



Control del niño sano: mitos y verdades

Definición y cuestionamiento

El control del niño sano intenta identificar y modificar aspectos sociales, del desarrollo, del comportamiento, y de la salud que podrían tener un efecto negativo en el futuro del niño (1). Promueve actividades de educación sanitaria, dirigidas a los niños y a sus familias, para prevenir o detectar tempranamente los problemas de salud más habituales. Se basan en la continuidad y periodicidad, estos varían dependiendo de la edad del niño (figura 1).

Existe un fuerte cuestionamiento sobre la utilidad de las actividades e intervenciones del llamado control del niño sano.

En la mayoría de niños, los determinantes de la enfermedad no son biológicos, sino aspectos socioculturales, como la pobreza, educación inadecuada, ambientes sociales y físicos no saludables. Los médicos no influyen en estos factores (2).

Estudios meticulosos demuestran como primer punto, que el número de controles, no garantiza ausencia de enfermedad. (3) Al evaluar el tiempo que ocupan los médicos que atienden a niños sanos, las recomendaciones de intervenciones y protocolos estandarizados deben tener una evidencia fuerte para que esos espacios sean útiles para el médico, el paciente, y su familia (2).

Un factor que no se toma en cuenta en el desarrollo de guías de prevención, es la inversión de recursos de salud, como tiempo del médico o enfermera, que son desperdiciados si el beneficio de la intervención preventiva es mínimo (figura 1 y 2) (2).

Figura 1. Evolución del desarrollo del niño de acuerdo a su edad



Fuente: Neuromotricidad y Aprendizaje, 2018

Programas para prevención y detección oportuna en niños

Casi todos los programas nacionales que promueven el control del niño sano, tiene detractores a nivel internacional, quienes cuestionan su utilidad:

1. Cribado neonatal de patologías metabólicas congénitas.

A primera vista, parece ser un buen concepto, pero arrastra una complejidad que no se toma en cuenta.

Se sobredimensionó el impacto de enfermedades poco frecuentes como Fenilcetonuria en los EEUU, dejando suelta la pregunta, ¿cuántos niños serán beneficiados de un programa nacional?(4). La cantidad de resultados falsos positivos resulta en un gasto innecesario que no se toma en cuenta, aun en los países llamados desarrollados (5).

Muy pocos sistemas de salud a nivel mundial, están en condiciones de instaurar el tratamiento necesario y oportuno, una vez realizado el diagnóstico de trastornos metabólicos congénitos (en fenilcetonuria la dieta debe iniciarse lo más tempranamente posible para evitar daño neurológico). Algunas de las enfermedades que se buscan en el tamizaje de los recién nacidos, ni siquiera tienen un tratamiento médico bien establecido (6).

2. Prevención del síndrome de la muerte súbita en el lactante.

Las recomendaciones de los programas educativos para los padres, pone énfasis en la posición del neonato, pero las explicaciones fisiológicas que vinculan posicionamiento prono con muerte súbita no son satisfactorias (7).

Existe evidencia relacionando con lo que se denomina "Falla Crítica del Diafragma" como causa principal de muerte súbita, posiblemente dejando a un lado las explicaciones típicas y las recomendaciones para su prevención (8).

3. Cribado de la displasia de la cadera.

La confiabilidad de la clasificación de Graf es baja para la lectura del ultrasonido y depende del médico que interpreta las imágenes (9).

La controversia principal es la poca evidencia que conecta el cribado con mejores resultados funcionales para los pacientes.

En un estudio, 90% de las anomalías encontradas en el ultrasonido se resolvieron solas (9).

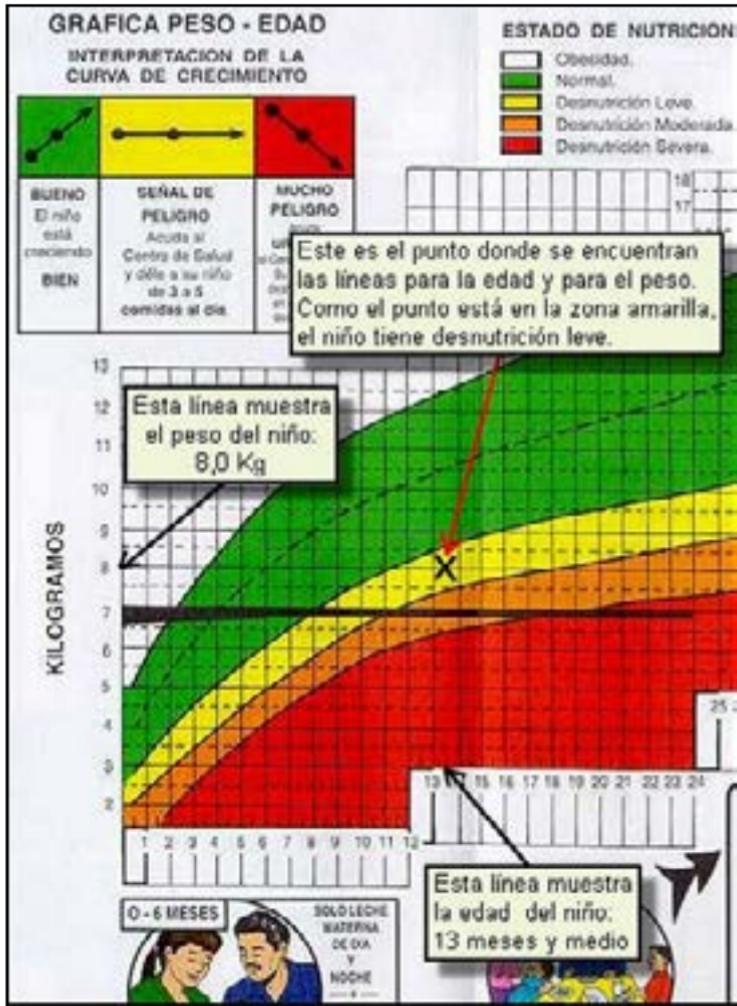
4. Vigilancia del crecimiento y desarrollo.

Desde que se creó la "Atención Primaria de Salud" (APS) y el APS selectivo, se criticaba la utilidad del monitoreo generalizado del crecimiento y desarrollo de los niños, por las mismas preocupaciones que persisten hoy en día (figura. 2). El costo-utilidad de estos programas se desconocen (10).

El argumento de que el monitoreo del crecimiento en niños incrementa la eficacia de los servicios de salud, así como una mayor utilización de las instituciones sanitarias; mejorando su rol como promotor, educador para la salud, y la participación y empoderamiento de la población; no ha sido comprobado con estudios bien diseñados (10).

Las causas de desnutrición y restricción del crecimiento son en su mayoría de origen social. Los médicos no tienen una respuesta para la desnutrición proteico calórica por pobreza (2)

Figura 2. Vigilancia del crecimiento



Fuente: Carnet del Crecimiento y Desarrollo del Niño(a), 2013

En algunos programas nacionales, el estado garantiza cinco controles de peso y talla a los niños en su primer año de vida, para mostrar el compromiso del estado con los “derechos” de los niños, pero ninguno de estas naciones, ofrecen intervenciones integrales para promocionar un crecimiento saludable (11).

Varios autores concluyen que “el monitoreo de crecimiento” es claramente un desperdicio de tiempo y dinero si no está vinculado con políticas nacionales, que promueven crecimiento saludable para todos los niños (11).

5. Cribado de los defectos visuales.

Las guías de las sociedades de pediatría y oftalmología están de acuerdo con el cribado de trastornos de la visión, sin embargo, existe una escasez de evidencia rigurosa con ensayos controlados y aleatorios sobre su eficacia (12).

En Canadá, la prevención de ambliopía tiene tres métodos de cribado: cribado oportuno de parte de médicos, cribado universal, examen visual comprensivo realizado por un oftalmólogo (13).

Los médicos de primer nivel que realizan cribado oportuno de trastornos visuales en niños demostraron poca adherencia a la normativa, y débiles requisitos para atención oftalmológica a niños pre-escolares (13).

Al estudiar el impacto de las campañas de control oftalmológico se encontró que se incrementa el control en un 45-63% de la población infantil. Lamentablemente, los que quedaron fuera de la campaña, fueron niños de familias con bajos recursos económicos (14). De los niños que participaron, 70% fueron diagnosticados con problemas visuales, lo que sugiere que el examen visual en campañas, tiene una alta tasa de falsos positivos. El sobre-diagnóstico puede resultar en tratamientos innecesarios (14).

6. Cribado de la hipoacusia.

La OMS recomienda cribado universal de hipoacusia, pero en el mismo documento reconoce la ausencia de evidencia del costo-beneficio en países de bajos recursos económicos (15).

Cribado universal en países pobres, generalmente no es “universal” y no existen programas de intervenciones estatales para los pacientes que tienen hipoacusia.

7. Prevención cardiovascular (Hipertensión, obesidad, colesterol).

No existe evidencia científica de alta calidad que demuestre que el cribado de rutina de trastornos lipídicos en niños con riesgo cardiovascular esta indicada (16).

8. Prevención de Anemia ferropénica.

Las Task Force en los EEUU no encontró evidencia para recomendar el cribado universal (ni selectivo) para anemia ferropénica en niños asintomáticos, no existen estudios que aseguren mejores resultados de salud, en este grupo de niños, si se realiza el cribado de anemia (17).

Un estudio de anemia ferropénica en Ecuador de Serrano & Orellana (2010), demostró que el 56% de los niños hospitalizados entre 1 a 5 años tenían anemia (18). Este porcentaje está sesgado porque todos estos niños están enfermos, pero esta cifra pone en duda el éxito del programa nacional contra la anemia.

Se debe considerar que quizás las intervenciones ofertadas no enfrentan la complejidad de las causas de anemia en niños.

Referencias bibliográficas

1. Coker T, Thomas T, Chung P. Does well child care have a future in Pediatrics. Pediatrics. 2013;(131).
2. Melnyk B, Grossman D, Chou R. Perspective on evidence-based prevention recommendations for children.. USPSTF. 2012;(130).
3. Primaria A. El control de Niño Sano en Atención Primaria. 2018.
4. Paul D. The history of newborn phenylketonuria screening in the US. Promoting Safe and Effective Genetic Testing in the United States: Final Report of the Task Force on Genetic Testing. Bethesda, Md: National Institutes of Health. 1997;(137).
5. Burke W, Atkins D, Gwinn M. Genetic test evaluation: information needs of clinicians, policy makers, and the public. Am J Epidemiol. 2002;(311).
6. Waisbren S, Albers S, Amato S. Effect of expanded newborn screening for biochemical genetic disorders on child outcomes and parental stress. JAMA. 2003;(290).
7. Goldwater P. Infection: the neglected paradigm in SIDS research. Arch Dis Child. 2017.
8. Siren P, Siren M. Critical diaphragm failure in sudden infant death syndrome. Uppsala journal of medical sciences. 2011;(116).
9. Bracken J, Tran T, Ditchfield M. Developmental dysplasia of the hip: controversies and current concepts. Ped and Chkd Health. 2012; 48.
10. Gerein N. Is growth monitoring worthwhile? Health Policy and Planning. Health Policy and Planning. 1998;(3).
11. Ashworth A, Shrimpton R, Jamil K. Growth and monitoring promotion: a review of evidence of impact. Maternal and Child Nutrition.. 2008;(4).
12. Vision screening in infants,children and youth. [Online]; 2010 [cited 2018 Octubre 10. Available from: <http://www.cps.ca/english/statements/cp/cp09-02.htm>.
13. Mema S, McIntyre L, Musto R. Childhood vision screening in Canada:Public Health evidence and practice.. Can J Public Health. 2012;(103).
14. (The Saskatchewan Association of Optometrists. [Online]. [cited 2011 January 11. Available from: www.optometrists.sk.ca/children_vision.php.
15. Newborn and infant hearing screening: current issues and guiding principles for action. Outcome od a WHO informal consultation held at WHO headquaters. Gevea, Switzerland: WHO; 2009.

16. Grossman D, Moyer V, Melnyk B. The anatomy of a US Preventive Services Task Force Recommendation: lipid screening for children and adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011;165.
17. US Preventive Services Task Force. Iron Deficiency Anemia: screening. [Online]; 2013 [cited 2018 December 11. Available from: <https://www.uspreventiveservices-taskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/iron-deficiency-anemia-screening>].
18. Serrano G, Orellana X. Prevalencia de anemia feropenica en niños de 1 mes a 4 años 11 meses y factores de riesgo asociados.. Universidad de Azuay Ecuador. 2010.
19. El control de Niño Sano en Atención Primaria. [Online]. [cited 2018 Octubre 15.]