



EDITORIAL

Pediatría de atención primaria centrada en el paciente. ¿Se necesita un cambio de paradigma?

Patient-centered primary care pediatrics. Is a paradigm change needed?

Manuel Praena Crespo^{a,*} y Olga Cortés Rico^b

^a Centro de Salud La Candelaria, Sevilla, España

^b Centro de Salud Canillejas, Madrid, España



Disponible en Internet el 24 de junio de 2020

Durante muchos años la atención pediátrica ha estado enfocada en las enfermedades agudas, predominantemente infecciosas. El cambio sustancial en la prevalencia de enfermedades de inicio en la infancia y la supervivencia de estos niños, ha llevado a un cambio epidemiológico que se caracteriza por un número creciente de niños con afecciones crónicas¹.

La gran prevalencia de pacientes crónicos precisa de indicadores que sirvan para orientar a los equipos de atención primaria (EAP) en la priorización de las actividades que deben ponerse en marcha. En este sentido Barrio et al.² realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar las características, prevalencia de comorbilidades y uso de servicios de los pacientes crónicos en Pediatría de Atención Primaria, valorando como instrumento de estratificación poblacional por niveles de riesgo los Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA), estudiando los factores asociados al peso de complejidad según GMA. La importancia de su trabajo radica en identificar pacientes con enfermedades crónicas, estableciendo su nivel de riesgo en función de las cargas de trabajo para el sistema y qué factores la determinan, proporcionando datos objetivos para la distribución de recursos, tanto

a nivel macro (servicios, áreas o distritos de salud) como a nivel micro sanitario en los centros de salud.

Los autores constatan en su casuística², que hasta el 15,7% de los pacientes tenían carácter de cronicidad, lo que representa una carga asistencial nada desdeñable. En la estratificación con los GMA, hasta un 96,5% se clasificaron como paciente crónico de bajo riesgo, un 3,3% como medio riesgo y sólo un caso (0,2%) como alto riesgo. En el nivel de riesgo tuvo mucho peso la mayor utilización de los servicios de pediatría y la menor edad de los pacientes, aunque el paciente clasificado de alto riesgo tuvo una alta complejidad médica y apenas usó los servicios de Atención Primaria. Estos datos concuerdan con lo recogido en la literatura¹ donde se distinguen los pacientes con condiciones poco frecuentes y alta complejidad médica, de los que tienen condiciones crónicas más comunes, pero con necesidades especiales de atención médica (NEAM) como el asma, la obesidad, trastornos del neurodesarrollo (TEA) y trastornos del aprendizaje o el comportamiento, entre otros.

El gran volumen de niños y jóvenes con NEAM supone que centrar su atención en centros de subespecialidades regionalizadas sea poco realista, por lo que el lugar más adecuado para recibir atención sanitaria es el centro de atención primaria de su localidad, adonde asiste desde su nacimiento. Los EAP además proporcionan continuidad asistencial tras el alta hospitalaria de los pacientes, consiguiendo una dismi-

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: mpraena@us.es, mpraenac@gmail.com (M. Praena Crespo).

nución de los reingresos y una mejor atención preventiva, particularmente en los pacientes con afecciones crónicas³.

Actualmente la organización funcional de la asistencia pediátrica en los EAP contempla actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de los programas de salud infantil (PSI) y salud escolar, vacunación de la población infantojuvenil, la consulta a demanda por procesos agudos de los pacientes, el seguimiento de enfermedades crónicas en consulta programada y la coordinación con otros profesionales: enfermería, matrona, odontólogo, fisioterapeuta, psicólogo, trabajador social y médicos de familia. El tiempo y el personal para atender a los pacientes son limitados, por lo que es necesario racionalizar los recursos para poder dar respuesta a los problemas de salud de la población y especialmente a los pacientes con NEAM.

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en su Informe de Evaluación sobre la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud⁴, marca como primera línea estratégica la promoción de estilos de vida saludables y prevención primaria, que es una de las principales actividades del programa de salud infantil de todo centro de salud. En su línea estratégica 3 pone en valor la continuidad asistencial, fomentando el trabajo en equipo con reparto de responsabilidades, evitando la duplicidad de intervenciones y facilitando la transición entre niveles asistenciales, y la línea estratégica 4 destaca la «reorientación de la atención sanitaria» en función de las necesidades de cada paciente y la provisión de intervenciones para dar respuesta a estas necesidades, utilizando indicadores como los aportados por los GMA del trabajo de Barrio et al.². Creemos que es el momento de dotar de más eficiencia a nuestro

trabajo como profesionales inmersos en un EAP realizando algunos cambios organizativos.

¿Esto quiere decir que debemos dedicarnos a los pacientes crónicos en detrimento de otras actividades como los programas preventivos, o la atención a la patología aguda en los centros de Atención Primaria? Posiblemente haya que realizar algunas modificaciones integrando la atención a pacientes con NEAM como los pacientes con obesidad o TDAH, en lugar de realizar un programa de salud en personas saludables a cualquier edad. Una excepción sería los primeros meses de la vida, en los cuales, una mayor continuidad asistencial en el programa de salud infantil se asocia a una menor utilización de la atención médica urgente y menor número de hospitalizaciones evitables a las edades de uno a tres años³. Precisamente en el estudio de Barrio et al. la edad menor a cinco años es una de las variables de mayor peso de complejidad, por lo que las actividades preventivas en el primer año de la vida son cruciales y deben seguir manteniéndose, sobre todo en las zonas de privación social. Por tanto, no se puede prescindir del programa de salud infantil, pero se podría redimensionar y adaptar a las necesidades de la población infantil para optimizar su eficiencia.

Otra modificación importante que plantear es la consulta a demanda con agendas con gran número de pacientes en las que, si el paciente no encuentra cita se presenta exigiendo una consulta urgente, no pocas veces por motivos banales. Una gran cantidad de estas consultas pueden ser resueltas mediante una llamada telefónica (recetas, resultados de analíticas, preguntas o dudas a resolver, etc.) o bien mediante el empleo de las nuevas tecnologías que

Tabla 1 Cambios organizativos en Pediatría de Atención Primaria*

Identificación de pacientes con necesidades especiales de atención médica (NEAM) por estratificación de niveles de riesgo

Optimización de las actividades del actual programa de salud infantil

- Potenciar actividades de prevención primaria en los dos primeros años de edad.
- Realizar actividades de prevención secundaria en pacientes con NEAM como asma, obesidad, TDAH, etc.

Potenciar la continuidad de la atención al paciente

- Potenciar consulta programada para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con NEAM.
- Seguimiento del paciente con procesos agudos tras el alta hospitalaria.
- Colaboración con el hospital en pacientes con enfermedades complejas.

Incorporación de las nuevas tecnologías

- Agenda de consulta telefónica (recetas, información de resultados, dudas a resolver)
- Telemedicina para el envío y recepción de imágenes y documentos con el paciente o su familia.**
- Uso del correo electrónico para consultas que no precisan atención presencial.

Adecuación de la agenda de consulta a demanda

- Ampliar el tiempo para cada paciente.
- Disminuir el número de consultas presenciales gracias a la agenda telefónica.

Participación de la enfermera pediátrica en la atención a la población infantil***

- Consulta a demanda para el seguimiento de los pacientes con procesos agudos.
- Consultas programadas para educación y seguimiento de pacientes con asma, obesidad, diabetes y otras condiciones crónicas.
- Consulta de coordinación con el/la pediatra.

* Para optimizar la atención centrada en el paciente en colaboración con otros profesionales sanitarios y las Administraciones Sanitarias.

** En Andalucía se ha implantado la aplicación Mercurio con la que, durante la consulta telefónica, se puede emitir un SMS con un enlace para que el paciente envíe fotos o documentos.

*** Actividades añadidas a las de vacunas, extracciones, curas, administración de medicamentos, etc., que actualmente son realizadas por enfermeras comunitarias.

permiten la transmisión de imágenes desde un teléfono móvil a la consulta del pediatra. La actual pandemia por el SARS-CoV-2 y el confinamiento de la población en sus hogares ha acelerado uno de los objetivos a largo plazo que proponía el informe del Ministerio de Sanidad sobre la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad⁴, en el que se contempla la incorporación de la telemedicina y el uso del teléfono para resolver muchas consultas. La experiencia de los autores de este manuscrito confirma la utilidad de estos recursos, consiguiendo resolver una gran mayoría de motivos de consulta por estos medios y permitiendo decidir qué pacientes deben ser valorados presencialmente. Esto además permitiría disminuir la agenda a demanda, pudiendo dedicar más tiempo para atender al paciente que lo necesita y asimismo poder aumentar la agenda programada.

Otro cambio organizativo prioritario es la participación de la enfermera pediátrica en la atención a la población infantil, tanto en la consulta a demanda de enfermería, para el seguimiento de los pacientes con procesos agudos, como y especialmente en la atención al paciente con NEAM, con consultas programadas para educación y seguimiento de pacientes con asma, obesidad, diabetes y otras enfermedades crónicas que requieran de cuidados enfermeros y del programa de salud infantil.

Debemos realizar los cambios que se necesitan para optimizar los recursos disponibles consiguiendo la mejor

eficiencia posible. Para ello deben implicarse las Administraciones sanitarias, los profesionales y en la medida de lo posible la población a la que van dirigidos. En la [tabla 1](#) presentamos un resumen de los cambios organizativos propuestos.

Bibliografía

1. Cohen E, Berry JG, Sanders L, Schor EL, Wise PH. Status Complexicus? The Emergence of Pediatric Complex Care. *Pediatrics*. 2018;141 Supplement 3:S202–11.
2. Barrio Cortes J, Suárez Fernández C, Bandeira de Oliveira M, Muñoz Lagos M, Beca Martínez MT, Lozano Hernández C, et al. Enfermedades crónicas en población pediátrica: comorbilidades y uso de servicios en atención primaria. *An Pediatr (Barc)*. 2020;93:183–93.
3. Enlow E, Passarella M, Lorch SA. Continuity of Care in Infancy and Early Childhood Health Outcomes. *Pediatrics*. 2017;140:e20170339.
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. 2019 [consultado 22 May 2020]. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_E._Cronicidad_Final.pdf.