

La consulta del niño sano: ¿una rutina necesaria?

Dr. Alvaro Téllez T.

Profesor Adjunto de Pediatría

Jefe Programa de Medicina Familiar Mención Niño

Facultad de Medicina

P. Universidad Católica de Chile

Dirección electrónica: atellez@med.puc.cl

INTRODUCCIÓN

La consulta del niño sano ha sido una de las actividades importantes de la atención primaria, y se ha asociado a muchos de los éxitos que puede exhibir el sistema de salud chileno. Gracias a la amplia cobertura conseguida a lo largo del país, se han desarrollado programas de gran importancia para el control de problemas como la desnutrición y las enfermedades inmunoprevenibles. También ha permitido realizar una labor educativa que ha contribuido al desarrollo de una cultura sanitaria en la población.

Los equipos de salud del sistema público destinan mensualmente, sólo en la región metropolitana, 21.000 horas de trabajo a la atención del niño sano menor de seis años, realizando en un año cerca de 100.000 controles de salud(1). Los profesionales que realizan esta actividad son en orden de frecuencia: la enfermera, la auxiliar de enfermería, el médico y la matrona.

Esta importante inversión de recursos, destinada a una actividad de carácter preventivo y promocional, es un esfuerzo difícil de sobrellevar, especialmente en momentos de alta morbilidad como el invierno, donde el premio de la demanda exige a los equipos de salud concentrar sus esfuerzos en la labor curativa. Afortunadamente, está incorporada en la conciencia de los equipos de salud y en la población la importancia de mantener a los niños bajo supervisión, especialmente durante su primera infancia.

Durante los próximos años el sistema de atención en salud estará sometido a un proceso de reforma, que considera entre sus estrategias el robusteci-

miento de la atención primaria y de las acciones preventivas(2). Esta buena noticia significará una mayor responsabilidad para los equipos de salud, pues, sin duda junto con administrar mayores recursos deberán demostrar su capacidad para transformarlos en acciones efectivas.

Por estas razones, es un buen momento para reflexionar sobre el sentido y los objetivos de la consulta de salud del niño, considerando los nuevos desafíos epidemiológicos que enfrenta el país (3). Este artículo tiene por objetivo contribuir a esta reflexión.

EL SENTIDO DE LA CONSULTA DE SALUD DEL NIÑO: ENTRE EL CONTROL Y LA SUPERVISIÓN

Habitualmente los equipos de salud programan y realizan esta actividad como un control de niño sano, sin profundizar en lo que esto significa. Sin embargo, esta forma de entender la consulta de un niño aparentemente sano, suele traer consigo una práctica rutinaria y poco estimulante, que empobrece el verdadero sentido de la actividad.

Controlar significa comparar una lista de parámetros del niño con los respectivos estándares de normalidad. Según el resultado de este chequeo se clasifica al niño en algunas categorías diagnósticas y se dan indicaciones que están previamente establecidas para estos diagnósticos. El control del niño sano se transforma, de esta manera, en una actividad repetitiva que no requiere mayores distinciones entre un niño y otro (Tabla N° 1).

Tabla n° 1

La consulta del niño sano: control versus supervisión

CONTROL

- Chequeo de normalidad comparado con listado de parámetros estadísticos: peso, talla, DSM, etc.
- Actividad simple, baja complejidad
- Repetible en diferentes edades sin variaciones
- Percibido como poco importante y no urgente

SUPERVISIÓN

- Evaluación del niño en todos los aspectos relevantes para su salud incluyendo el contexto
- Alta complejidad
- Percibido como importante, no urgente, pero con oportunidad limitada en el tiempo
- Irrepetible: cada niño es único

El verdadero sentido de esta actividad está mejor reflejado en el concepto de supervisión de salud. Supervisar significa fijar la mirada en cada niño y en cada una de sus circunstancias relevantes con el objeto de identificar sus riesgos y sus potencialidades para poder, a partir de ellos, promover y prevenir. En esta perspectiva, nunca se podrá repetir una supervisión, pues nunca existirá un niño igual a otro; podrán compartir el peso, la talla y un normal desarrollo psicomotor, pero nunca compartirán su genética, su ambiente intrauterino, el clima familiar y tantas otras circunstancias personales.

Se pueden controlar parámetros en poblaciones con el fin de obtener las prevalencias de algunos problemas y de planificar intervenciones. Pero a un niño corresponde supervisararlo, no controlarlo.

Entendida la consulta de un niño sano como una supervisión de su salud, entonces se transforma en una oportunidad para intervenir en la vida de un niño y su familia y contribuir a la prevención de problemas y el fomento de la salud (4). Esto es importante, porque los nuevos desafíos epidemiológicos que enfrenta el país significan justamente lograr prevenir las enfermedades crónicas a través del fomento de estilos de vida saludables (3), lo cual será más efectivo si se hace durante la niñez y con una perspectiva familiar.

Por otra parte, la complejidad de los problemas de salud que enfrenta la atención primaria exige un abordaje profundo y personalizado, de lo contrario, la intervención será tardía y poco eficaz. Es el caso, por ejemplo, del maltrato infantil. En un control rutinario de salud, donde lo que importa es completar una información estandarizada, es poco probable que el profesional se detenga en los factores de riesgo asociados a este problema y plantee una intervención. Por el contrario, en una atención personalizada, el supervisor está en mejores condiciones para detectar señales de riesgo en el niño y su familia y, renunciando a otros aspectos de la supervisión, profundizar en el tema del maltrato.

LA EFECTIVIDAD DE LA SUPERVISIÓN DE SALUD, UN VALOR ESTRATÉGICO

La descripción hecha hasta aquí pone énfasis en que la consulta de un niño sano está orientada hacia el niño y sus necesidades, y no hacia la ejecución de la actividad en sí misma. Esta afirmación obliga a cuestionar la manera como el Ministerio, los Servicios y los equipos de salud entienden y evalúan esta actividad.

No es raro que las programaciones locales establezcan sus metas anuales en torno a indicadores de productividad, sin poner énfasis en los beneficios o la calidad de las actividades realizadas. En general, los indicadores que describen los controles de salud del niño, cuantifican el número de atenciones realizadas relacionándolas con las metas propuestas. Un criterio de mayor utilidad es la evaluación de la cobertura alcanzada, es decir, el número de niños que se han mantenido bajo control en comparación con el universo de niños que se debe controlar.

En general, se alcanzan buenas coberturas en la población menor de dos años, sin embargo, las cifras tienden a descender en el período preescolar, cuando existe una mayor deserción. Este hecho se refleja en la cobertura del Plan Ampliado de Inmunizaciones que entrega cifras inferiores en los niños de cuatro años, en comparación con la correspondiente a las dosis colocadas en el período de lactante (1).

Esta forma de entender, programar y evaluar una actividad estaría justificada si existieran evidencias de que la realización de la misma estuviera asociada estrechamente a la consecución de los objetivos o resultados esperados para ella. Desgraciadamente esto no es así, salvo para algunas acciones específicas, como la vacunación, donde existe una buena correlación entre cobertura poblacional de una vacuna efectiva y la disminución de la incidencia y prevalencia de la enfermedad correspondiente (5).

Desgraciadamente, no existe un planteamiento oficial sobre los objetivos específicos y resultados a lograr con la supervisión de salud en cada una de las edades en las que se programa. Esto, además de permitir una gran dispersión en las decisiones clínicas de los profesionales, impide establecer indicadores para evaluar la efectividad de la supervisión del niño sano, entendida ésta como la obtención de los resultados deseables en condiciones normales (6).

El problema es complejo, pues es razonable pensar que en el futuro, cuando se deba establecer criterios para decidir la destinación de recursos al sector salud, se privilegien aquellas intervenciones que, por una parte, estén orientadas hacia los problemas de salud prioritarios y, por otra, estén basadas en evidencias que avalen su efectividad.

LOS OBJETIVOS Y CONTENIDOS DE LA SUPERVISIÓN DE SALUD

Si se desea progresar en torno a la prevención y promoción de la salud del niño, sobre la base de consultas sistemáticas destinadas al niño sano, es necesario repensar esta actividad en los siguientes aspectos:

- 1.- Objetivos a lograr con la actividad en general y en cada etapa del crecimiento y desarrollo.
- 2.- Intervenciones específicas para conseguir los objetivos, en lo posible avaladas por evidencias de buena calidad o, por lo menos, por una convención de expertos.
- 3.- Definición de los indicadores que permitan evaluar la calidad de la intervención y, en lo posible, su efectividad.

Existe abundante información disponible, relacionada especialmente con los dos primeros aspectos mencionados. Por ejemplo, hay cierto consenso en que los objetivos generales de la supervisión de salud del niño son (7):

- 1.- Prevenir enfermedades.
- 2.- Detección de enfermedades y de factores de riesgo para intervenir oportunamente en ellos.
- 3.- Promover una crianza saludable, especialmente en aspectos psicosociales.

La cantidad de intervenciones posibles de incluir en la supervisión de salud de cada grupo etáreo es tan elevada, que resulta fundamental ordenarlas y convenirlas en torno a criterios lo más objetivos posibles, como el nivel de evidencias que las avalan y recomendaciones de grupos de expertos. Al respecto, es de gran utilidad recurrir a lo que publican grupos que han realizado un análisis serio de la información científica disponible para los distintos temas incluidos en la supervisión de salud. Es el caso de Canadian Task Force on the Periodic Health Examination(8) y de Committee on Practice and Ambulatory Medicine, de la Academia Americana de Pediatría (9). Las recomendaciones existentes, en esta materia, se encuentran sistematizadas en algunas publicaciones que las han organizado de acuerdo a las necesidades de los equipos de salud (4,10).

El abordaje del tercer aspecto, la evaluación de la supervisión de salud, es más difícil, pues no existen estudios concluyentes que permitan establecer su efectividad en términos generales (7). En realidad, no se trata de una intervención simple, sino más bien de un conjunto de intervenciones que han sido agrupadas en una actividad secuencial, que debe ir desarrollando distintos objetivos específicos a medida que el niño crece. La justificación para supervisar a un recién nacido es muy diferente a la que avala la atención de un escolar y, por lo tanto, cada atención debería evaluarse en forma independiente.

Por otra parte, la evaluación de la supervisión de salud, necesariamente debe incluir la calidad de la interacción lograda entre el profesional y la familia, pues existe una directa relación entre este factor y la adherencia y cumplimiento de las indicaciones entregadas y, por lo tanto, con el cumplimiento de los objetivos de cada atención (11).

La recomendación de la Academia Americana de Pediatría es realizar siete supervisiones de salud en el menor de un año(7), cada una de ellas con objetivos específicos. En Chile, habitualmente se realizan nueve supervisiones, y no existe una clara razón que justifique esta mayor concentración de recursos. Todo indica que los sistemas de atención deben definir con mayor claridad los objetivos, contenidos y recursos que deben sostener esta actividad, pues no basta con estar convencidos de su importancia y de sus bondades para perpetuarla en el tiempo.

CONSIDERACIONES PARA REALIZAR UNA SUPERVISIÓN DE SALUD

La supervisión de salud es una actividad compleja y, como tal, debe ser

ejecutada teniendo en cuenta una serie de consideraciones, sin las cuales se corre el riesgo de desvirtuarla. Estas consideraciones son las siguientes:

1.- La supervisión es personal, enfocada a cada niño en cuanto es un ser único y original. En cada niño se debe descubrir: las características biológicas, genéticas y temperamentales; el ambiente familiar; el ambiente físico; las relaciones relevantes; la evaluación del crecimiento, del estado nutricional, del desarrollo psicomotor; los hábitos; los factores de riesgo y los factores protectores.

2.- La familia es el primer ámbito de cuidado, y es donde se toman las principales decisiones para el cuidado de la salud. La familia es el ambiente privilegiado donde el niño recibirá los cuidados básicos, el cariño y la seguridad, elementos fundamentales para su desarrollo. Será el primer gran modelo donde el niño aprenderá hábitos y costumbres. También, es una fuente potencial de factores de riesgo. El supervisor de salud debe incorporar toda esta información, y considerarla al momento de plantear los diagnósticos y problemas que el niño tiene y las recomendaciones a transmitir.

3.- En la supervisión de salud intervienen tres actores: el niño, la familia y el profesional; y los principales responsables del cuidado son los dos primeros. El profesional debe contribuir al mejor cuidado de la salud a través de su intervención pero, la efectividad de ésta, depende de la calidad de la relación establecida. Esta relación debe permitir la participación del niño y su familia, y debe fomentar a que sean ellos los que ejerzan su propio cuidado de la salud.

4.- La supervisión de cada niño está orientada a objetivos específicos, dependiendo de su edad, características personales, familiares, ambientales y epidemiológicas (4,10). Algunos objetivos serán aplicables a todos los niños de cierta edad como, por ejemplo, la evaluación de la técnica de lactancia durante los primeros dos meses de vida. Otros, dependerán de las circunstancias que rodean a cada niño y, los últimos, serán propios de todos los niños que compartan un contexto epidemiológico determinado.

5.- La supervisión de salud no se agota en una consulta, tampoco la relación clínica. Es imposible cumplir adecuadamente con todos los objetivos de la supervisión de salud en una consulta. Es por ello que el profesional deberá decidir qué es lo más importante de hacer en cada niño y en cada consulta, planificando hacia adelante cómo y cuándo abordar el resto de los objetivos. La continuidad en la atención es una condición necesaria para trabajar de esta manera, continuidad que permite prolongar la relación entre el profesional, el niño y su familia (7,11,12).

6.- Los recursos en salud son limitados y hay que cuidarlos. El recurso más limitante es el tiempo, no sólo del profesional, también de los padres y del niño a supervisar. El tiempo del encuentro clínico debe

usarse en forma eficiente, buscando siempre el mayor beneficio para el niño.

ASPECTOS RELACIONALES DE LA SUPERVISIÓN DE SALUD

La atención ambulatoria, en general, y la consulta del niño sano, en particular, basan la efectividad de la intervención en la capacidad del profesional para establecer una relación empática, comprensiva y cercana con el niño y su familia. Esta relación permite que el clínico obtenga toda la información que requiere en la anamnesis y, posteriormente, influya favorablemente en las decisiones que se tomen sobre el cuidado del niño. Es necesario recordar que el cuidado de la salud no está en manos de los equipos de salud, sino que en las familias, quienes, además del profesional, tienen otras fuentes de información y consejo, muchas veces con mayor influencia.

Desde este punto de vista, la consulta de un niño sano debe comprender los siguientes momentos:

1.- Acogida: se abre la relación con un saludo que establezca cercanía y con preguntas abiertas que faciliten la comunicación de preocupaciones y problemas en forma espontánea. Recordar que la relación debe establecerse con el niño y con la familia, pues ambos participan en forma particular en la atención.

2.- Historia dirigida: se revisan en forma ordenada los temas propios de la edad y etapa de desarrollo, y los aspectos específicos de cada niño como sus antecedentes, la etapa del ciclo familiar y su contexto. La construcción o actualización de un genograma (4) es una buena manera de resumir la información familiar de cada niño.

3.- Examen físico: cuando la supervisión de salud se realiza en forma continuada a través de las distintas edades de un niño, en cada ocasión se realizará el examen físico más significativo para ese momento, evitando la repetición de un examen completo e innecesario. Especial atención se da a los signos que permitan detectar problemas propios o significativos de cada etapa del crecimiento, como la displasia de caderas en los primeros tres meses, la opacidad de los medios transparentes del ojo durante el primer año de vida, la agudeza auditiva y visual en el

preescolar y escolar, entre tantos otros. Recordar que el examen físico debe ser realizado con respeto y privacidad, informando al niño de las maniobras a realizar, obteniendo de esta manera su aceptación y colaboración.

4.- Discusión de los diagnósticos, problemas y del plan a seguir. El profesional debe compartir con la familia las conclusiones obtenidas durante la consulta, especialmente aquellos aspectos que requerirán una intervención. Esta intervención deberá ser apropiada al contexto familiar y ser aceptada, por ello, es necesario acordar con los padres y con el niño cuando ya es grande el plan a seguir. La conversación debe ser hecha en un lenguaje comprensible para los padres y el niño, especialmente en lo que se refiere a las recomendaciones y tratamientos específicos. En este momento es cuando se entrega la guía anticipatoria (4) correspondiente.

5.- Cierre. Antes de terminar la consulta el profesional debe abrir un espacio para que los padres o el niño expresen sus dudas o preocupaciones. Es un buen momento, además, para anticipar eventuales situaciones que pueden ocurrir antes de la próxima consulta, como aparición de fiebre después de una vacuna.

LOS PROFESIONALES QUE REALIZAN LA SUPERVISIÓN DE SALUD

Realizar la supervisión de salud de la manera en que ha sido descrita aquí es, sin duda, difícil. Más aún, si se realiza en un contexto de escasos recursos y de presión asistencial. Por este motivo, es esencial que quien la practique esté convencido de la importancia de esta actividad y del desafío que encierra. Sin esta motivación, es probable que la atención del niño sano se transforme en un control plano y rutinario, que satisfaga sólo a las estadísticas.

Sin embargo, no basta con la motivación. Se requieren además destrezas clínicas y comunicacionales y un basto conocimiento de las materias implicadas en la salud del niño (Tabla N° 2). Los profesionales de la salud y, especialmente los médicos, aprenden y valoran la información objetiva, en lo posible de carácter científico, que está publicada en

Tabla n ° 2
Información necesaria para realizar una supervisión de salud

CONOCIMIENTOS TEORICOS E INESPECÍFICOS	INFORMACION ESPECÍFICA PARA CADA NIÑO
<ul style="list-style-type: none"> - Las características de cada edad: crecimiento y desarrollo normal, variaciones - Riesgos y desafíos de cada etapa - Oportunidades para pruebas de tamizaje - Acciones preventivas de cada edad - Areas de promoción psicosocial: hábitos, habilidades, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia personal y familiar - Características del contexto en cada momento y etapa del ciclo vital - Características familiares, genograma - Riesgos y fortalezas personales y familiares

libros y revistas. Esta información es esencial para realizar una buena supervisión de salud, sin embargo, es insuficiente. El resto de la información está en manos de la familia y del niño, y procede de la realidad y de la historia que ellos han vivido.

Es importante que los equipos de salud adquieran, en su formación, las destrezas y conocimientos necesarios para la atención ambulatoria y para intervenciones de carácter preventivo como ésta. Desgraciadamente, los currículos de formación, especialmente en las escuelas de medicina, todavía no han asignado la importancia suficiente a estas materias, privilegiando lo referente al cuidado de las enfermedades de tratamiento hospitalario, que representa un modelo de atención diferente (12). Por este motivo, es clave que los equipos de atención ambulatoria complementen su formación en los aspectos necesarios y

mantengan actualizados sus conocimientos en los temas relacionados con el cuidado preventivo de la salud.

El cuidado basado en evidencia es una gran herramienta, que está a disposición de los equipos, para mantener actualizadas las prácticas clínicas en búsqueda de la mejor calidad y efectividad. Al respecto, existen varias páginas en internet que se preocupan de resumir y actualizar esta información para el ámbito de la atención primaria. (Tabla N° 3).

La atención clínica ambulatoria puede ser una práctica rutinaria y tediosa, o una actividad apasionante e inagotable: la opción está en manos de quienes la realizan.

Tabla n° 3

Busqueda de guías de practica clinica y evidencias para la supervision de salud del niño: lugares recomendados

• Pediatría Basada en Evidencias	http://infodoctor.org/pbe/index.Htm
• Canadian Task Force on Preventive Care	www.cma.ca/cpgs/search/english/help/2CTFPHC.htm
• Bright Futures	www.brightfutures.org/
• Biblioteca virtual Ministerio de Salud: acceso a sitios de Medicina Basada en Evidencias	www.minsal.cl/sitionuevo/biblioteca_virtual.htm

Bibliografía

- 1.- SEREMI Salud Región Metropolitana. Indicadores de Atención de Salud Región Metropolitana. Anuario Estadístico 1998. Vol. 13.
- 2.- Discurso del Presidente Ricardo Lagos en el Congreso. 21 de mayo del 2001.
- 3.- Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios Chile 2001-2010. Enero 2001.
- 4.- Catalán S., Cifuentes L., Moore R., Téllez A., Valdés V. La Supervisión de Salud del Niño y del Adolescente. Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile. 2000.
- 5.- Ristori C. Establecimiento de un esquema de vacunaciones en Chile. En Jiménez J. El control del sarampión en Chile. Campaña Nacional de Inmunización 1992. Dolmen ediciones. Chile 1995.
- 6.- Rubinstein A. Promoviendo la efectividad clínica para la medición de resultados: ¿Una ciencia básica de la práctica médica?. Revista Chilena de Medicina Familiar 2001; Vol 2 : 5-9.
- 7.- Hoekelman R. Child Health Supervision. En Hockelman R. Primary Pediatric Primary Care. Third edition. Mosby. 2000.
- 8.- Canadian Task Force on Periodic Health Examination: Periodic Health Examination: 1990 update. Can Med Assoc J 143:867, 1990
- 9.- American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine; Recommendations for preventive pediatric health care. Pediatrics 105:645, 2000.
- 10.- Green M. Editor. Bright Futures: guidelines for health supervision of infants, children and adolescents. Arlington, VA, 1994. National Center for Education in Maternal and Child Health.
- 11.- Halterman J. y cols. Compliance with Pediatric Health Care Recommendations. En Hoekelman R. Primary Pediatric Primary Care. Mosby. Third edition. 2000.
- 12.- Téllez A. Modelos de Atención en Pediatría. En Pediatría de Meneghelo. Editorial Médica Panamericana. Quinta Edición. Argentina 1977.