

Jueves 11 de noviembre de 2004

Mesa Redonda:

“Actividades preventivas
en la infancia y adolescencia
(Grupo PrevInfad).

¿Cuándo prevenir es mejor
que curar?”

Moderador:

Francisco Javier Soriano Faura

Pediatra, CS Virgen de la Fuensanta, Valencia

■ **¿La promoción de la salud en AP es eficaz?, ¿la evidencia científica es suficiente para llevar a cabo una actividad preventiva?**

Francisco Javier Soriano Faura y Grupo PrevInfad

Pediatra, CS Virgen de la Fuensanta, Valencia

■ **¿Qué actividades preventivas están avaladas por pruebas científicas y en qué grado?**

Joan Pericas Bosch y Grupo PrevInfad

Pediatra, CAP La Mina, Sant Adrià de Besòs, Barcelona

■ **¿Cuántos controles son necesarios en el Programa de Actividades Preventivas?**

Julia Colomer Revuelta y Grupo PrevInfad

Pediatra, CS Fuente de San Luis (Valencia) y Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Universidad de Valencia

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Soriano Faura FJ y Grupo PrevInfad. ¿La promoción de la salud en AP es eficaz?, ¿la evidencia científica es suficiente para llevar a cabo una actividad preventiva? En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 37-42.

¿La promoción de la salud en AP es eficaz?, ¿la evidencia científica es suficiente para llevar a cabo una actividad preventiva?

Francisco Javier Soriano Faura y Grupo PrevInfad⁽¹⁾

Pediatra, CS Virgen de la Fuensanta, Valencia

jasofa@ono.com

¿QUÉ PAPEL PUEDE DESEMPEÑAR EL SECTOR DE ATENCIÓN SANITARIA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD?

La promoción de la salud se describe como un proceso, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de la persona para emprender una acción, y también en fortalecer la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud. Con arreglo a esto, una promoción de la salud eficaz conduce a cambios en los determinantes de la salud.

Estos determinantes de la salud incluyen aquellos que están bajo el control del individuo, como las conductas individuales orientadas a la salud y el uso de los servicios sanitarios y otros que están fuera del control de la persona y que incluyen las condiciones sociales, económicas y del entorno, así como la prestación de servicios sanitarios. Por tanto las acciones que apoyan a las personas para que adopten y mantengan estilos de vida saludables, y que crean condiciones de vida (entornos) que fomentan la salud, constituyen elementos clave de una promoción de la salud eficaz.¹

La evidencia demuestra algún resultado del sector sanitario en sus intervenciones destinadas a promover el abandono del tabaco, abordar

(1) Grupo PREVINPAD: Francisco Javier Soriano Faura (pediatra, Valencia [Coordinador del grupo]), Juan J. Delgado Domínguez (pediatra, La Coruña), José Galbe Sánchez-Ventura (pediatra, Zaragoza), Joan Pericas Bosch (pediatra, Barcelona), Manuel Merino Moína (pediatra, Madrid), Francisco Javier Sánchez-Ruiz Cabello (pediatra, Granada), Carmen Rosa Pallás Alonso (pediatra, Madrid) y Julia Colomer Revuelta (pediatra, Valencia).

los problemas de abuso del alcohol en adultos, la promoción de la lactancia materna y el cambio de posición al dormir en el lactante para prevenir el síndrome de muerte súbita de lactante. Sin embargo son poco concluyentes las pruebas acerca de la eficacia de los programas y mensajes de promoción de salud realizados por profesionales de Atención Primaria.

En general, se reconoce que el sector sanitario solo no puede aportar grandes cambios a las conductas orientadas a la salud, y depende de la acción coordinada con otros sectores.

El grado en que la promoción de la salud en el sector de atención sanitaria puede, por sí sola, ofrecer mayores mejoras de la salud es limitado. En consecuencia, una política de promoción de la salud que dependa de la reforma del sector de la atención sanitaria para alcanzar sus objetivos no funcionará. La estrategia de promoción de la salud debe combinar la participación del sector sanitario con otros sectores sociales, como el educativo (ejemplo: la salud bucodental) y combinado con una serie de medidas fiscales y legislativas³ (ejemplo: la obligatoriedad de utilizar asiento adecuado para el niño y el bebé en el automóvil).

Si del lado de la promoción de la salud observamos dificultades no ocurre así desde el punto de vista de las actividades preventivas en Atención Primaria, las inmunizaciones, las intervenciones de cribado o detección precoz son los pilares sobre los que la Pediatría de Atención Primaria ha obtenido resultados sobre la morbilidad y la mortalidad de la comunidad infantil en los últimos 25 años. Pero estos buenos resultados de la prevención no son justificación para engrosar artificialmente el contenido y número de las intervenciones preventivas, la búsqueda de la eficiencia y la efectividad debe acompañar a la sensatez en el momento de seleccionar una nueva actividad de prevención.

¿LOS SERVICIOS DE SALUD PUEDEN COLABORAR EN LA REDUCCIÓN DE LAS DIFERENCIAS DE SALUD?

El término **equidad en salud**³⁴ se utiliza aquí siguiendo las

sugerencias de la Organización Mundial de la Salud, concentrándonos en el ideal de brindar las mismas oportunidades a todas las personas para que disfruten de la salud en todo su potencial. Estaríamos de hecho pisando terreno resbaladizo si interpretásemos esta meta como un estado de salud igual para todos. Una meta realista reside en la reducción de las diferencias entre la salud de las personas en la medida de lo posible por medio de una igualdad de oportunidades en salud.

Las intervenciones de promoción y prevención de la salud en el sector de atención sanitaria debieran formar parte de estrategias más amplias dado que, por sí mismas, tienen potencial para incrementar las desigualdades en salud dado que sus beneficiarios principales son las personas que ya disfrutan de ventajas².

Existe una gama de intervenciones que se pueden promover por medio de los servicios sanitarios con el fin de reducir las desigualdades. Lo común a estas intervenciones es:

- Enfoques sistemáticos e intensivos de prestación de una atención de salud eficaz a los grupos menos favorecidos, mejora del acceso e incentivos que promuevan el uso de los servicios.
- Estrategias que utilicen una combinación de intervenciones e impliquen un enfoque multidisciplinario.
- Garantía de que los problemas abordados expresen o identifiquen las necesidades de la población objetivo.

En estas condiciones es cuando los servicios de salud pueden colaborar con eficacia en la reducción de las diferencias de salud.

La evidencia indica que la 'privación relativa' y no la pobreza absoluta es el elemento decisivo para comprender las desigualdades en salud en una Europa que está lejos de vivir en la pobreza aplastante de algunas otras regiones del mundo. La privación relativa puede tener muchas

caras: educación deficiente, mayor desempleo, menor capacidad para procesar la información y falta de recursos materiales, entre otras cosas. Existe una sólida evidencia de que la privación relativa en estas áreas guarda una estrecha relación con una salud más precaria.

Es probable que las intervenciones preventivas ejerzan un impacto importante en las desigualdades en salud. Irónicamente, esto se debe a que aquellas intervenciones que tienen lugar a través del sector de atención sanitaria pueden beneficiar sobre todo a personas de por sí ya relativamente más favorecidas. Por ejemplo, una revisión de las iniciativas destinadas a reducir los accidentes entre los niños encontró que éstas eran menos aceptadas entre las clases sociales más bajas. O igualmente, la inmunización de los lactantes con vacuna conjugada antineumocócica de forma individualizada, no estando incluida en el calendario vacunal infantil vigente en su comunidad autónoma, encuentra mayor cobertura en poblaciones más favorecidas económicamente o sin "privación relativa".

Ejemplos de grupos menos favorecidos serían:

- Emigrantes con desarraigo social.
- Minorías étnicas.
- Familias con adultos adictos a drogas por vía parenteral.
- Familias con adultos con enfermedad psiquiátrica que pueda provocar su exclusión social.
- Mujeres con "privación relativa" con niños pequeños y sin apoyos de la red social inmediata.
- Adolescentes con conductas de riesgo social o con enfermedad crónica mal controlada.
- Niños con discapacidad física o psíquica.
- Familias numerosas con niños pequeños producto de partos múltiples.

- Familias con hijos afectados de enfermedad crónica.
- Familias de niños que fueron grandes prematuros.
- Niños que "viven solos" la mayor parte del tiempo o cuidados por ancianos sin habilidades sociales.
- Niños adoptados en edades tardías y procedentes de países con distintas costumbres y cultura que el nuestro.

Con todo lo expresado consideramos que las intervenciones en el sector de la atención sanitaria deben ser sometidas a un análisis de impactos en materia de equidad para que la promoción y prevención de la salud no aumenten la desigualdad de oportunidades de salud.

Los programas de prevención de la salud deben llegar a los grupos situados fuera del sistema, contribuyendo a incrementar sus oportunidades de salud, existen pruebas de que las personas que pertenecen a grupos socioeconómicos menos favorecidos presentan tasas de mortalidad relativamente más altas, al igual que una mayor discapacidad, que aquellos que disfrutaban de una posición socioeconómica mejor.

¿LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ES SUFICIENTE PARA REALIZAR PEDIATRÍA PREVENTIVA?

Hay muchos factores a tener en cuenta cuando vamos a tomar decisiones sobre qué actividades preventivas son las más pertinentes, más eficaces y más efectivas. La evidencia científica aunque necesaria no es suficiente.

No se asume que un tipo concreto de evidencia deba ser necesariamente el factor determinante en una decisión, existen otros factores que acompañan a la evidencia externa:

I. La propia complejidad de la prevención

El proceso de revisión sistemática utilizado en la medicina basada en evidencia ha identificado los ensayos aleatorios controlados (*randomized controlled trials*-RCT) como el 'patrón oro' de la evaluación de las intervenciones.

Algunas intervenciones de prevención de la salud han sido evaluadas por medio de la aplicación de un diseño RCT. Sin embargo, en la mayoría de los casos, estas pruebas han sido posibles solamente cuando se aplican a programas y objetivos estrechamente definidos, basados en relaciones sencillas y directas entre entrada y resultado.

La mayor parte de las actividades preventivas son más complejas, siendo las relaciones entre los elementos de un modelo muy pocas veces tan sencillas y directas.

A continuación se describen algunos elementos de la supervisión de salud en la infancia que definen la complejidad de esta actividad:

- Un proceso longitudinal que implica unos encuentros periódicos y promueve la colaboración entre el pediatra, el niño y la familia.
- Personalizado para adaptarse al individuo.
- Integral, por ejemplo: la visión del niño en el contexto de la familia y la comunidad.
- Interesado en el apoyo a la autoestima del niño, la percepción de sus habilidades y destrezas.
- Basado en el diagnóstico de salud de la comunidad.
- Enfocado a los aspectos positivos y los problemáticos de la familia y de la comunidad.
- Parte de un sistema integrado que incluye servicios de salud, educación y servicios humanos basados en la comunidad.

- Esfuerzos complementarios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la familia, la escuela, la comunidad y los medios de comunicación⁵.

Los métodos de investigación empleados en la búsqueda de la mejor evidencia científica en intervenciones preventivas deben reflejar esta complejidad, siendo a menudo necesario que la evidencia del éxito de la prevención añada una gama de fuentes mucho más amplia que los resultados de los metaanálisis y las revisiones sistemáticas de los RTC. Los diseños experimentales convencionales, como los ensayos controlados predican, controlan y evalúan con bastante menos facilidad dichas intervenciones. Esto no equivale a decir que dichos programas no puedan ser objeto de una evaluación o no puedan estar basados en pruebas⁶.

2. La competencia clínica

Se entiende por competencia clínica la habilidad y buen juicio que se adquiere a través de la experiencia. Sin maestría clínica, existe el riesgo de que la práctica llegue a estar tiranizada por la evidencia, pues incluso una excelente evidencia externa puede ser impracticable para un niño o una familia en concreto⁷.

Las condiciones óptimas para estudiar la efectividad y la eficiencia son precisamente las de la práctica clínica diaria, es decir, las de la experiencia de los médicos y otros profesionales sanitarios. Pero así como se está haciendo un gran esfuerzo para evaluar de manera sistemática las evidencias externas (las que proceden de la bibliografía médica), las propuestas para analizar las evidencias que podrían obtenerse mediante el análisis sistemático de la experiencia, es decir, de los resultados de la práctica médica, son aún más teóricas que prácticas. Es lo que se conoce con el nombre de *investigación de resultados en salud* o *estudios naturalistas* o *investigación cualitativa*.

Estudiar los efectos de las intervenciones mediante asignación aleatoria en la práctica clínica permitiría acercar la prevención a la investigación y empezar a hablar tam-

bién de una efectividad basada en la medicina o, mejor aun, *evidencia basada en la experiencia*⁸.

3. Pediatría centrada en el niño y su familia

La mejor evidencia científica también se puede ver matizada por el sujeto de nuestras intervenciones. La calidad de la asistencia preventiva precisa de la perspectiva del niño o del adolescente (por ejemplo cuáles son sus preferencias al alimentarse, qué tipo de actividad física le gusta y con quién quiere practicar ejercicio, si le gusta el deporte competitivo). La identificación de las creencias y preferencias del niño y su familia es un elemento más para la toma de decisiones en salud⁹, cuestión que se torna evidente en el consejo sobre tabaquismo activo o pasivo o en el consejo de inicio de relaciones sexuales seguras en la adolescencia, por ejemplo.

4. Medicina basada en la eficiencia

La medicina basada en la eficiencia se centra, sobre todo, en buscar la eficiencia de las alternativas de prevención (y no sólo la eficacia y la seguridad), y en lograr que los recursos existentes se asignen y distribuyan de acuerdo con el interés global de la sociedad, no buscando sólo el bien individual de cada paciente. Para que sea una realidad, será necesario poder conocer la eficiencia de todas las opciones disponibles para prevenir cada grupo de enfermedades. Para lograr esto se tendrán que realizar evaluaciones económicas (de coste-efectividad, coste-utilidad o coste-beneficio), que son las que van a poder permitir valorar la eficiencia de cada opción preventiva.

La medicina basada en pruebas resalta el beneficio del paciente como individuo y su punto clave es la eficacia, la medicina basada en la eficiencia utiliza el análisis de decisión más orientada hacia el punto de vista de la sociedad y su punto clave es la efectividad de las intervenciones medidas en términos de cantidad y calidad de vida ganados¹⁰.

Mientras carezcamos de estudios bien diseñados probando la eficacia y la eficiencia, sólo existirá un conoci-

miento empírico que atestigüe el valor de los principios generales específicos y los esfuerzos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Es muy importante una investigación seria de la supervisión de salud, que comprenda las dificultades inherentes a tales esfuerzos y que incluya:

- El gran número de muestras que se necesitan.
- El gran número de variables que intervienen.
- La expectativa de diferencias relativamente pequeñas y por corto espacio de tiempo en los resultados entre los grupos.
- Y por último la necesidad de un seguimiento a largo plazo.

5. La calidad de vida relacionada con la salud

El objetivo esencial de nuestra actuación no es sólo añadir años a la vida sino sobre todo aportar una mejora en la calidad de los años vividos. El estudio de la calidad de vida relacionada con la salud se convierte así en un área emergente de interés para la toma de decisiones basada en pruebas, de forma que la medida de la calidad de vida pasa a ser un elemento más para la valoración de necesidades, de asignación de recursos, la evaluación de tecnología y la toma de decisiones clínicas¹¹.

De esta forma la evidencia procedente de la investigación externa no es la única guía que determina la acción. El estudio de la calidad de vida con instrumentos o cuestionarios adecuados se alía a la medicina basada en pruebas, la experiencia clínica y las preferencias del paciente para la toma de decisiones de la manera más científica y objetiva posible.

6. Programas de actividades preventivas versus intervención individual

El último elemento que acompaña a la evidencia externa a la hora de tomar una decisión se refiere a

la cobertura de la actuación de una recomendación de cuya evidencia externa encontramos buena o suficiente evidencia para incorporarla a la revisión de salud. Y es que ofrecer una actividad preventiva no es sencillo, pensamos que sólo se alcanzará la eficacia máxima si:

- La intervención es técnica y económicamente factible.
- El problema en cuestión es vulnerable a nuestra intervención.

- La recomendación o intervención se utiliza como programa gestionado por el sistema de salud.
- Se garantiza la consecución de una alta aceptación en la comunidad.
- La calidad del proceso se puede supervisar continuamente.
- Y cuando a los detectados se les ofrezcan intervenciones eficaces para evitar secuelas, o recuperar la salud.¹²

Bibliografía

1. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (IUHPE). Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud, Parte 2. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000. p. 1-10.
2. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (IUHPE). Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud, Parte 2. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000. p. 128-136.
3. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (IUHPE). Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud, Parte 1. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000. p. 18-25.
4. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (IUHPE). Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud, Parte 2. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000. p. 162-169.
5. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision for Infants, Children, and Adolescents (2nd ed., rev.). Fecha de consulta [06-06-2004]. Disponible en: <http://www.brightfutures.org/guidelines.html>
6. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (IUHPE). Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud, Parte 2. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000. p. 8-10.
7. Sackett DL, Rosenberg W, Muir Gray J A, Brian Haynes R, Scott Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72.
8. Sacristán JA. Evidencia basada en la medicina. *Med Clin* 1998; 112 (supl 1): 9-11 .
9. Porras-Hernández JD, Sánchez-Mendiola M, Pierdant-Pérez M, Casta-Cruz M, Ávila-Figueroa C. Medicina pediátrica basada en evidencias: ¿estrategia útil para la toma de decisiones clínicas? *Bol Med Hosp Infant Mex* 2003; 60: 211-224.
10. González de Dios J. De la medicina basada en la evidencia a la evidencia basada en la medicina. *An Es Ped* 2001; 55(5): 429-439.
11. González de Dios J. Calidad de vida relacionada con la salud: conocer e implementar en la toma de decisiones basada en pruebas en pediatría. *An Pediatr (Barc)* 2004; 60: 507-153.
12. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (IUHPE). Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud, Parte 2. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000. p. 128-133.