

# Organización y estructura del programa de atención al niño sano

F. Muñoz García

Centro de Salud Nuestra Señora del Coro, San Sebastián

## INTRODUCCIÓN

La supervisión sistemática del mantenimiento del estado de salud, es el aspecto más importante en la asistencia a los lactantes niños y adolescentes, ya que los controles periódicos de salud, constituyen la mejor oportunidad para practicar una eficaz medicina preventiva y de educación para la salud. Aspectos que se pueden considerar la piedra angular de la práctica pediátrica<sup>(1)</sup>.

En 1984 el Ministerio de Sanidad y Consumo, estableció el programa de atención al niño sano, y publicó las primeras guías de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria, con el propósito de: «contribuir a elevar el nivel de salud de la población, principalmente a través de la disminución de la morbimortalidad del niño en sus distintas etapas de lactante, preescolar, escolar y adolescente; mediante acciones de promoción, prevención, y recuperación de la salud del niño, las cuales, habrían de estar estrechamente vinculadas a las demás acciones de salud que se realicen en atención primaria». Para lo cual se establecieron unos objetivos específicos fundamentalmente preventivos, desarrollando el primer calendario de atención periódica al niño sano en nuestro país<sup>(2)</sup>, dentro del Documento de Salud Infantil, que se elaboró de acuerdo con la Asociación Española de Pediatría.

Los mencionados controles se llevarían a cabo mediante la utilización de una serie de protocolos establecidos de antemano, que se realizarían hasta los 4 años en los consultorios de la Seguridad Social, y en la EGB, en la misma escuela, hasta los 13 años<sup>(2)</sup>. Es a partir de este momento cuando se inicia una nueva etapa que iba a permitir poco a poco la cobertura del programa de salud en toda España.

## ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

La Academia Americana de Pediatría, publicó un programa de pediatría preventiva en 1964, que con ligeras modificaciones se mantiene en la actualidad, y en el cual estaba inspirado el calendario que estableció el Ministerio de Sanidad<sup>(3, 4)</sup>.

Este programa estableció una serie de evaluaciones para cada edad, que abarcaban, desde el período prenatal, hasta los 21 años de edad, con cuatro referencias esenciales en cada una de ellas:

- a) recogida de información sobre el niño o adolescente,
- b) examen físico,
- c) consejos o guía anticipada,
- d) inmunizaciones.

Y tres objetivos principales:

1. Prevención de las enfermedades, a través de las inmunizaciones y de la educación en aspectos concretos, como la prevención de accidentes, la adecuada nutrición, y el cuidado dental.
2. Diagnóstico y tratamiento precoces de las enfermedades, con la realización de una anamnesis completa, exploración física por aparatos, somatometría, tensión arterial, y screening selectivo y no selectivo (análisis de orina, mantoux, etc.).
3. El objetivo relativo a implementar el ajuste psicosocial del niño

o adolescente con la familia, lo que se conoce como consejos o guías a los padres<sup>(5)</sup>.

La Asociación Española de Pediatría, a través de un grupo de expertos, desarrolló un documento en 1997, que cubría dichos objetivos de prevención<sup>(5)</sup>. Dicho documento se plasmó en la Cartilla de Salud de la Infancia y Adolescencia, que contiene tres secciones: programas de salud, registro de incidencias y enfermedades, y promoción y educación para la salud.

El Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), estableció en el año 1986 su programa de atención al niño sano, creando la cartilla de salud infantil, en la que junto a los datos personales del niño, la historia neonatal, calendario de vacunaciones, y una serie de consejos sobre: alimentación, higiene y cuidados generales, prevención de accidentes, y promoción del desarrollo; establece el calendario de control periódico del niño sano (Tabla I), desde la primera semana de vida hasta los 14 años de edad, y recoge una serie de parámetros: peso, talla, perímetro cefálico, tensión arterial, exploración física general, visión, audición, y observaciones<sup>(6)</sup>.

La primera visita se realiza generalmente a la semana de vida, aunque en la Cartilla de salud figuren los 15 días, ya que actualmente se tiende a acortar la estancia hospitalaria, y conviene valorar pronto el estado general de niño, la ganancia de peso, sobre todo si es alimentado al pecho, hiperbilirrubinemia y signos precoces de infección; para lo que se realiza una exploración física completa, que aquí no corresponde detallar ahora.

En esta primera visita se hace la historia clínica inicial por lo que generalmente se dedica más tiempo del habitual, y finaliza con la valoración del estado de salud del niño, se programa la siguiente visita de control, que puede ser a los 15 días o al mes de vida, y se comenta la guía anticipada de consejos a los padres, sobre los cuidados generales, alimentación y primera vacuna, que en nuestro medio es la BCG.

**Calendario vacunal.** La cartilla de salud infantil incluye el calendario vacunal recomendado en la Comunidad Autónoma Vasca (Figura 1). El papel del pediatra será velar por su cumplimiento, hacer el registro sistemático de cada vacunación, y procurar que estas coincidan con la visita de control.

La secuencia de las visitas posteriores, son al: 1-2-4-6-9-12 y 18 meses. Y a los: 2-4-6-10 y 14 años, generalmente se tiende a realizar una visita de control cada año hasta los 6 años, y después cada dos años hasta los 14. No obstante esto varía según las condiciones del Centro de Salud y el criterio del pediatra.

A efectos prácticos resulta muy útil disponer en estas visitas de control de un esquema de pediatría preventiva, que debería estar incluido en la historia, y que recoja de forma ordenada los parámetros a revisar en cada edad; a título de muestra presento el que vengo utilizando hace varios años, aunque sería deseable disponer de un esquema común consensuado y elaborado en el seno de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria, con uniformidad de criterios y normas homogéneas<sup>(7)</sup>. Esta podría ser una de las conclusiones de esta ponencia.

**TABLA I. Control periódico del niño**

Edad recomendada	Fecha	Peso	Talla	P.C.	T.A.	Exploración física seleci.	Visión	Audición	Observaciones	Nº Colegiado
Antes de 15 días										
15 días										
1 mes										
2 meses										
4 meses										
6 meses										
12 meses										
18 meses										
2 años										
4 años										
6 años										
10 años										
14 años										

Normal: Ø. Sospecha anomalía: +



**FIGURA 1.**

Siguiendo este esquema haremos los comentarios más relevantes de cada apartado y de las pruebas de detección que se indican.

En la primera visita a los 7-15 días, aparte de la historia clínica, examen físico y somatometría, aparecen ya: exámen de visión, screening de caderas, metabolopatías, y educación y consejos.

Las pruebas subjetivas para el exámen de la visión, se han de basar en los datos de la historia clínica y en la exploración física (sigue con la mirada, reacción a la luz, etc.).

La determinación objetiva de la agudeza visual se debe iniciar a partir de los 3-4 años con optotipos adecuados (test de la E, Cover test, etc.). Uno de los objetivos de este exámen es el descubrir los casos de errores de refracción unilaterales, para prevenir la ambliopía<sup>(8)</sup>.

Es importante efectuar pruebas de detección de anomalías de la visión cada año en los niños en edad escolar. En la C.A.V se hace la primera revisión escolar a los 4 años, con examen de visión. Después a los 6-10 y 13 años: exámen de agudeza visual y auditiva, exploración de columna vertebral y somatometría.

**Prevención de metabolopatías.** Pruebas de detección de di-

versos trastornos metabólicos y genéticos: fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito, galactosemia, y homocistinuria, que se realizan de forma sistemática al recién nacido antes de abandonar el hospital<sup>(8)</sup>.

**Screening de caderas.** Aunque forma parte de la exploración física general, requiere especial atención, por la necesidad de un diagnóstico precoz.

A todos los recién nacidos hay que explorar las caderas (prueba de Barlow y maniobra de Ortolani), en cada visita periódica durante el primer año de la vida.

**Desarrollo psicomotor.** En cada visita, una parte muy importante de la exploración física estará constituida por las pruebas de detección del desarrollo. Se utiliza habitualmente el test de Denver o la tabla de desarrollo de Haizea-LLevant; la práctica de estas pruebas requiere de 20 a 30 minutos, según la edad y el grado de cooperación del niño. Es necesario señalar, que esta prueba puede y debe realizarla la enfermera, previamente adiestrada en su manejo.

Si el resultado del test no es el esperado para cada edad, habrá que remitir al niño al especialista pediátrico correspondiente<sup>(9)</sup>.

**Lenguaje.** De una forma abreviada podemos decir, que con los test de desarrollo, podemos descubrir precozmente los retrasos del lenguaje, cuando la etapa verbal del niño, no se corresponde con la edad cronológica.

**Vitaminas.** La única vitamina que aportaremos es la D3. Las últimas recomendaciones de ingesta, son de 200-400 U/día. Dicho suplemento estaría indicado durante los meses de invierno hasta el año de edad<sup>(10)</sup>.

**Flúor.** Si la concentración de flúor en el agua de bebida es > de 0,7 (ppm) no será necesaria la suplementación. Las recomendaciones de ingesta son de 0 a 6 meses (0,01 mg), y de 7 a 12 meses (0,5 mg).

**Detección de alteraciones de la audición.** Se aconseja efectuar las pruebas subjetivas de audición en las visitas de control del niño sano.

En los lactantes se puede efectuar con los juguetes sonoros (so-najero), observando si lateraliza frente a los sonidos. Las pruebas

objetivas mediante audiometría de tonos puros, se pueden utilizar a partir de los 5 años.

En los lactantes que sufren problemas médicos asociados con pérdida auditiva, puede ser necesario enviarlos precózmamente al ORL, para realizar pruebas más específicas, como los potenciales evocados<sup>(8)</sup>.

Cuando se descubre un retraso del lenguaje, hay que hacer siempre un exámen de la audición.

**Análisis de orina.** El análisis sistemático de orina ya no se recomienda en la asistencia programada al niño sano, en presencia de una historia clínica y exploración física normales<sup>(9)</sup>.

Sin embargo, diversos factores de la historia y de la exploración clínica, pueden sugerir la necesidad de practicar un análisis o un cultivo de orina, como puede ser en casos de: enuresis, disuria, poliuria, poliquiuria, antecedentes personales o familiares de hematuria, proteinuria o infecciones del tracto urinario.

El pediatra suele hacer un examen de orina en los casos de fiebre sin foco, con frecuencia en el mismo consultorio mediante las tiras reactivas. Por lo tanto esta será también una determinación selectiva<sup>(11)</sup>.

**Análisis de sangre.** Será igualmente una determinación selectiva, ya que, aunque la incidencia de ferropenia ha disminuido, sigue siendo el estado deficitario de mayor prevalencia en la infancia, y como tal, representa un notable problema de salud pública.

Por eso, debería seguir siendo práctica frecuente entre los pediatras, medir hemoglobina y hematocrito entre los 9 y los 12 meses para el diagnóstico de anemia<sup>(12)</sup>.

Las causas más comunes de este trastorno en dicho grupo de edad, son las deficiencias de hierro y las infecciones intercurrentes.

En la actualidad ha aumentado el número de lactantes que recibe leche materna o una fórmula lactea suplementada con hierro. Durante el primer año de vida ya son muy pocos los niños que reciben leche de vaca sin modificar, lo que ha contribuido a la disminución de la incidencia de deficiencia intensa de hierro, en comparación con lo observado en épocas pasadas.

**Colesterol.** La población en la que se recomienda la detección selectiva, incluye a los que tienen antecedentes familiares de niveles elevados de colesterol (igual o superior a 240 mg/dl), infarto de miocardio o accidente cerebrovascular agudo precoces, hipertensión y obesidad<sup>(13)</sup>. Estas pruebas selectivas se harían en los niños entre los 2 y 5 años. La determinación no selectiva de colesterol, se puede hacer al menos una vez en todos los niños por encima de los 2 años, aprovechando la extracción de sangre por otro motivo.

**Tensión arterial.** Las pruebas de detección para la hipertensión deben de comenzar a los 3 años de edad. La tensión arterial se ha de tomar con un esfigmomanómetro pediátrico y un manguito del tamaño adecuado; con el niño en posición sentada y el brazo a la altura del corazón. Cuando las cifras obtenidas sean iguales o superiores al P95, en tres visitas distintas, podremos hablar de hipertensión<sup>(9)</sup>.

**Detección de escoliosis.** Los programas de detección de la escoliosis como parte de una evaluación de supervisión de la salud es un método deseable<sup>(13)</sup>.

La escoliosis idiopática afecta al 5% de los adolescentes. Se hace más evidente durante la fase de crecimiento rápido (estadios II y III de Tanner en las niñas, y estadios III y IV en los niños), y puede progresar muy rápidamente durante este tiempo. Una actuación

adecuada, requiere el diagnóstico precoz y un estrecho seguimiento a lo largo de toda la pubertad.

**Exámen bucodental.** En cada visita programada a partir de los 2 años, hay que hacer un exámen bucodental, y explicar a los padres las técnicas apropiadas de limpieza de los dientes del niño, que ha de ser iniciada durante el segundo año de vida; como método encaminado a la prevención de las caries.

El Servicio Vasco de Salud, tiene establecido un Programa dental infantil (PADI), que se encarga de la asistencia dental de los niños de 7 a 15 años, que residan en la Comunidad Autónoma Vasca; mediante la prestación de medidas preventivas y tratamiento dental adecuado por medio de una red de dentistas de cabecera. Un sistema similar existe en Navarra.

### Organización

Para que el programa de atención al niño sano resulte eficaz, es necesario disponer de tiempo, espacio y medios suficientes. Pero antes de nada, conviene decir que la visita al niño sano constituye un esfuerzo combinado del médico y la enfermera. Por lo tanto podemos afirmar, que la presencia de la enfermera en las consultas de pediatría, tanto en la atención a demanda como en la programada, resulta indispensable. Analizaremos someramente estos tres términos:

**a) Tiempo.** El tiempo mínimo requerido por parte del médico para cumplimentar todos los apartados de la visita de control, es de 10 a 15 minutos, más el tiempo que ha de dedicar la enfermera. Por eso resulta desconcertante que a estas alturas, después de más de 15 años de Reforma Sanitaria, se tenga que seguir pidiendo por parte de asociaciones profesionales de atención primaria, un tiempo de 10 minutos por paciente.

El factor tiempo es muy importante en todo tipo de asistencia sanitaria, pero lo es más en la asistencia preventiva, hasta el punto de poderse afirmar, que todos los proyectos de mejora asistencial que se nos pudieran ocurrir, serían de escasa utilidad, si no asumimos esta prioridad. El número máximo de consultas que puede atender el pediatra de Centro de Salud, por día, no ha de ser superior a 24, para cuatro a cinco horas de consulta.

**b) Espacio.** Para una correcta organización de la visita programada, y un mejor aprovechamiento del tiempo, es necesario disponer de espacio suficiente para el eficaz desempeño de esta labor; dos despachos contiguos y comunicados, sería lo ideal, uno para el médico y otro para el apoyo de enfermería.

**c) Medios.** En los tiempos actuales, se da por supuesta la dotación suficiente de las consultas de pediatría, que han de disponer de: pesabebés, báscula, tallímetros horizontal y de pared, cinta métrica, termómetro, otoscopio eléctrico, esfigmomanómetro con tres manguitos, tiras reactivas de orina y recolectores adhesivos pediátricos, optotipos, etc.

Dejando clara esta prioridad de tiempo, espacio y medios adecuados, vendría después como organizar la consulta para lograr la máxima eficacia. Esto es lógicamente variable, y dependerá de muchos factores, como el número de pacientes por día, el espacio disponible, contar o no con la ayuda de una enfermera pediátrica. En general, allí donde se dan las mejores condiciones, los parámetros de crecimiento y las constantes, las toma previamente la enfermera (en ese despacho contiguo), con estos datos, el pediatra completa la anamnesis que reflejará en la historia clínica, realiza a continuación la exploración física sistemática, para terminar con los comentarios a los padres sobre el estado de salud del niño y los consejos adecuados (guía anticipada), que abarcará el período de tiem-

po que vaya a transcurrir hasta la siguiente visita programada. La educación y consejos adecuados deberán ser una parte importante de cada visita.

Como el tiempo disponible para los consejos personalizados es limitado; el médico tendrá que elegir el tema o los temas a tratar en cada visita, que en la mayoría de los casos se deducirán de la historia clínica.

Algunos de los comentarios habituales de la guía anticipada, los realizará la enfermera, previamente instruida al efecto, como una eficaz labor complementaria con la desempeñada por el pediatra en cada visita de control.

En ocasiones en niños en los que en una visita programada se descubren importantes problemas psicosociales, será preferible citarles de nuevo para tratar más específicamente el tema de que se trate, que dar unos consejos apresurados al final de una visita normal.

Resulta muy útil la entrega de material escrito para ciertos problemas prevalentes, como pueden ser los relacionados con la alimentación, trastornos del apetito, trastornos del sueño, control de esfínteres, problemas de disciplina, trastornos de la conducta, higiene bucodental, prevención de accidentes, etc.

Podemos terminar diciendo, que esta faceta preventiva y social, es a la larga la actividad más rentable, desde el punto de vista sanitario, que puede desempeñar el pediatra de atención primaria.

La vigilancia del crecimiento y desarrollo. La práctica de una correcta alimentación y los consejos para la adquisición de hábitos saludables. La promoción y seguimiento de la lactancia materna. La atención a los problemas de conducta. Las inmunizaciones, etc. Superan con mucho el valor de otros actos médicos que pueda desempeñar el pediatra general diariamente. Pero además, en cada visita programada, no solo vamos a revisar una serie de parámetros, y por lo tanto prevenir; sino que, vamos a tener, a diario, la mejor oportunidad de realizar el diagnóstico precoz de muchas enfermedades, con lo que estaremos también reafirman-

do, cada día, nuestra concepción integral de la asistencia pediátrica: desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia<sup>(14)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Baker RC. *Manual de Asistencia Primaria en Pediatría*. Ed. Masson-Little, Brown. Barcelona.
2. *Guía de Funcionamiento del Equipo de Atención Primaria*. Colección Atención Primaria de Salud I, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985. Madrid.
3. Normas de Supervisión Pediátrica, adaptado del libro: *Guidelines for health supervision*. 2nd.ed. 1988. Ed. Laboratorios Dr. Esteve. Barcelona.
4. American Academy of Pediatrics. Committee on Practice Ambulatory. Medicine recommendations for preventive pediatric health care. *Pediatrics* 1995;**96**:373-376.
5. Moya M. Asistencia integral desde el nacimiento hasta la adolescencia. *An Esp Pediatr* 1998; libro de actas II, **120**:296-297
6. *Manual de la cartilla de salud infantil*. Departamento de Sanidad del G. Vasco. Vitoria-Gasteiz, 1987.
7. Prandi F. II Reunión Anual de la Sección de Pediatría Extrahospitalaria. Barcelona. *An Esp Pediatr* 1987;**27**(S 27):1-2.
8. Omer GB. Pruebas de detección. En: Baker RC. *Manual de Asistencia Primaria en Pediatría*. Ed. Masson-Little, Brown, pág:22-24.
9. Prieto Salcedo ML. Desarrollo psicomotor del lactante y el niño. En: *Manual del Residente de Pediatría*. 1997. Tomo II, pág:15879-1582
10. Alonso Franch M, Bedate Calderón P, Calvo Romero C. Recomendaciones de ingesta en el primer año de vida. *An Esp Pediatr* 2001;**54**(2):153-156.
11. Benito Fernández J, García Ribes A, Trebolazabala Quirante N, Mintegui Raso S, Vázquez Ronco MA, Urra Zalbidegoitia E. Tinción de Gram y tira reactiva como métodos diagnósticos de la infección del tracto urinario del lactante con fiebre. *An Esp Pediatr* 2000;**53**:561-566.
12. Mark CW, Herbert TA. Investigación de la concentración de hemoglobina entre los 9 y 12 meses de edad: deficiencia de hierro. *Clin Pediatr* 1996;**3**:574.
13. Gail BS, Clide ER. En: *Manual de Atención Primaria en Pediatría*. 2ª ed. Mosby. Madrid, 1994, págs:83-84.
14. Muñoz F. Futuro de la Pediatría Extrahospitalaria. *An Esp Pediatr* 1991;**35**(S 45):23.