sobre prevención del SMSL.
- Vitamina D.
- Consejo sobre lactancia materna.

- Consejo sobre accidentes en el hogar.
- Suplementos de flúor.
- Criptorquidia.

¿Qué pasa con las recomendaciones C o I?

Si observamos las actividades con evidencia C o I (tabla 2) podemos decir que adquieren valor y rendimiento en eficiencia y resultados cuando se realizan sobre poblaciones exclusivamente de riesgo, seleccionadas o de atención oportuna (por ejemplo, el consejo de prevención de accidentes al atender a un niño que ha sufrido un accidente en el hogar); aquí sí encontramos publicaciones y experiencias positivas (véanse las recomendaciones de PrevInfad)¹³.

Otras soluciones para mejorar la eficiencia y gestionar el tiempo en consulta¹

A falta de considerar soluciones ofrecidas por los otros ponentes en relación al número de controles de salud necesarios o a quién y cuándo debe atender el PSI, podemos sumarizar las siguientes soluciones:

Tabla 1. Fuerza de recomendación de las actividades preventivas según organizaciones

	USPSTF	ICSI	PrevInfad
Vacunas	A	A	A
Cribado de Clamydia	A	A	I
Cribado neonatal	A	A	A
Cribado visual a los cinco años	B	B	A
Cribado visual en mayores de cinco años		A	B
Cribado de audición	B	B	A
Consejo sobre prevención de SMSL		B	A
Vitamina D			B (en lactancias maternas)
Consejo sobre lactancia materna	B	B	B
Consejo sobre accidentes en el hogar	I	C	B
Suplementos de flúor	B	C	B
Criptorquidia		C	B
Depresión adolescente (> 12 años)	B	B	
Consejo bucodental	I	C	
Cribado de displasia de cadera (excepto en RN y en niños con riesgo)	I	C	C
Cribado de ferropenia	I	C	C
Consejo preconcepcional		C	C
Consejo sobre ITS en población sin riesgo	I	C	C
Consejo sobre ITS en sexualmente activas	B	C	C
Somatometría			C
Cribado de celiaquía en población de riesgo			C
Consejo nutricional	I	C	I
Cribado de dislipemia	I	C	I
Consejo sobre tabaquismo pasivo		C	I
Fotoprotección y cáncer piel	I	C	I
Consejo sobre accidentes de tráfico	I	B	I
Cribado de obesidad	I	B	I
Consejo sobre tabaco	I	B	I
Consejo sobre alcohol	I	C	I
Cribado de desarrollo psicomotor		C	I
Cribado de lenguaje	I		
Cribado de maltrato infantil	I	I	I
Cribado de TBC universal		I	I
Cribado de HTA			I
Consejo sobre actividad física	I		I
Cribado de autismo			D
Consejo sobre drogas	I		I
Visita prenatal			I

Nota: **A:** significa que hay buena evidencia que sostiene que la actividad preventiva sea específicamente incluida en un examen periódico de salud. **B:** hay suficiente evidencia que sostiene que la actividad preventiva sea específicamente incluida en un examen periódico de salud. **C:** existe una evidencia conflictiva para la inclusión o la exclusión de la actividad preventiva en un examen periódico de salud, pero se puede recomendar en situaciones especiales. **D:** existe suficiente evidencia que sostiene que la actividad preventiva sea excluida de un examen periódico de salud. **E:** existe buena evidencia que sostiene que la actividad preventiva sea excluida de un examen periódico de salud. **I:** existe insuficiente evidencia (en calidad o cantidad) para hacer una recomendación de la actividad preventiva en un examen periódico de salud; sin embargo, otros factores pueden influir en la toma de decisiones.

HTA: hipertensión arterial; **ICSI:** Institute for Clinical Systems Improvement; **ITS:** infecciones de transmisión sexual; **PrevInfad:** Grupo Prevención Infancia y Adolescencia de la AEPap; **RN:** recién nacidos; **SMSL:** síndrome de muerte súbita del lactante; **TBC:** tuberculosis; **USPSTF:** US Preventive Services Task Force.

Fuente: ICSI, USPSTF y PrevInfad.

Tabla 2. Relación de intervenciones con evidencia C o I del Programa de Salud Infantil

Intervención	Grupo de riesgo o seleccionado
Consejo bucodental	Atención oportunistamente ante examen requerido de dentición
Cribado de displasia de cadera (excepto en RN y en niños con riesgo)	Riesgo: mujer, podálica o antecedentes de displasia de cadera
Cribado de ferropenia	Riesgo: prematuridad, alimentación excesiva o exclusiva en lácteos...
Consejo preconcepcional	Atención oportunistamente ante consulta relacionada
Consejo sobre ITS en sexualmente activas	Atención oportunistamente ante consulta relacionada
Somatometría	Atención oportunistamente
Cribado de celiaquía en población de riesgo	Riesgo: diabéticos, síndrome de Down, antecedentes familiares...
Consejo nutricional	Atención oportunistamente ante consulta relacionada
Cribado de dislipemia	Riesgo: mayor de dos años con antecedentes familiares de dislipemia hereditaria monocigótica...
Consejo sobre tabaquismo pasivo	Atención oportunistamente: catarros, primeras semanas de vida de hijo/a...
Fotoprotección y cáncer de piel	Atención oportunistamente en meses de primavera, en consulta de cualquier tipo o relacionada
Consejo sobre accidentes de tráfico	Atención oportunistamente en consulta de accidentes y en controles del PSI
Cribado de obesidad	Atención oportunistamente en consulta relacionada
Consejo sobre tabaco	Atención oportunistamente en consulta relacionada
Consejo sobre alcohol	Atención oportunistamente en consulta relacionada
Cribado de desarrollo psicomotor	Atención oportunistamente en consulta relacionada (atención a preocupación de los padres, observación en consulta...)
Cribado de lenguaje	Atención oportunistamente en consulta relacionada (atención a preocupación de los padres, observación en consulta...)
Cribado de maltrato infantil	Atención oportunistamente en consulta relacionada (atención a preocupación de los padres, observación en consulta...)
Cribado de TBC universal	Población de riesgo (inmigrantes de poblaciones asiáticas...)
Cribado de HTA	Población de riesgo (obesidad...). Atención oportunistamente en consulta relacionada
Consejo sobre actividad física	Atención oportunistamente en consulta relacionada
Cribado de autismo	Atención oportunistamente en consulta relacionada (atención a preocupación de los padres, observación en consulta...)
Consejo sobre drogas	Atención oportunistamente en consulta relacionada
Visita prenatal	Poblaciones de riesgo: madres adolescentes, pobreza, antecedentes de otros hijos en situación de riesgo social...

HTA: hipertensión arterial; ITS: infecciones de transmisión sexual; PSI: Programa de Salud Infantil; RN: recién nacidos; TBC: tuberculosis.

- 1.º Igual que algunas familias o niños pueden precisar visitas adicionales para lograr un desarrollo familiar; algunas familias pueden precisar menos visitas.
- 2.º Eliminación de las ineficiencias: no realizar exámenes físicos en cada visita. No realizar examen del desarrollo en todas las visitas.
- 3.º Algunas de las visitas coincidentes con calendarios vacunales pueden quedar exentas de encuentros con el pediatra.
- 4.º La atención en grupo puede ser tan eficaz como la atención individual (talleres de lactancia materna, educación en el desarrollo infantil, alimentación, etc.).
- 5.º Los periodos de tiempo antes y después del encuentro entre la familia y el pediatra deben estructurarse como partes de la atención. Los padres deben ser informados sobre los objetivos de la próxima visita y las cuestiones del desarrollo que se van a anticipar y dialogar. Los consejos, el asesoramiento y la orientación que se ofrecen en la visita de rutina

deben ser reforzados y mejorados con el uso de material impreso y/o audiovisual (direcciones de Internet etc.).

BIBLIOGRAFÍA

1. Schor EL. Rethinking Well-Child care. *Pediatrics*. 2004;114:210-16.
2. Weingarten M, Matalon A. The ethics of basing community prevention in general practice. *J Med Ethics*. 2010;36:138-41.
3. Getz L, Sigurdsson A, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ*. 2003;327:498-500.
4. Galbe J. ¿Son eficaces las revisiones de salud en los niños? *Evid Pediatr*. 2008;4:47.
5. Yarnall K, Pollak K, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health*. 2003;93:635-41.
6. Dinkevich E, Hupert J, Moyer V. Evidence based well child care. *BMJ*. 2001;323:846-9.
7. American Academy of Pediatrics. Periodic Survey of Fellows 46. Elk Grove Village, IL. American Academy of Pediatrics; 2001.
8. Regalado M, Halfon N. Primary care services promoting optimal child development from birth to age 3 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001;155:1311-22.
9. Olson LM, Inkelas M, Halfon N, Schuster MA, O'Connor KG, Mistry R. Overview of the content of health supervision for young children: reports from parents and pediatricians. *Pediatrics*. 2004;113:1907-16.
10. Nunes C, Ayala M. ¿Qué piensan las madres sobre el programa de seguimiento de la salud infantil? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9:411-25.
11. American Academy of Pediatrics. Recommendations for preventive pediatric health care (RE9535). *Pediatrics*. 2000;105:645-6.
12. American Academy of Pediatrics. Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. *Pediatrics*. 2007;120:1376.
13. Grupo de Trabajo PrevInfad de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y a su vez del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS-semFYC). Actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas para la infancia y la adolescencia [fecha de acceso 12/09/2010]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>
14. Institute for Clinical Systems improvement. Health care guideline: Preventive services for children and adolescents. 30.th edition; 2007 [fecha de acceso 02/11/2007]. Disponible en <http://www.icsi.org>
15. Institute for Clinical Systems improvement. Health care guideline: Preventive services for children and adolescents. 50.th edition; 2009 [fecha de acceso 12/09/2010]. Disponible en http://www.icsi.org/preventive_services_for_children_guideline_preventive_services_for_children_and_adolescents_2531.html
16. US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2009. AHRQ Publication No. 09-IP006, September 2009. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD [fecha de acceso 12/09/2010]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>



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.

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>