

## ¿Qué es necesario para mejorar el seguimiento de los recién nacidos de muy bajo peso al nacimiento?

El estudio de Wang et al<sup>1</sup> en este número de *Pediatrics* subraya la falta de indicadores de calidad del seguimiento del desarrollo neurológico de los supervivientes de muy bajo peso al nacimiento (MBPN). Constituye un excelente ejemplo del esfuerzo necesario para desarrollar criterios explícitos del proceso de evaluación de la calidad del seguimiento de los MBPN. Los autores revisaron sistemáticamente 437 artículos sobre factores clínicos de predicción, estudio sistemático y tratamiento de los niños de MBPN mediante la búsqueda en la base de datos Pub Med, artículos de estudio sistemático de prominentes autores en la materia y los artículos citados en el Agency for Healthcare Research Evidence Report, *Criterios para determinar la discapacidad en los lactantes y niños: Bajo peso al nacimiento*<sup>2</sup> y la revisión de las guías clínicas de seguimiento de los recién nacidos de MBPN. Escogieron un conjunto de 96 posibles indicadores de la calidad de la asistencia en cinco áreas –estado general; salud física; visión, audición, habla y lenguaje; evaluación del desarrollo del comportamiento, y evaluación psicosocial– que un comité de 10 expertos calificó respecto a su validez, factibilidad y calidad de la evidencia. La validez y la factibilidad fueron calificadas en una escala de 9 puntos (1 = baja, 9 = alta). La calidad de la evidencia fue calificada según el sistema del Canadian Task Force on Periodic Health Examination<sup>3</sup>, que clasifica la calidad de la evidencia de los datos generados en ensayos controlados aleatorizados como grado I, los datos de estudios de cohorte o de casos y controles y de ensayos controlados no aleatorizados como grado II y los datos basados en opiniones de expertos o los de estudios descriptivos como grado III. El conjunto final de 70 indicadores incluyó 9 para aspectos específicos de la salud física que no estaban incluidos en la lista inicial, obtenida de la exhaustiva revisión bibliográfica.

Aquí encontramos alguna sorpresa: entre los muchos test de detección sistemática, diagnóstico, exploraciones, remisiones y tratamientos que reciben los recién nacidos de MBPN durante el seguimiento, sólo 70 cumplieron los criterios de indicadores de calidad y sólo 8 fueron considerados intervenciones. Entre los 70 indicadores de la calidad de la asistencia sobresalen 3 resultados: 1) sólo 2 indicadores estaban apoyados por evidencia de grado I, una intervención terapéutica (Synagis® para los recién nacidos con enfermedad pulmonar crónica) y una remisión (para tratamiento antes de un mes de cualquier morbilidad oftalmológica antes de los 3 años); 2) sólo 5 indicadores estaban apoyados por evidencia de grado II (un resumen del curso hospitalario en la histo-

ria clínica de asistencia primaria, asesoramiento/estudio sistemático de la postura al dormir para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante y del tabaco como riesgo ambiental, determinar el perímetro craneal en cada visita hasta los 2 años de edad y remisión antes de los 2 meses por preocupaciones de los padres acerca del comportamiento); 3) un sorprendente 90% de los restantes indicadores, incluyendo 3 de las 4 intervenciones de tratamiento (hierro suplementario, rehabilitación a los 6 meses por pérdida no conductiva de la audición o laborterapia antes de transcurridos 2 meses de una exploración neuromotora cualificante), estaba basado en evidencia de grado III. Éste es un resultado descorazonador para un campo que ha dedicado tanta energía al desarrollo de asistencia y guías basadas en la evidencia.

Estos resultados no reflejan los excesivamente estrictos criterios de inclusión –se incluyó indicadores con una mediana de la puntuación de factibilidad tan baja como 4–, muchos de ellos accesibles mediante un buen director clínico. Parte de la razón de la falta de indicadores de calidad basados en evidencia de grado I puede residir en la elección de los indicadores, por ejemplo, el registro del estado de vacunación es un indicador basado en evidencia de grado III, en vez de la provisión individual de inmunizaciones, apoyada por evidencia de grado I. Esto parece reflejar un intento de restringir los indicadores a los centrados específicamente en el seguimiento del desarrollo neurológico de los recién nacidos de MBPN. Como los neonatos de MBPN también necesitan la asistencia rutinaria, se aconseja a los lectores que consulten la obra de la American Academy of Pediatrics *Bright futures*<sup>4</sup> o la de McGlynn et al<sup>5</sup> (<http://www.rand.org/publications/MR/MR1283>) en busca de las recomendaciones del contenido de la asistencia pediátrica para complementar los indicadores identificados en el estudio de Wang et al.

La falta de intervenciones basadas en la evidencia para abordar los muchos problemas que afronta esta población de muy alto riesgo y sus familias debería constituir un toque de atención a los que cuidan a estos recién nacidos, especialmente dada la plasticidad del cerebro en desarrollo y la reciente evidencia de la mejora de la función cognitiva con el tiempo en los recién nacidos muy pretérmino que no padecen una afectación neurosensorial<sup>6,7</sup>. Se ha prestado muy poca atención al diseño y el estudio de intervenciones para mejorar el resultado a largo plazo de los niños de MBPN. Pese a la escasez de intervenciones eficaces, estos indicadores de la calidad de la asistencia serán útiles para que los profesiona-

les de la asistencia sanitaria planifiquen los programas de seguimiento de los recién nacidos de MBPN, así como para quienes evalúen la calidad de los programas de seguimiento de MBPN. Representan un importante suplemento a la información ofrecida en la reunión sobre seguimiento de los recién nacidos de alto riesgo<sup>8</sup>, que definió los métodos óptimos para evaluar el resultado de los recién nacidos de alto riesgo, identificó las lagunas del conocimiento del resultado del desarrollo neurológico de los recién nacidos de alto riesgo y priorizó los esfuerzos de investigación como respuesta a estas lagunas.

Los autores atribuyen la ausencia de estudios publicados anteriores sobre la calidad de la asistencia a los MBPN tras el alta a la carencia de instrumentos de evaluación de la calidad del seguimiento del desarrollo neurológico de los MBPN y al desafío de seguir su compleja asistencia. La carencia de indicadores de la calidad de la asistencia es un problema más general en Pediatría, donde la evaluación de la calidad de la asistencia ha ido retrasada respecto a esfuerzos similares en Medicina interna y Cirugía. Los autores señalan la necesidad de formar a profesionales en técnicas de mejora de la calidad y de desarrollar sistemas de medición con posibilidades de mejorar la asistencia sanitaria a los niños de MBPN. Un buen lugar para empezar es la excelente serie de artículos cortos de *The New England Journal of Medicine* sobre la calidad de la asistencia sanitaria<sup>9-14</sup>. Los autores de esta serie argumentan que los médicos deben dominar los temas sustanciales que subyacen a las actuales discusiones sobre los conceptos de la calidad de la asistencia e intervenir en la medición y el manejo de la calidad para mejorar la calidad. La serie revisa los principales conceptos técnicos y temas pertinentes a las actuales discusiones sobre la calidad de la asistencia, coloca estas discusiones en su contexto político y social y ofrece cierta guía sobre cómo pueden afectar los cambios de las técnicas de medición y de mejora de la calidad a los médicos y a los pacientes durante la próxima década.

A medida que aumente el número de MBPN en riesgo de morbilidad del desarrollo neurológico y el coste de su asistencia, es crucial que ofrezcamos seguimiento a largo plazo a todos los neonatos incluidos en ensayos aleatorizados y mejoremos la normalización de las metodologías y la recogida de datos. Es probable que estos, y otros, patrones de la calidad de la asistencia ayuden a conseguir estos objetivos al ofrecernos una manera de medir la calidad, identificar los factores que contribuyen al cumplimiento de la asistencia recomendada y sugerir

nuevas intervenciones y pautas para mejorar los resultados.

LINDA L. WRIGHT, MD  
Deputy Director, Center for Research for Mothers and Children,  
The National Institute of Child Health and Human  
Development, The National Institutes of Health, Bethesda, MD,  
Estados Unidos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wang CJ, McGlynn EA, Brook RH, et al. Quality-of-care indicators for the neurodevelopmental follow-up of very low birth weight children: results of an expert panel process. *Pediatrics*. 2006;117:2080-92.
2. Cole C, Hagadorn J, Kim C. Criteria for determining disability in infants and children: low birth weight. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2002. Evidence Report/Technology Assessment 70; AHRQ publication 03-E010.
3. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services: Report of the US Preventive Services Task Force. 2nd ed. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; and Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1996.
4. Green M, Palfrey JS, editores. Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 2nd ed., Revised. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health; 2002.
5. McGlynn EA, Dambert CL, Kerr EA, Schuster MAE. Quality of care for children and adolescents. Santa Monica, CA: Rand; 2000. MR-1283-HCFA.
6. Hack M, Taylor G, Drotar D, et al. Poor predictive validity of the Bayley scales of infant development for cognitive function of extremely low birth weight children at school age. *Pediatrics*. 2005;116:333-41.
7. Aylward GP. The conundrum of prediction [comentario]. *Pediatrics*. 2005;116:491-2.
8. Vohr B, Wright LL, Hack M, Aylward G, Hirtz D, editores. Follow-up care of high-risk infants. *Pediatrics*. 2004;114(5 pt 2):1377-97.
9. Blumenthal D. Part 1: Quality of care—what is it? *N Engl J Med*. 1996;335:891-4.
10. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2: measuring quality of care. *N Engl J Med*. 1996;335:966-70.
11. Chassin MR. Quality of health care. Part 3: improving the quality of care. *N Engl J Med*. 1996;335:1060-3.
12. Blumenthal D. Quality of health care. Part 4: the origins of the quality-of-care debate. *N Engl J Med*. 1996;335:1146-9.
13. Berwick DM. Quality of health care. Part 5: payment by capitation and the quality of care. *N Engl J Med*. 1996;335:1227-31.
14. Blumenthal D, Epstein AM. Quality of health care. Part 6: the role of physicians in the future of quality management. *N Engl J Med*. 1996;335:1328-31.