



Recomendaciones de GATPap sobre los profesionales responsables del Programa de Salud Infantil (PSI)

Autores: Francesc Bargall LLeonart; Julia Colomer Revuelta; Elena Fabregat Ferrer; M^a Dolores Gutiérrez Sigler; Carlos Labordena Barceló; Javier Soriano Faura

Valencia a 23 de Enero de 2015

Patronos:



INTRODUCCIÓN

La sociedad española ha experimentado importantes cambios sociodemográficos, económicos y culturales desde la creación de los primeros centros de salud en la década de los 80 del s. XX, cuando los pediatras se incorporaron a los equipos de Atención Primaria. Desde entonces, con la implantación en las diferentes autonomías del Programa de Salud Infantil (PSI), se han conseguido importantes avances en la prevención y promoción de la salud infantil. Ha sido uno de los programas con más aceptación entre los usuarios y existe un amplio consenso entre los profesionales sobre sus beneficios, aunque para la mayoría de actividades no se disponga de pruebas que demuestren su impacto mensurable en términos de salud.¹ Es una magnífica oportunidad para conocer al niño, la familia, sus condiciones de vida y representa un proceso continuado y valioso de prevención y promoción de la salud.

Las visitas del PSI son el marco adecuado para abordar los temas relacionados con el desarrollo, la conducta, el aprendizaje y la salud psicosocial. Todos estos aspectos han ganado en relevancia con la nueva morbilidad derivada del aumento de las enfermedades crónicas y discapacidad en los niños, estructuras familiares heterogéneas, el estilo de vida de los países desarrollados y una mayor exigencia por parte de las familias y la sociedad en general.

Esta situación ha generado una mayor complejidad en el primer nivel de atención que ha sido afrontada con voluntarismo por los Equipos Pediátricos de Atención Primaria, como un reto asistencial y organizativo ante la falta de inversión por parte de la Administración sanitaria²

Somos conscientes que el número de recomendaciones ha aumentado muchísimo y se extendería mucho más allá de lo que puede acometerse en una visita típica. Esto quizás también está contribuyendo a la amplia variación de la calidad y cantidad de servicios recibidos³. Percibimos que no se cubren todas las necesidades de las familias, que abandonan las consultas con dudas no resueltas, preocupaciones que no han podido

plantear, incluso cribados para detección precoz de retrasos del desarrollo sin completar. A pesar del esfuerzo realizado por los profesionales, con nuestro sistema actual, la oportunidad que ofrece el Programa de Salud Infantil (PSI) se desaprovecha y las familias no reciben todo el apoyo y la atención necesaria para asegurar que sus hijos desarrollan al máximo sus potenciales.

A partir de esta necesidad, detectada por los centros de Atención Primaria, se ha revisado la bibliografía científica disponible y aunque a nivel nacional no hay trabajos originales, hemos encontrado nuestra misma inquietud en países como EEUU donde los pediatras trabajan en Atención Primaria y afrontan circunstancias similares con escasez de personal médico. Los investigadores y clínicos han propuesto opciones para mejorar la atención centrándose en cambios en los elementos estructurales, personal y su organización.⁴ Estos cambios incluyen la asunción de tareas con amplia autonomía por el personal de enfermería y la oferta de formatos no convencionales, como las visitas grupales del PSI y la incorporación de las nuevas tecnologías de comunicación para consejo, guía anticipatoria y educación para la salud.

OBJETIVOS

El objetivo principal que nos planteamos es conocer la cobertura y autonomía de la enfermería pediátrica en el PSI realizado en los centros de salud de la Comunitat Valenciana.

Como objetivos secundarios analizar la aceptación, preparación, competencia y necesidades formativas de los equipos de pediatría y enfermería en los controles de salud del PSI realizados en nuestra comunidad.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio es transversal, descriptivo y no aleatorizado, mediante encuesta “on-line” anónima y autoadministrada a pediatras y enfermeras/os de la Comunitat Valenciana.

La población estimada de pediatras y enfermeras/os que atienden a la infancia en atención primaria es de 1200, según datos del 2008⁵. Estimándose en 221 el tamaño de la muestra para un IC del 90% y para un 50% +/-5 de frecuencia de resultados de la variable principal: cobertura de enfermería pediátrica en los centros de salud.

El reclutamiento se realizó acudiendo a las listas de distribución de los Colegios de Enfermería de la Comunitat Valenciana, de las Sociedades de Pediatría de las tres Provincias y de la lista de Centros Docentes de la Provincia de Valencia.

El cuestionario “on-line” se diseñó mediante un formulario Google-Docs®.

El contenido de las preguntas se consensuó entre los profesionales del grupo GATap, siguiendo las recomendaciones de la bibliografía científica. Se definieron cuatro dominios a estudiar en la encuesta según los objetivos propuestos:

1. La cobertura de enfermería pediátrica en los centros de salud.
2. Que controles se realizaban solo por enfermería o pediatría.
3. Grado de aceptación, preparación y competencia, según criterio de los pediatras y personal de enfermería.
4. Cuáles son las necesidades formativas detectadas por los pediatras y personal de enfermería.

Los datos se recogieron en el periodo de 22 de Abril a 20 de Junio de 2014.

Con los resultados obtenidos se realizó un estudio estadístico aplicando el software SPSS+ v.15.0®, análisis descriptivo y analítico, tablas de contingencia, con estimación de “Chi cuadrado”, estimación de riesgo, OR con IC al 95%.

RESULTADOS

Colaboraron en el estudio 253 profesionales, siendo mayor la representación de pediatras, que supuso el 65% (175), que de enfermeros/as, 35% (78).

Algo más de las tres cuartas partes de quienes participaron (210) trabajaban en centros de salud y en menor proporción en consultorios auxiliares (26), clínicas privadas (11) y hospitales (6).

El 87% de los centros contaban con enfermería pediátrica específica.

La aportación proporcional de los profesionales que ejercían en la provincia de Valencia alcanzó el 65% (164), siendo del 21% para Castellón (52) y del 15% para Alicante (37).

Quien realiza los controles de salud

Más del 70 % de los profesionales declararon que los controles de salud eran realizados conjuntamente por el pediatra y la enfermera.

Aproximadamente uno de cada cuatro de los controles que realizan los pediatras en solitario se corresponde con las visitas iniciales del recién nacido, en la primera semana y mes de vida.

La visita de los 15 meses era la que en mayor porcentaje realizaban las enfermeras de forma exclusiva. Un 18,2% de estas profesionales ejecutaba alguna otra visita no incluida en el programa oficial (Tabla 1).

Quién debería realizar los controles de salud

Según el 57,7% de los participantes en el estudio, ningún control lo debería realizar la enfermera de forma exclusiva (sin participación del pediatra). Este porcentaje se eleva al 83% cuando se refieren a la

conveniencia de la realización de los controles por parte del pediatra sin la colaboración de enfermería.

Coincidiendo con práctica, descrita en el apartado anterior, son las primeras visitas del recién nacido en el caso de los pediatras, y la de los 15 meses en el de las enfermeras, las que se consideran que deberían ser realizadas por un solo perfil profesional (Tabla 2)

El 52% de los participantes en el estudio estuvieron de acuerdo en que enfermería realizara controles sin la participación del pediatra, en el caso de implantarse un modelo de atención de controles de salud con participación exclusiva de enfermería en algún de ellos.

Habilidades y necesidades formativas del profesional de enfermería para la realización de los controles de salud

La relación entre las diferentes habilidades que los encuestados consideran que tiene enfermería para la realización de los controles de salud y sus necesidades de formación aparecen en la tabla 3.

En cuanto a las habilidades de enfermería los porcentajes más elevados de atribución se corresponden a las relacionadas con el análisis de hábitos de vida saludable (88,9%), el consejo (especialmente sobre alimentación) y a la resolución de problemas comunes de vacunación. Sin embargo la consideración de su preparación está por debajo del 50% cuando se trata de la realización de exploraciones, a excepción de la correspondiente a la agudeza visual que es cercana al 80%.

Respecto a las necesidades formativas, cerca del 50% de los profesionales indicaban carencias para las 19 actividades propuestas, sin preferencia marcada respecto a ninguna de ellas.

Necesidad de enfermería pediátrica específica

La necesidad de disponer de enfermería pediátrica fue declarada por casi la totalidad, el 95% de los profesionales participantes (241).

Los pediatras estuvieron 3,3 veces más de acuerdo con la figura de la enfermería pediátrica que las enfermeras/os (IC 95%: 1,02 -10,9; p: 0,041).

Los centros que cuentan con profesionales de enfermería pediátrica son más proclives a manifestar la necesidad de su trabajo (OR: 12,09; IC 95%: 5,55-40,97).

En los centros en los que no existe la figura de enfermería específica de pediatría, el pediatra tiene más posibilidad de realizar algún control de salud sólo, sin colaboración de enfermería. Tener enfermera pediátrica se identificó como factor protector para la colaboración de pediatra-enfermera en la realización de los controles de salud (OR: 0,47 IC 95%: 0.19 – 0,95).

Aquellos pediatras que habitualmente no realizan los controles de salud en colaboración con enfermera están menos de acuerdo con que la enfermera los realice sola, sin su colaboración (OR: 0.43; IC 95%: 0,24-0,78).

Las enfermeras que realizan los controles de salud junto al pediatra, opinan, con mayor frecuencia, que dichos controles deben realizarse con la participación conjunta del pediatra (OR: 7,16; IC95%: 3,84-13,36).

Tabla 1: Quién realiza los controles de salud				
	Controles realizados exclusivamente por la enfermera			Controles realizados exclusivamente por el pediatra
	n	%	n	%
Ningún control	181	71,5	189	74,7
Visita 1 ^a -2 ^a semana de vida	6	2,3	51	20,1
Visita primer mes	12	4,7	27	10,7
Visita 2 ^o mes	6	2,4	7	2,8
Visita 4 ^o mes	18	7,1	7	2,8
Visita 6 ^o mes	5	2	9	3,5
Visita 12 meses	5	2	7	2,8
Visita 15 meses	32	12,6	11	4,3
Visita 18 meses	8	3,2	7	2,8
Visita 3-4 años	10	3,9	12	4,7
Visita 5-6 años	8	3,2	9	3,5
Visita 11-12 años	9	3,5	10	3,5
Visita 14 años	12	4,7	10	3,9
Otro	46	18,2	20	7,9

Tabla 2: Quién debería realizar los controles de salud				
	Controles que realizaría exclusivamente la enfermera			Controles que realizaría exclusivamente el pediatra
	n	%	n	%
Ningún control	146	57,7	210	83
Visita 1 ^a -2 ^a semana de vida	3	1,2	28	11
Visita primer mes	33	13	19	7,5
Visita 2 ^o mes	13	5,1	3	1,2
Visita 4 ^o mes	28	11	3	1,2
Visita 6 ^o mes	9	3,5	5	2
Visita 12 meses	9	3,5	5	2
Visita 15 meses	63	24,9	6	2,4
Visita 18 meses	15	5,9	4	1,6
Visita 3-4 años	24	9,5	6	2,4
Visita 5-6 años	18	7,1	4	1,6
Visita 11-12 años	22	8,7	4	1,6
Visita 14 años	20	7,9	7	2,8
Otro	37	14,6	12	4,7

Tabla 3: Habilidades y necesidades formativas de enfermería en los controles de salud				
	Habi lidad es			Nece sidad es form ativa s
	n	%	n	%
Control del desarrollo físico	188	74,3	124	49
Análisis de hábitos de vida saludables	225	88,9	112	44,3
Análisis de competencias parentales	135	53,3	133	52,6
Consejo de alimentación de 0 a 24 meses de vida	220	86,9	126	49,8
Resuelve problemas comunes de lactancia materna	191	75,5	131	51,8
Consejo de alimentación preescolar, escolar y adolescentes	214	84,6	125	49,4
Consejo de salud bucodental	204	80,6	119	47
Consejo de posición al dormir en la cuna	194	76,7	112	44,3
Consejo de prevención de accidentes	179	70,7	135	53,3
Consejos de evitación del tabaco, alcohol y drogas	194	76,7	141	55,7
Consejo de actividad física	203	80,2	119	47
Exploración bucodental	128	50,6	116	45,8
Exploración locomotor	86	34	143	56,5
Exploración agudeza visual	201	79,4	104	41,1
Exploración desarrollo psicomotor	113	44,7	143	56,2
Exploración pubertad	57	22,5	141	55,7
Resuelve problemas comunes de vacunaciones	214	84,6	107	42,3
Salud sexual	117	46,2	131	51,8
Otro	24	9,5	24	9,5

DISCUSIÓN

Existe mucha información sobre el contenido detallado que debería incluir cada uno de los controles del Programa de Salud Infantil. Se han desarrollado planes similares en las diferentes comunidades autónomas, sin embargo, no existe la misma concreción acerca del profesional (pediatría o enfermería) que debe prestar esa atención.

En la bibliografía de origen anglosajón se encuentran referencias a la figura de la enfermera de pediatría desde mediados los 70, hace 40 años, con buena aceptación por las familias y una mayor atención a los problemas de conducta y el desarrollo psicomotor. Trabajos más recientes ofrecen resultados en salud similares y apoyan una mayor asunción de responsabilidades por los profesionales de Enfermería de Atención Primaria.^{6,7} Desde los propios colegios profesionales de enfermería se reclama una mayor autonomía y reconocimiento de su trabajo, así como más visibilidad social y exigen apoyo de la administración y del colectivo médico⁸. En este sentido, las agendas personalizadas de enfermería permiten al usuario la identificación de su enfermera de referencia, ofrecen una alternativa de acceso a los cuidados, diferente de la consulta de pediatría que suponía, hasta hace poco, el único acceso posible al sistema tanto para tareas administrativas, derivaciones, demandas, concertadas, PSI, etc.

En el año 2010, cuando se publicó en el BOE, el Plan de Formación de la especialidad de Enfermería Pediátrica (*Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio*) con amplias competencias en el PSI, existía ya en la práctica real, una implantación de la figura de la enfermera de pediatría de un 80% o superior, en 12 comunidades autónomas, entre las que se encuentra la nuestra⁹. La literatura revisada coincide en que el PSI puede ser realizado por enfermeras especialmente entrenadas trabajando en coordinación con pediatría. La enfermera puede disponer o adquirir las habilidades necesarias para desempeñar con corrección el PSI casi en su totalidad. 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.

Encontramos en la literatura, nuestra misma preocupación acerca de cómo ofrecer a la población una visita completa que abarque los aspectos mencionados en este artículo y vemos que se plantean modelos innovadores incluyendo una amplia variedad de proveedores de salud. En primer lugar la enfermería, por supuesto, liderando equipos que se completan con trabajador social o educadores infantiles¹⁰

También se ha estudiado el proporcionar algunos servicios en un formato menos convencional que la visita individual presencial, como la Visitas Preventivas Grupales (PSI grupal) que han demostrado ser, al menos tan efectivas como la atención individual y con mayor contenido sin incrementar el tiempo invertido. Las visitas grupales permiten un aprendizaje centrado en la familia, mayor participación de los padres, etc. y el valor añadido aportado por otros profesionales. El tamaño de los grupos más operativo oscila entre 4-5 familias⁴

En otros países desarrollados la provisión de servicios no recae exclusivamente en los centros de atención primaria sino que existen centros escolares con financiación variada que desarrollan actividades como: educación nutricional, consejo sobre el abuso de sustancias, salud mental-desarrollo y salud bucodental.¹¹

“La estructura y organización de los centros de salud deben posibilitar espacios físicos y temporales para el trabajo en equipo y complementario entre pediatría y enfermería; un modelo basado en la cooperación y la complementariedad”⁵. Avanzar en el desarrollo de este modelo colaborativo supondrá una revitalización del Programa de Salud Infantil, mejorando su calidad y coste efectividad y dotándolo de la flexibilidad necesaria para captar a la población más vulnerable, equilibrar las desigualdades y perseguir la equidad.¹²

CONCLUSIONES

El objeto de nuestro estudio era conocer la cobertura de la enfermería pediátrica en los centros de salud, la aceptación, preparación y competencia de los equipos de pediatra y enfermería en los controles de salud a la infancia.

Con los datos obtenidos podemos afirmar que la cobertura de enfermería pediátrica es mejorable, inferior al 90%.

Hay una aceptación prácticamente unánime para que enfermería se integre en los equipos de pediatría, 95% de los encuestados consideran importante esta cuestión. Considerándose imprescindible este modelo allí donde ese modelo está establecido, con una probabilidad de apoyo al modelo "binomio enfermera-pediatra" superior a 12 (OR 12,09; IC 95%:5,5-40,97).

Se considera que enfermería tiene suficientes conocimientos para atender los contenidos de los controles de salud, existe acuerdo entre el 70 al 89%, según áreas de conocimientos encuestadas, en que las habilidades requeridas están presentes en buena parte de estas intervenciones. Todo ello sin renunciar a mejorar o actualizar la formación en las áreas de cribado, consejo e intervención de los controles, sobre todo en exploración del aparato locomotor, pubertad y conductas adictivas.

El segundo objetivo de estudio era conocer si enfermería o pediatría realizaban controles de salud de manera exclusiva, es decir sin el apoyo del otro. Pues bien, los hallazgos encontrados demuestran que, en casi todos los controles, intervienen ambos profesionales. No se organizan los recursos humanos en aras a alcanzar una mayor cobertura en aspectos psicosociales, educativos y relativos al desarrollo.

De manera complementaria advertimos que existe acuerdo discreto, cerca del 43% de los encuestados, en que la enfermería debería realizar algunos controles de salud sin la colaboración de pediatría.

En caso de que se implantara como modelo de trabajo el que algunos controles de salud los realizara solo enfermería, aumentaría

discretamente el apoyo a este modelo, pasaría a un moderado 52% de acuerdo.

Hemos constatado un desacuerdo amplio, 83%, en que el pediatra realice algunos controles de salud sin la participación de enfermería, con especial atención a los controles de la primera semana y primer mes de vida.

Las limitaciones del presente estudio son la ausencia de aleatorización de los encuestados, menor representación del tamaño de la muestra en el caso de enfermería, y por provincias, menor representación de centros de atención primaria de Alicante.

Consideramos, con los resultados obtenidos y a pesar de las limitaciones del estudio, que la unidad básica de asistencia en pediatría debe estar formada por enfermera y pediatra en todos los centros de salud.

Hacen falta estudios que nos permitan conocer los obstáculos que existen y las soluciones probables para que el Programa de Salud a la Infancia (PSI) tenga eficiencia, eficacia y efectividad en el empleo de recursos humanos, evitando duplicidades en la atención.

RECOMENDACIONES

1. Todas las unidades asistenciales de atención al Programa de Salud de la Infancia (PSI) deben estar constituidas por personal de enfermería y pediatría.
2. Las agendas de citación de enfermería tienen que ser más flexibles para permitir su participación junto a pediatría en los controles de salud de la primera semana y primer mes de vida del niño/a.
3. En los programas de formación continuada deben implementarse contenidos formativos para enfermería, acordes a las necesidades detectadas en este estudio para el desempeño de su actividad en el PSI. Aumentar la formación de los profesionales de enfermería, no solo aumentaría la aceptación del modelo por parte de los pediatras si no también habría más confianza en enfermería para asumir estas funciones.
4. Proponemos debatir en los foros adecuados, asociaciones profesionales, servicios técnicos de salud infantil etc. qué controles del PSI debe realizar enfermería y cuales enfermería y pediatría conjuntamente.

BBLIOGRAFÍA

1. Galbe Sánchez-Ventura J. ¿Son eficaces las revisiones de salud de los niños. *Evid Pediatr.* 2008; 4: 47
2. Ruiz-Canela Cáceres, Juan. El modelo de Pediatría de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 2010;12(supl19):s139-s148.
3. Belamarichi PF, Gandica R, Stein RE, et al. Drowning in a Sea of Advice: Pediatricians and American Academy of Pediatrics Policy Statements. *Pediatrics* 2006; 118:4 e964-e978
4. Tumaini R. Coker, Annika Windon, Candice Moreno, Mark A. Schuster, Paul J. Chung. Well-Child Care Clinical Practice Redesign for Young Children: A Systematic Review of Strategies and Tools. *Pediatrics* 2013;131;S5
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Sistema Nacional de Salud España 2010. Principales datos y cifras de la Sanidad Española. Anexo 4.[Consultado el 09/02/2015]. Disponible en : http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Sistema_Nacional_de_Salud_2010.pdf
6. Begoña Domínguez Aurrecoechea, Carlos Valdivia Jiménez. La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(S):82–87
7. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (Revisión Cochrane traducida) La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford
8. Poghosyan L, Nannini A, Stone PW, Smaldone A. Nurse Practitioner Organizational Climate in Primary Care Settings: Implications for professional practice. *J Prof Nurse* 2013; 29: 338-349
9. Esparza M.J. ¿Quién hace qué en el Programa de Salud Infantil? 8º Curso actualización pediatría 2011
10. Hiromi Yoshida, Ada M. Fenick, Marjorie S. Rosenthal. Group Well-Child Care: An Analysis of Cost. *Clinical Pediatrics* 2014, 53(4) 387–94
11. Lorraine F. Yeung, Stuart K. Shapira, Ralph J. Coates, Frederic E. Shaw, Cynthia A. Moore, Coleen A. Boyle, Stephen B. Thacker. Rationale for

Periodic Reporting on the Use of Selected Clinical Preventive Services to Improve the Health of Infants, Children, and Adolescents — United States. MMWR / September 12, 2014 / Vol. 63 / No. 2

12. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM et al. Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review. Nursing Economic 2011; 29 (5).