

Valoración sobre la percepción de las necesidades de salud y seguridad infantil en una comunidad a través de la perspectiva de cuidadores y médicos

Zheyi Teoh; Ashley Zerr; Allison Black; Kerry Caperell; Wayne Rice; Brit Anderson

Introducción

La evaluación de las necesidades y problemas de salud de una comunidad puede realizarse de múltiples maneras, pero tradicionalmente se lleva a cabo mediante una evaluación de la salud de la comunidad. Una evaluación de salud comunitaria es el proceso de identificación sistemática de las necesidades de un vecindario y se lleva a cabo mediante la recopilación y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos utilizando diversos métodos de investigación, como grupos de

discusión, encuestas y cartografía comunitaria[1]. Una evaluación de la salud comunitaria puede responder a diferentes preguntas, como: ¿Qué problemas de salud existen? ¿Qué factores agravan estos problemas de salud? y ¿Cómo estos problemas de salud afectan a la comunidad en su conjunto?[2]. A su vez, estos estudios son útiles para dirigir los recursos de atención en salud, el desarrollo de políticas y para ayudar a diseñar intervenciones que se dirijan a las necesidades cambiantes o urgentes de la comunidad. Aunque se han publicado varios estudios de evaluación comunitaria para la ciudad de Louisville, Kentucky, EUA[3-5], ninguno se ha centrado específicamente en niños o en barrios con altos niveles de desigualdad en salud.

Dado que las evaluaciones tradicionales se centran en las respuestas de los miembros de la comunidad, se sabe poco sobre la perspectiva de los proveedores de atención en salud dentro de una comunidad. En la actualidad, son escasas las investigaciones que comparan los problemas de salud desde la perspectiva de los médicos, en contraste con la de la comunidad o de los cuidadores. Los estudios existentes han demostrado que los proveedores y los cuidadores pueden tener perspectivas diferentes sobre diversos temas, como la calidad de la atención prestada en un entorno médico.[6] Se sabe poco sobre cómo varía esta apreciación dentro de barrios con mayores disparidades, incluidos aquéllos donde se sobre-representan minorías raciales.

Zheyi Teoh. Pediatría. Universidad de Louisville, Louisville KY, Estados Unidos

Correo-e: teoh3osu@gmail.com

Ashley Zerr. Pediatría. Universidad de Louisville, Louisville KY, Estados Unidos

Correo-e: ashley.zerr@louisville.edu

Allison Black. Cardiología pediátrica. Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh, Pittsburgh PA, Estados Unidos

Correo-e: allikblack01@gmail.com

Kerry Caperell. Medicina de Emergencia Pediátrica, Universidad de Louisville, Louisville KY, Estados Unidos

Correo-e: kerry.caperell@louisville.edu

Wayne Rice. Medicina de Emergencia Pediátrica, Universidad de Louisville, Louisville KY, Estados Unidos

Correo-e: wayne.rice@louisville.edu

Brit Anderson. Medicina de Emergencia Pediátrica, Universidad de Louisville, Louisville KY, Estados Unidos

Correo-e: brit.anderson@louisville.edu

Sería útil calibrar si los médicos de Louisville conocen bien las preocupaciones de su comunidad, una diferencia notable puede sugerir que hay factores externos que actúan sobre una comunidad que pueden no ser fácilmente visibles para los proveedores de atención en salud. Estas disparidades podrían abordarse educando a los médicos sobre estos factores externos que influyen en las necesidades de salud y proporcionando a los médicos recursos para abordar tales preocupaciones.

Los objetivos de este estudio fueron obtener y comparar datos relativos a las preocupaciones sobre la salud y la seguridad de los niños en esta comunidad, desde las perspectivas tanto de los cuidadores (predominantemente de los barrios socioeconómicos más bajos), como de los médicos de Louisville.

Métodos

Participantes y procedimientos

Entre 2017 y 2018 se administró una encuesta voluntaria a cuidadores con niños que asistieron a eventos comunitarios en el barrio de Park Duvalle, en los suburbios del oeste de Louisville. Se eligió Park Duvalle porque representa un barrio de nivel socioeconómico más bajo, cuyos residentes son predominantemente afroamericanos (se estima entre el 59.7 y el 92.4 % de la población).[7] Estos residentes experimentan mayores grados de desigualdad en materia de salud, incluida una menor esperanza de vida (entre 69.64 y 71.79, en comparación con un promedio de 76.8 en toda la ciudad), así como mayores tasas de mortalidad infantil, envenenamiento por plomo, infecciones de transmisión sexual e ingresos hospitalarios por asma, en comparación con otros suburbios de Louisville.[8]

También se distribuyó una encuesta voluntaria similar a los médicos residentes y de planta del programa de pediatría de la Universidad de Louisville y del sistema de salud de Norton, en varios departamentos, como los de pediatría para pacientes internados, pediatría general y ambulatoria, medicina de urgencias y servicios de subespecialidad. Este sistema de salud sirve como

el único centro pediátrico terciario de Louisville, departamento de emergencias pediátricas y centro de traumatología pediátrica de nivel I. La comunidad atendida por este sistema de salud tiene un ingreso familiar promedio de 53.668 dólares y una tasa de no asegurados del 8.69% (el 18.49% de los asegurados recibían Medicaid).[9]

Las encuestas para los cuidadores incluían información demográfica: edad y sexo del cuidador, relación del cuidador con el niño, número de niños en el hogar y edad de cada niño. Los niños se dividieron en tres grupos de edad (≤ 3 años, 4-11 años, y ≥ 12 años), y se pidió a los cuidadores que enumeraran, mediante preguntas abiertas, las tres principales preocupaciones en materia de salud y seguridad que tenían en relación a sus hijos.

Las encuestas para los médicos también comenzaban con información demográfica y se pidió a los médicos que identificaran las tres principales preocupaciones sobre salud y seguridad que tienen por los niños que cuidan, dentro de cada uno de los tres grupos de edad, a través de preguntas abiertas.

Ambas encuestas fueron diseñadas por los miembros de este equipo de estudio y fueron redactadas en nivel de 4° grado según la escala Flesch-Kincaid. La Junta de Revisión Institucional de la Universidad de Louisville revisó y aprobó el protocolo del estudio y las herramientas de la encuesta. Los pacientes o el público no participaron en el diseño, ni en la realización, ni en los informes, ni en los planes de difusión de nuestra investigación.

Análisis estadístico y resultados

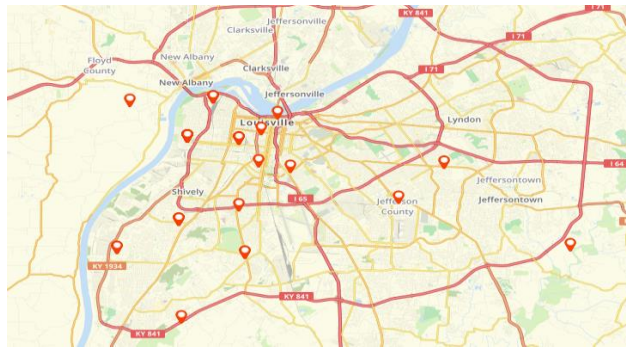
Tras la recopilación de los datos de la encuesta, cuatro revisores del equipo asignaron cada respuesta abierta a categorías y subcategorías preestablecidas (Apéndice 1). Este esquema fue diseñado por el equipo, basándose en la categorización utilizada por *Healthy People 2020* y *Blueprint for Kids* de la Academia Americana de Pediatría, adaptado para que estuviera centrado en la pediatría y la comunidad. Un quinto revisor del equipo se encargó de abordar las discrepancias

entre los cuatro revisores y de asignar una categoría y subcategoría final, cuando las habían. La concordancia de las categorías generales entre los revisores se calculó mediante la prueba Kappa de Fleiss (k).

Resultados

Un total de 41 cuidadores y de 43 médicos fueron encuestados para este estudio. Se obtuvieron datos demográficos de referencia tanto de los cuidadores como de los médicos, como se muestra en los Cuadros 1 y 2, respectivamente. La Figura 1 ilustra los barrios de Louisville en los que vivían nuestros cuidadores y su distribución geográfica. La mayoría de los cuidadores eran madres (74%) menores de 40 años (66%), con una media de dos niños por hogar. La mayoría de los cuidadores encuestados vivían en los suburbios al oeste de Louisville (Figura 1) y de de los médicos, residentes (70%) con 0-3 años de experiencia clínica (67%).

Figura 1. Distribución geográfica de los cuidadores encuestados en Parque Duvalle



Las tres principales preocupaciones de seguridad identificadas por cuidadores y médicos se ilustran en las Figuras 2 y 3. Tanto cuidadores como médicos identificaron sistemáticamente las lesiones/violencia como la principal preocupación en materia de salud y seguridad para los niños de todos los grupos de edad. Esto fue especialmente cierto para los niños ≤ 3 años, cuyas respuestas señalan lesiones/violencia el 61% y el 49% por parte de cuidadores y médicos, respectivamente. La nutrición/actividad física también se identificó como una de las principales preocupaciones para

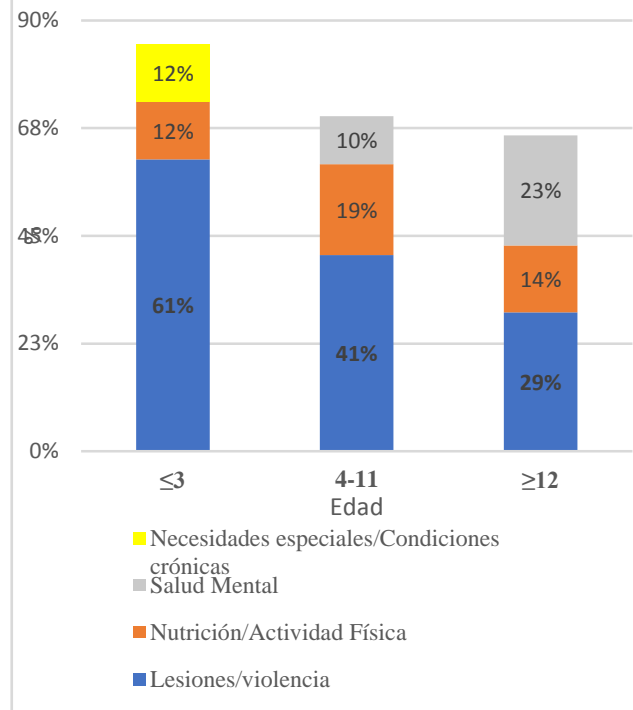
cada grupo de edad entre los cuidadores de la comunidad y dos de tres grupos de edad para los médicos.

Cuadro 2. Demografía de los Médicos (n=43)

Edad	n	%
<30	29	67%
31-40	11	26%
>40	3	7%
Rol		
Residente	30	70%
Titular	13	30%
Años en el hospital		
0-2	27	63%
3-5	7	16%
6-8	2	5%
>8	7	16%
Años ejerciendo		
0-3	29	67%
4-6	3	7%
7-10	3	7%
11-20	6	14%
>20	2	5%

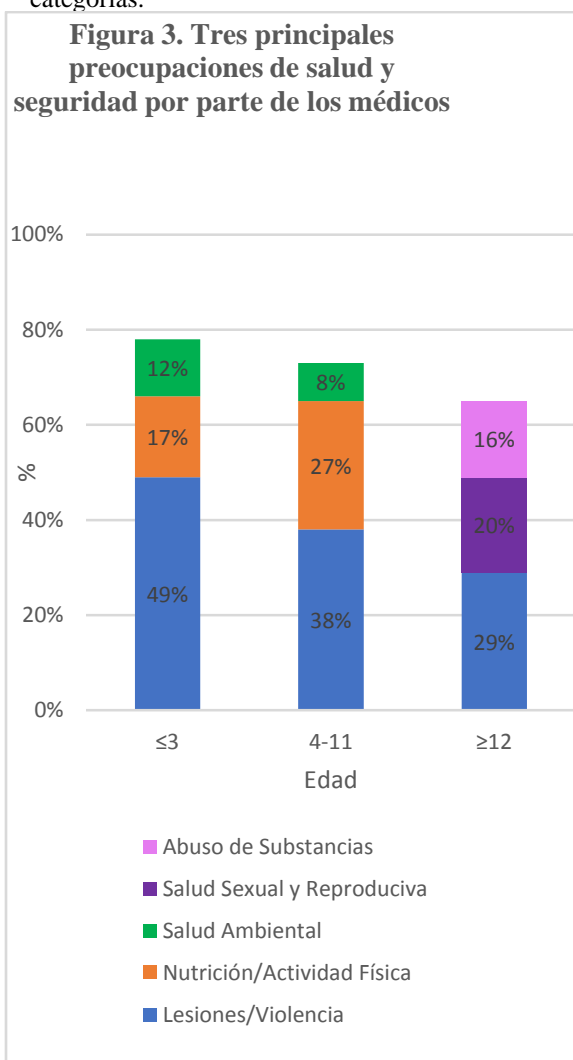
Fuente: elaboración propia

Figura 2. Tres principales preocupaciones de salud y seguridad por parte de las cuidadoras



* Sólo se enumeran las tres principales preocupaciones

para cada grupo de edad como porcentaje de todas las categorías.



* Sólo se enumeran las tres principales preocupaciones para cada grupo de edad como porcentaje de todas las categorías.

Al examinar el desglose específico de las preocupaciones por lesiones/violencia (Cuadro 3), las subcategorías presentaron una amplia variación entre lo reportado por cuidadores y médicos. Los cuidadores estaban más preocupados por la seguridad en el hogar, las pandillas y los vecindarios inseguros, mientras que los médicos identificaron la seguridad durante el sueño, la violencia doméstica, las lesiones no intencionales y las armas de fuego como sus principales preocupaciones.

Cuadro 3. Desglose de las preocupaciones por lesiones/violencia

Subcategorías: Lesiones o Violencia	Cuidadoras		Médicos	
Seguridad en el automóvil				
≤3 años de edad	10%	n=2	16%	n=7
4-11 años	4%	n=1	8%	n=3
≥12 años	-	-	-	-
Seguridad com peatón/bicicleta				
≤3 años	-	-	-	-
4-11 años	4%	n=1	7%	n=3
≥12 años	-	-	3%	n=1
Seguridad durante el sueño/síndrome de muerte súbita infantil				
≤3 años	10%	n=2	36%	n=21
4-11 años	-	-	-	-
≥12 años	-	-	-	-
Armas de fuego				
≤3 años	-	-	5%	n=3
4-11 años	-	-	16%	n=7
≥12 años	-	-	22%	n=8
Seguridad en el hogar (incluyendo quemaduras/caídas)				
≤3 años	40%	n=8	8%	n=5
4-11 años	17%	n=4	-	-
≥12 años	-	-	-	-
Deportes/seguridad recreativa				
≤3 años	-	-	2%	n=1
4-11 años	-	-	4%	n=2
≥12 años	-	-	3%	n=1
Acoso escolar				
≤3 años	-	-	-	-
4-11 años	8%	n=2	7%	n=3
≥12 años	40%	n=4	14%	n=5
Violencia doméstica				
≤3 años	-	-	27%	n=16
4-11 años	-	-	20%	n=9
≥12 años	-	-	8%	n=3
Abuso sexual infantil (incluyendo tráfico)				
≤3 años	5%	n=1	-	-

4-11 años	-	-	2%	n=1
≥12 años	10%	n=1	-	-
Pandillas/barríos no seguros				
≤3 años	10%	n=2	-	-
4-11 años	43%	n=10	2%	n=1
≥12 años	50%	n=5	6%	n=2
Asaltos (distintos de acosos escolar, pandillas o violencia doméstica)				
≤3 años	-	-	-	-
4-11 años	4%	n=1	-	-
≥12 años	-	-	3%	n=1
Otras lesiones intencionadas (no suicidio)				
≤3 años	-	-	2%	n=1
4-11 años	4%	n=1	7%	n=3
≥12 años	-	-	17%	n=6
Accidentes				
≤3 años	25%	n=5	10%	n=6
4-11 años	13%	n=3	20%	n=9
≥12 años	-	-	17%	n=6

Fuente: elaboración propia

* Los porcentajes mostrados representan la respuesta para cada categoría como porcentaje de todas las respuestas para ese grupo de edad

Discusión

Cuidadoras y médicos tenían un conjunto diverso de preocupaciones de salud y seguridad que variaban entre distintos grupos de edad. Cabe destacar que lesiones y violencia dominaron las preocupaciones de cuidadores y de médicos en todos los grupos de edad, especialmente para los niños más pequeños. Esto refleja la prevalencia general de las lesiones y la violencia en los Estados Unidos. En la actualidad, las lesiones no intencionadas son la principal causa de mortalidad infantil en niños mayores de un año y la quinta causa de muerte en niños menores de un año.[9] La repetida exposición a la violencia en la comunidad podría aumentar la conciencia de los cuidadores sobre la violencia y sus efectos perjudiciales. Del mismo modo, los médicos que atienden a pacientes en comunidades con alto grado de violencia pueden ser más propensos a elegir esta categoría, dada la importante mortalidad y morbilidad que conllevan estos sucesos. La prevalencia general de lesiones y

violencia podría explicar por qué esta categoría fue elegida como una de las principales preocupaciones

y por qué el acuerdo general entre los cuidadores y los médicos fue alto.

Cuando se examinan las subcategorías de lesiones y violencia, hay variaciones notables entre cuidadores y médicos. Las diferencias en la exposición podrían explicar esta distinción, ya que los miembros de la comunidad tienen más probabilidades de presenciar la violencia en sus propios vecindarios u hogares (por lo que enumeran la seguridad en el hogar y pandillas o barrios inseguros con mayor frecuencia) y los médicos (especialmente los residentes que ejercen principalmente en un entorno de hospitalización) tienen mayores probabilidades de estar en contacto con niños que presenten el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), lesiones por maltrato infantil y lesiones por arma de fuego.

Esta diferencia podría repercutir en la calidad de la orientación preventiva que se proporciona durante una visita sanitaria. Los padres pueden esperar información sobre ciertos temas de salud que son importantes para ellos, pero, en cambio, se les proporciona información que sólo los médicos priorizan como necesaria. De hecho, una revisión de los temas de seguridad y prevención de lesiones sugeridos por las directrices de la Academia Americana de Pediatría/*Bright Futures* incluye la seguridad en el coche, seguridad durante el sueño, la seguridad en relación a las armas de fuego, la seguridad en el hogar, el ahogamiento, la protección solar y el uso del casco, temas que se ajustan mejor a las preocupaciones de salud de los médicos. [10] Un estudio demostró que médicos y cuidadores ya discrepaban en la estimación de la frecuencia con la que los médicos abordaban los temas de seguridad, aunque la mayoría de ambos grupos consideraban estas conversaciones como "extremadamente" o "muy" importantes[11]. Estos factores ilustran que se necesitan mejoras significativas en la orientación preventiva proporcionada durante las visitas para alinear mejor las expectativas de médicos y cuidadores.

Este estudio tiene varias limitaciones. Los médicos encuestados eran predominantemente residentes

con menos experiencia clínica en estos barrios, lo que podría haber llevado a la disminución de la concordancia entre médico y cuidadores al examinar preocupaciones específicas. El escaso número de médicos de cabecera encuestados limitó la posibilidad de realizar un subanálisis de la concordancia entre los médicos de cabecera y las cuidadoras de la comunidad, que pudieran estar mejor alineados en comparación con los residentes.

Además, debido a que los padres proporcionaron respuestas de forma abierta, ocasionalmente hubo dificultades para asignar categorías que no existían o dificultades para asignar a una categoría más amplia basada en nuestro esquema (por ejemplo, el uso de la tecnología/internet y el maltrato infantil no fueron fácilmente categorizados). No obstante, la concordancia general entre los revisores en la asignación de las categorías generales fue buena ($k = 0.839$, Kappa de Fleiss), lo que indica que las categorías se asignaron adecuadamente con pocos casos de desacuerdo. Por último, el pequeño tamaño de la muestra limita la fuerza y la generalización de estos resultados.

En general, la metodología de este estudio podría repetirse en diferentes lugares y con diferentes tipos de proveedores, incluidos subespecialistas y médicos de adultos. Consideramos que se trata de un estudio generador de hipótesis, y otros estudios que utilicen entrevistas o grupos de discusión ayudarían a examinar otros factores que contribuyen a estas diferencias de percepción. Por ejemplo, ¿los médicos están inadecuadamente informados sobre los barrios y las condiciones de vida de sus familias? ¿por qué los padres no se preocupan tanto por el sueño seguro, el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y las armas de fuego? Los factores que conducen a estas diferencias podrían abordarse para armonizar mejor las prioridades del médico y del cuidador durante un examen del niño sano. Además, aunque los ahogamientos, los incendios/quemaduras, las lesiones por armas de fuego involuntarias y los homicidios por armas de fuego fueron las diez primeras causas de muerte en todo el espectro de edades pediátricas,[9] los cuidadores y/o los médicos no las mencionaron habitualmente como sus principales preocupaciones, por lo que puede

ser necesario realizar más estudios para abordar esta incongruencia.

Conclusiones

Las preocupaciones en materia de salud y seguridad entre cuidadores y médicos fueron variadas, pero ambos grupos identificaron sistemáticamente las lesiones y la violencia como la principal preocupación para todos los grupos de edad. El acuerdo sobre el tipo de preocupaciones entre cuidadores y médicos fue alto cuando se compararon las categorías generales en su conjunto, pero el acuerdo disminuyó cuando se examinaron las subcategorías específicas. Sería útil realizar más estudios para examinar los factores que contribuyen a esta diferencia, con el fin de alinear las prioridades de los médicos y los padres durante la visita clínica de un niño.

Apéndice 1- Categorías para agrupar las respuestas abiertas

Atención en salud

- Falta de o descontento con el médico de cabecera
- Problema con el seguro (incluyendo no tener seguro)
- No hay transporte para ir a las citas
- Preocupación por la vacunación
- Otros

Necesidades especiales/condiciones médicas crónicas (NO obesidad)

- Respiratorio (incluye asma)
- Diabetes
- Retraso en el desarrollo (incluye retraso mental, autismo, trastorno sensorial)
- Hematológico
- Bebé prematuro
- Otros

Enfermedad/lesión aguda reciente

- Lesión menor
- Lesión mayor (hospitalizado)
- Enfermedad leve
- Enfermedad grave (hospitalizada)
- Otros

Abuso de sustancias

- Opiáceos
- Marihuana

- Estimulante
- Alcohol
- Tabaco
- Otro miembro de la familia con abuso de sustancias (por ejemplo, el padre)

Otro tema de salud mental (NO abuso de sustancias)

- Suicidio consumado
- Intento de suicidio
- Depresión/ansiedad
- Bipolar/esquizofrenia
- Problemas de comportamiento
- Miembro de la familia con problemas de salud mental

Otros

Educación

- Calidad de las escuelas
- Preocupación por el transporte escolar (por ejemplo, el autobús)
- Abandono/preocupación por no terminar la escuela
- Otros

Salud ambiental (NO violencia)

- Calidad del aire/contaminación
- Exposición al humo del tabaco
- Exposición al plomo
- Otros

Vivienda

- Inseguridad de la vivienda/sin hogar
- Malas condiciones de la vivienda
- Otros

Nutrición/Actividad física

- Inseguridad alimentaria/hambre
- Preocupación por la calidad de los alimentos disponibles
- Desconocimiento de una dieta saludable
- Obesidad
- Desnutrición
- Preocupación por la lactancia materna/nutrición infantil
- No hay un lugar seguro para hacer ejercicio
- Otros

Lesiones/violencia (NO suicidio)

- Seguridad de los pasajeros infantiles
- Seguridad de los ciclistas y peatones
- Seguridad durante el sueño/síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)
- Armas de fuego

- Seguridad en el hogar (quemaduras, caídas en casa)

- Seguridad en el deporte/recreación
- Acoso escolar
- Violencia doméstica
- Abuso sexual infantil (incluye la trata)
- Pandillas/vecindario inseguro
- Homicidio
- Agresión (que no sea acoso/maras/violencia doméstica)
- Otras lesiones intencionadas (no suicidio)
- Otras lesiones no intencionadas

Sistema de justicia

- Preocupación por el sistema de justicia juvenil
- Padres implicados en el sistema de justicia
- Otros

Otros factores de pobreza (si no está relacionada específicamente con la vivienda, la alimentación u otra categoría anterior)

- Transporte general
- Desempleo
- Otros

Salud reproductiva y sexual

- Anticoncepción
- Infecciones de transmisión sexual
- Cuestiones relacionadas con las lesbianas, los gays, los bisexuales y los transexuales (LGBTQ)
- Otros
- Salud oral

Debido a la falta de categorías específicas para estas amplias respuestas, estas condiciones se clasificaron de la siguiente manera

Los traumas no accidentales/abuso físico infantil se clasificaron en Lesiones/Violencia: Violencia doméstica

La educación/preocupación por la crianza de los hijos se clasificó en Educación: Otros

La tecnología/preocupación por Internet se clasificó en Medio ambiente: Otros

Las preocupaciones sobre el sueño no relacionadas con el síndrome de muerte súbita del lactante se

clasificaron en Nutrición/Actividad física: Otros

Referencias

- [1] Assessing & Addressing Community Health Needs. Washington, DC: Catholic Health Association of the United States; 2013.
- [2] Preston J. Community Assessment Tools: A Companion Piece to 'Communities in Action: A Guide to Effective Projects. Available from: <https://www.clubrunner.ca/Data/5890/HTML/87938/Community%20Assessment%20Tools.pdf>.
- [3] Community Health Needs Assessment FY 2017-192019. Available from: <https://uoflhospital.org/sites/default/files/2017-12/Updated%20FY17-19%20ULH%20CHNA.pdf>.
- [4] Community Health Needs Assessment 20192019. Available from: <https://nortonhealthcare.com/wp-content/uploads/2019-community-health-chna-report.pdf>.
- [5] David Gray CK, Chuck Anderson, Matt McDonald, Karen Newman, Nathan Wilson, Randall Caldwell, Gayle Dickerson, Susan Arnold, Julie Harrison, Ronda Merryman-Valiyi, Alexander Kerns, Anne Sydnor. Community Health Needs Assessment 20182018. Available from: https://issuu.com/baptisthealthkentucky/docs/final-_bhlou_august_2018_community_?e=14411368/64146
- [6] Abuosi AA. Patients versus healthcare providers' perceptions of quality of care. Establishing the gaps for policy action. Clinical Governance: An International Journal. 2015;20(4):170-82. 6. 279.
- [7] Patrick Smith MP, Lisa Crabtree, Robert Illback. Louisville Metro Health Equity Report: The Social Determinants of Health in Louisville Metro Neighborhoods.2011. Available from: https://louisvilleky.gov/sites/default/files/health_and_wellness/che/health_equity_report/her_final_jan23.pdf
- [8] Equity CfH. 2017 Health Equity Report: Uncovering the Root Causes of Health. Louisville MetroDepartment of Public Health and Wellness2017. Available from: <https://louisvilleky.gov/government/center-health-equity/health-equity-report>
- [9] Heron M. Deaths: Leading Causes for 2017. National Vital Statistics Reports. Hyattsville, MD2019.
- [10] Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents,. 4th ed. Joseph F. Hagan J, Judith S. Shaw, Paula M. Duncan, editor. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017.
- [1] Morrongiello BA, Hillier L, Bass M. 'What I said' versus 'what you heard': a comparison of physicians' and parents' reporting of anticipatory guidance on child safety issues. Inj Prev. 1995;1(4):223-7.

Recibido: 23 de mayo de 2020

Aceptado: 12 de octubre de 2020

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social

Salud Para Todos