

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
POSTGRADO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

**ACCESO Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:
EVALUACIÓN EN LA POBLACIÓN QUE ACUDE AL SERVICIO DE
EMERGENCIA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN
VENEZUELA.**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO
Para optar por el título de Especialista puericultura y pediatría

Autor:

Cesmar Rodríguez

Tutor:

Dr. Akbar C. Fuenmayor

**ACCESO Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:
EVALUACIÓN EN LA POBLACIÓN QUE ACUDE AL SERVICIO DE
EMERGENCIA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN
VENEZUELA.**

www.bdigital.ula.ve

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MÉDICO CIRUJANO: CESMAR MARIANA RODRÍGUEZ RAMOS, CI: 21.058.324, ANTE EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE ESPECIALISTA EN PUERICULTURA Y PEDIATRIA.

C.C.Reconocimiento

AUTOR: CESMAR MARIANA RODRÍGUEZ RAMOS

MEDICO CIRUJANO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
FRANCISCO DE MIRANDA

TUTOR: DR. AKBAR FUENMAYOR

MÉDICO CIRUJANO EGRESADO UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

ESPECIALISTA EN PUERICULTURA Y PEDIATRÍA.

ESPECIALISTA EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

ADJUNTO DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL
IAHULA.

PROFESOR AGREGADO DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios, por darme la sabiduría e inteligencia para enfrentar cada reto que logre cumplir con éxito, darme las fuerzas como el águila cada mañana para levantarme cuando sentía que no podía más, pero hoy me permites ver un nuevo sueño hecho realidad y que los sacrificios tienen sus recompensas, gracias padre eterno.

A mi madre, mujer virtuosa, siempre conmigo, impulsándome a seguir adelante, dándome ánimo y una voz de aliento en los momentos en los que sentí desfallecer. Nunca tendré como pagarte toda la dedicación y abnegación con la que me has cuidado estos años de vida y has formado la mujer que soy, eres la mejor, mi mayor tesoro. TE AMO este triunfo también es tuyo.

A mi Padre, siempre atento, ejemplo de responsabilidad y entrega, aun cuando ya cumpliste todas tus obligaciones al formarme como médico, continuas brindándome todo tu apoyo y te desvives porque no falte nada. TE AMO este triunfo también es tuyo.

A mis hermanos una vez más confiaron en mí que si lo lograría, gracias por su amor. LOS AMO.

A mi tío Antonio y tía Rosa siempre presente en cada logro, apoyándome y confiando en mí. LOS AMO.

A mi novio Jean García, mi regalo del cielo. Gracias amor por tu compañía, por tu apoyo, tú amor, comprensión, paciencia y por darme esa palabra de aliento en esos días tristes “amor si lo vas a lograr, tu puedes, dedícale más tiempo” TE AMO mi príncipe.

A mis amigas(o) incondicionales durante estos tres largos años de lucha y aprendizaje. Yolibeth Solano, Wendell Ruiz, Ana Parababire, María Baptista, gracias a todos por estar allí y ser en muchas ocasiones mi paño de lágrimas, por darme esa palabra de aliento y ese abrazo cálido, por eso y más gracias.

A mis compañeros en estos tres años de postgrado, siempre fuimos un gran equipo y familia.

A la Ilustre Universidad de los Andes y al Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, por permitirme formarme como especialista.

A mi tutor Dr. Akbar Fuenmayor, gracias por todo su apoyo, orientación, paciencia y dedicación en este trabajo de grado.

A todos mis maestros, gracias por sus enseñanzas, en especial Dra. Marycarmen Morales, Dra. Carolina Barreto, Dra. Nolis Camacho, Dra. Belkis Rujano ejemplo de dedicación y empeño para mi formación académica.

DEDICATORIA

A mis padres, son mi mayor tesoro, merecen lo mejor de esta vida y esta es una forma de honrar cada esfuerzo, dedicación, abnegación por mi formación y educación.

A mi familia, siempre apoyándome y confiando en mí.

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE GENERAL

	pp.
LISTA DE TABLAS	VII-VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1-5
MARCO TEORICO	6-9
OBJETIVOS	10
General	
Específicos	
MATERIALES Y MÉTODOS	11-12
RESULTADOS	13-21
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	22-26
CONCLUSIONES	27-28
RECOMENDACIONES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30-32
ANEXOS	33
1. Formulario de Encuesta	34-35
2. Operacionalización de las variables	36-39

LISTA DE TABLAS

Nº	Título de la Tabla	pp.
1	Distribuciones de frecuencia (absolutas y relativas) según características demográficas. Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.	13
2	Distribuciones de frecuencia (absolutas y relativas) según motivo de consulta. Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.	14
3	Distribuciones de frecuencia (absoluta y relativa) según asistencia a control médico periódico (“consulta de niño sano”). Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.	15
4	Distribuciones de frecuencia (absolutas y relativas) según tipo de consultorio donde realiza el control médico periódico (“consulta de niño sano”). Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.	16
5	Distribución de frecuencias según las características del control periódico de “niño sano”. Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.	17
6	Distribución de casos según grupos de edad y periodicidad de los controles pediátricos. Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.	18
7	Cobertura del esquema de inmunizaciones según grupos de edad. Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018.	19

Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

- 8 Distribución de casos según la duración recomendada por el médico para la lactancia materna exclusiva. Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 20
- 9 Distribución de frecuencia según especialidad a la que asistía periódicamente el niño. Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 21

www.bdigital.ula.ve

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
POSTGRADO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

**ACCESO Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: EVALUACIÓN
EN LA POBLACIÓN QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DE UN
HOSPITAL UNIVERSITARIO EN VENEZUELA. MERIDA 2018**

Autora: Cesmar M. Rodríguez R

Tutor Y asesor metodológico: Akbar Fuenmayor

Fecha: Septiembre, 2018

RESUMEN

La atención primaria en salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial con la que debe contar todo ser humano, debe estar al alcance de todos los individuos y familias, y enfocarse en la prevención y promoción de salud. En la edad pediátrica, el control de niño sano es el instrumento fundamental para el seguimiento del crecimiento y el desarrollo del niño durante la infancia, la aplicación de inmunizaciones y la detección oportuna de problemas de salud. Hasta ahora, no se conoce bien el impacto de la crisis económica venezolana en la situación sanitaria del país. La falta de información epidemiológica lo impide. Se planteó como objetivo evaluar el cumplimiento de la atención primaria de salud en la población pediátrica que acude al servicio de emergencia de un hospital de especialidades de la Región Los Andes de Venezuela (Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes). Fue un estudio descriptivo transversal, analítico, no controlado, basado en encuestas a padres y representantes de niños entre 0 meses y 15 años, entre el 11 junio y 11 julio de 2018. La muestra quedó conformada por 110 niños con una edad promedio de 39 meses ($Dt \pm 41,6$) y predominó el sexo femenino. El 61,8% de los niños no recibía control médico periódico. El control de los niños era deficiente en la evaluación y seguimiento del crecimiento y el desarrollo en 69% de los casos y el 76,4% no tenían todas las inmunizaciones recomendadas a nivel internacional para la edad. Las madres tenían poco conocimiento de la alimentación ideal en el primer año de vida. La cobertura y calidad de la atención primaria de este grupo de niños es muy deficiente y sugiere un marcado deterioro de este nivel de atención en Venezuela. Se recomiendan reformas profundas en la organización y financiamiento de la Atención Primaria en Venezuela.

Descriptor: atención primaria en salud, accesibilidad, crecimiento y desarrollo, crisis económica en Venezuela.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
POSTGRADO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

**ACCESS AND QUALITY OF THE PRIMARY HEALTH CARE: EVALUATION IN THE
POPULATION THAT ACCESSES THE PEDIATRIC EMERGENCY SERVICE OF A
UNIVERSITY HOSPITAL IN VENEZUELA. MERIDA 2018**

Author: Cesmar M. Rodriguez R

Tutor and Methodological Assessor: Akbar Fuenmayor

Date: September 2018

ABSTRACT

Primary health care (PHC) is the essential health care that every human being must have, it must be available to all individuals and families, and focus on prevention and health promotion. In the pediatric age, the control of a healthy child is the fundamental instrument for monitoring the growth and development of the child during childhood, the application of immunizations and the timely detection of health problems. Until now, the impact of the Venezuelan economic crisis on the health situation of the country is not well known. The lack of epidemiological information prevents it. The objective was to evaluate compliance with primary health care in the pediatric population attending the emergency service of a specialty hospital in the Los Andes Region of Venezuela (Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes). It was a cross-sectional descriptive study, uncontrolled, based on surveys of parents and representatives of children between 0 months and 15 years, between June 11 and July 11, 2018. The sample consisted of 110 children with an average age of 39 months ($Dt \pm 41.6$) and the female sex predominated. 61.8% of the children did not receive periodic medical control. Control of children was deficient in the evaluation and monitoring of growth and development in 69% of cases and 76.4% did not have all the immunizations recommended internationally for age. The mothers had little knowledge of the ideal diet in the first year of life. The coverage and quality of primary care of this group of children is very poor and suggests a marked deterioration of this level of care in Venezuela. Deep reforms are recommended in the organization and financing of Primary Care in Venezuela.

Descriptors: Primary health care, accessibility, growth and development, immunizations. Economic crisis in Venezuela

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso Salud – enfermedad de los individuos, familias y comunidades es el objeto de trabajo de los equipos de salud, cuyo fin es contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. La estrategia sanitaria con mayor cobertura y mejor relación costo-beneficio es la atención primaria de salud dirigida a la población sana y enferma, la cual pone especial énfasis la dimensión preventiva y la promoción de salud con la participación de la comunidad ¹.

La atención primaria en salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial con la cual debe contar todo ser humano y por lo tanto debe estar al alcance de todos los individuos y familias a un costo accesible para el país y las comunidades, este nivel de atención forma parte del desarrollo socioeconómico general de un país por estar dirigida a educar a la población sobre los principales problemas de salud, abastecimiento alimentario y de agua potable, asistencia materno- infantil con inclusión de la planificación familiar, inmunizaciones contra las principales enfermedades infecciosas y suministro de medicamentos esenciales, entre otras ².

Luego de terminada la Segunda Guerra Mundial, en todos los países se observó un aumento notable de los índices de pobreza, aumento de la morbilidad y disminución de los niveles de atención de la salud. Se propuso entonces un enfoque integral basada en la atención ambulatoria, fue así como nació la propuesta de la Atención Primaria de la Salud (APS) en la Conferencia Mundial de Alma Ata en septiembre 1978, reunión en la cual participaron más de 140 países. La APS es una estrategia de lucha contra la pobreza que

buscaba la equidad y la salud para todos en el año 2000, meta planteada en conjunto por la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud ³.

En 2008 la OPS/OMS estableció que la APS “debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud”, y debía ser concebida como puerta de entrada a los otros niveles del subsistema de salud, garantizando el primer contacto con el usuario y tomando a las familias y comunidades como la base de la planificación. Los principios rectores de la APS son la cobertura y el acceso universal, promover la equidad, la atención integral, énfasis en la prevención y promoción en salud, llevar los cuidados de salud lo más cercano posible a las viviendas y asentamientos de trabajo de la comunidad y constituir el primer eslabón de la atención ideal ⁴.

En el año 2000 la APS en Venezuela se enmarcó en un primer convenio de salud Cuba- Venezuela cuando se instaura la misión médica cubana. Luego, esta iniciativa se convirtió en la Misión Barrio Adentro, denominación que invoca la idea de llevar atención primaria a los barrios pobres de las grandes ciudades ya que cerca del 80% de la población venezolana vive en ciudades, especialmente en los cinturones de pobreza ⁵. La Misión luego se amplió con la construcción y remodelación de establecimientos de salud de atención secundaria y terciaria (Barrio Adentro III y IV) ⁶. Los logros de la Misión Barrio Adentro pronto fueron reconocidos por la Organización Panamericana de Salud pero dos factores minaron gradualmente a la capacidad operativa de la Misión: 1) No se produjo la integración con el sistema de salud previamente existente, lo cual comprometió gravemente la progresividad de la atención y generó dispersión de recursos e incoordinación de actividades, 2) Los mecanismos organizacionales y el continuo desfinanciamiento fueron

reduciendo drásticamente la capacidad operativa de los centros de atención formados para el desarrollo de la Misión ⁷.

Desde 2014, la economía venezolana entró en recesión, el producto interno bruto ha tenido un crecimiento negativo entre el año 2014 de -3,1%, y 2015 de -5,7% ⁸. El Fondo Monetario Internacional (FMI) calculó que Venezuela cerraría el año 2018 con una caída del PIB de -15 % y una inflación de 13,000% ⁹. La pobreza, que había disminuido entre 2000 y 2012 de 44% a 29,5%, aumentó a 32,6% para el segundo semestre de 2014 y a 33,1%, para el primer semestre de 2015, es decir, 950.771 hogares ingresaron a la línea de pobreza por ingreso 2018; no hay cifras oficiales a partir de ese periodo ¹⁰.

Hasta ahora, no se conoce bien el impacto de la crisis venezolana en la situación sanitaria del país. La falta de información epidemiológica lo impide. Los anuarios de morbilidad y mortalidad del período 2014-2016 y los informes de Indicadores Epidemiológicos y de Mortalidad materno infantil no se publicaban desde 2009. Sin embargo, en mayo 2017, el Ministerio Popular para la Salud publicó cifras que indican un grave deterioro de los indicadores de salud. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, los datos emitidos por el Ministerio son una “clara evidencia del impacto de la prolongada crisis en las mujeres y los niños en el país” pues indican que al comparar 2015 con 2016, la mortalidad infantil aumentó 30% y la mortalidad materna un 64%; más de 240.000 personas fueron afectadas por malaria en 2016, lo que representa un 76% más que en 2015. Los casos de diarrea, tos ferina, neumonía, VIH y sarampión –todas potencialmente mortales para la niñez– también mostraron un marcado incremento ¹¹.

Las crisis económicas y políticas plantean a los mecanismos estatales e institucionales el reto de garantizar el acceso a los servicios de salud para lo cual se requiere asegurar el financiamiento necesario para obtener los recursos que permitan alcanzar las metas de la APS. Dado que el ámbito de acción de la APS es la comunidad y la atención ambulatoria, es necesario proteger y fortalecer la red asistencial ambulatoria y asegurar la progresividad de la atención.

Uno de los ejes de desarrollo de la APS son los controles periódicos de salud de la población, controles que en la vida de un ser humano comienzan durante la gestación, continúan en la edad pediátrica, en la adolescencia y durante toda la vida adulta. En el control periódico de salud se desarrollan actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico precoz de trastornos de la salud y control oportuno de enfermedades crónicas.

En la edad pediátrica, el control de niño sano es el instrumento fundamental para el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño durante la infancia, la aplicación de inmunizaciones, la promoción de una adecuada alimentación y el diagnóstico precoz de padecimientos propios de la infancia ^{12 13}.

En Venezuela, en los últimos años se ha notado un incremento en la prevalencia de enfermedades prevenibles en recién nacidos y niños, lo cual se ha asociado con el aumento en las cifras de desnutrición y mortalidad infantil ¹¹, esta situación refleja el debilitamiento de la atención primaria de salud, particularmente en lo que respecta a la cobertura de inmunizaciones, accesibilidad a la atención ambulatoria, controles de niño sano, disponibilidad de medicamentos esenciales, consejo nutricional y saneamiento ambiental ¹⁴.

Esta investigación se propone evaluar la atención primaria de salud en la población pediátrica que acude al servicio de emergencia de un hospital de especialidades de la Región Los Andes de Venezuela (Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes). Se plantean las siguientes interrogantes: ¿Estos niños reciben atención primaria en salud; de recibirla, ¿se cumplen los controles de seguimiento del crecimiento y desarrollo, el consejo nutricional, el programa de inmunizaciones y el acceso a la atención médica ambulatoria? El análisis de la cobertura y calidad de la Atención Primaria en niños que acuden a un servicio de atención ubicado en el último nivel del sistema de salud (hospital tipo IV de especialidades, de referencia regional) puede ofrecer una muestra de la situación actual de la APS en nuestra entidad federal.

www.bdigital.ula.ve

MARCO TEORICO

La Atención Primaria de Salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial, con un enfoque integral centrado en la protección de la salud individual y colectiva a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, familias y comunidades con el sistema nacional de salud ¹⁶.

La APS es el entorno ideal para la operativización de las estrategias encaminadas a lograr los Objetivos del Desarrollo del Milenio, ya que la universalidad, la gratuidad y la accesibilidad son características del sistema público de salud en atención primaria ¹¹.

La pediatría en atención primaria de salud se dedica al cuidado del niño, proporciona una asistencia sanitaria próxima a la población infantil y sus familias, partiendo de una visión global e integral de la medicina en la cual el objeto fundamental es la vigilancia del desarrollo y crecimiento del niño en todas las etapas de la vida y comprende todas las actividades relacionadas a la promoción y prevención de salud y encaminadas a lograr un ser humano competente para responder a sus necesidades y a las de su medio ¹⁷.

El desarrollo infantil es un proceso que comienza desde la concepción y envuelve aspectos que van desde el crecimiento físico, maduración neurológica, desarrollo cognitivo, social y afectiva del niño, entendiendo la importancia de iniciar el control del niño sano desde el nacimiento hasta la finalización del crecimiento somático y el desarrollo psicosocial. Siendo el eje principal para el seguimiento en el niño durante los primeros años de vida extrauterina, ya que es en esta etapa donde el tejido nervioso crece y madura y está por lo tanto más expuesto a sufrir daño. Cabe descartar que este proceso se lleva a cabo bajo el cuidado del médico en la consulta de familia, consulta ambulatoria y pediátrica especializada con la intervención de todo el equipo de salud: enfermera, agente sanitario, asistente social, psicólogo, nutricionista, brindando a los padres asesoramiento y educación para la salud ^{16,17}.

Los controles periódicos de salud son continuos y están dirigidos a lograr una historia clínica de calidad y una exploración física detallada desde el momento de la primera evaluación, consiguiendo de esta manera abordar los principales problemas de la salud que llevarían al niño a presentar un riesgo para su desarrollo biológico, psicológico y social. Se debe considerar como mínimo entre 8 y 10 controles realizados hasta el primer año, siendo los momentos claves del crecimiento y el desarrollo del niño, se pueden dividir principalmente en un 1º semestre donde la primera consulta se debe realizar entre los primeros 7 a 10 días y posteriormente consultas sucesivas mensuales hasta los 6 meses y cada dos meses hasta el año de edad, segundo año de vida consultas programadas a los 15, 18 y 24 meses, posteriormente a los 4 y 6 años, entre los 10 y 11 años y alrededor de los 14 años de edad. Es fundamental que en estos períodos intervenga el profesional de salud, junto con la familia y la comunidad para la vigilancia del desarrollo del niño ¹⁷.

Las principales actividades y competencias en la atención primaria pueden resumirse en las siguientes ⁽¹⁷⁾.

Promoción de hábitos saludables

Alimentación: Fomentar la lactancia materna, informar sobre la introducción de nuevos alimentos a partir de los 6 meses de edad, con prácticas alimentarias apropiadas para cada grupo de edad y recomendaciones para manejar los problemas más frecuentes relacionados con la alimentación; reconocer los signos y síntomas precoces relacionados con las principales deficiencias nutricionales para identificar los procesos patológicos comunes que pueden requerir un soporte nutricional suplementario, identificar los estilos de vida familiares, entorno social que pueden contribuir a la malnutrición por exceso (obesidad) y por defecto (desnutrición) y solicitar pruebas complementarias pertinentes para descartar las enfermedades relacionadas con los trastornos metabólicos y sus comorbilidades.

Desarrollo: Valorar el crecimiento y estado metabólico-nutricional a través de la medición periódica del peso, talla y perímetro craneal, y su evolución a través de las gráficas de percentiles, proporcionar consejo anticipado de los eventos del desarrollo y

orientación sobre los diferentes acontecimientos del desarrollo físico y psico-afectivo de los niños.

Prevención de enfermedades

Vacunación: incentivar el cumplimiento del calendario de vacunación oficial PAI, reconocer las patologías que requieren la administración de vacunas no sistemáticas, recomendar la vacunación e inmunoprofilaxis apropiada en caso de viaje a zonas endémicas con enfermedades susceptibles de prevención.

Detección precoz de problemas en la infancia: Implementar y evaluar programas de cribados de salud a los niños según la edad de los mismos, evaluar cualquier alteración detectada e informar a los padres y organizar las investigaciones de seguimiento apropiadas: Errores congénitos del metabolismo, cribado de criptorquidia, cribado de displasia evolutiva de cadera, trastorno de espectro autista, problemas de comportamiento y emocionales, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, discapacidades de aprendizaje, alteraciones de la marcha y de torsión de miembros inferiores, escoliosis, audición, alteraciones visuales: estrabismo, ambliopía, defectos de refracción, problemas de lenguaje y pronunciación, trastornos de posición lingual, oclusión dental y caries, sobrepeso-obesidad, maltrato en todas sus formas (físico, psicológico, negligencia, abuso sexual infantil, Síndrome de Münchhausen).

Seguimiento de patologías crónicas en atención primaria

-Proporcionar un seguimiento del niño con patologías crónicas de manejo en atención primaria” (asma, diabetes, obesidad, dermatitis atópica, estreñimiento, enuresis, enfermedad celíaca, Etc.).

-Monitorización y seguimiento del paciente crónico complejo mediante la organización y supervisión de un tratamiento multidisciplinario que englobe a las distintas subespecialidades pediátricas y a los diferentes recursos sanitarios y de la comunidad.

En otro orden de ideas es importante mencionar las ventajas que derivan de la intervención de la APS en el desarrollo del ser humano:

- Busca optimizar la salud y promover la equidad.
- Primer contacto de los niños y adolescentes con el sistema sanitario.
- Formación del vínculo que se establece con el médico y la familia, orientando en cada etapa del desarrollo del niño.
- Supervisa el crecimiento y desarrollo, y participa en todas las actividades de prevención, promoción, educación para la salud y de hábitos de vida saludables con la intervención de equipos de atención primaria.
- Detección precoz de problemas de salud que retrasen el adecuado desarrollo biológico, psicológico y social.
- Derivación adecuada y coordinada para la valoración por otros especialistas pediátricos, en caso de resultar necesario.

www.bdigital.ula.ve

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Evaluar el cumplimiento de la atención primaria de salud en la población pediátrica de 0 a 15 años que acude al Servicio de Emergencia en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela.2018.

Objetivos específicos

1. Medir la cobertura de la atención primaria de salud en la muestra de usuarios del servicio de emergencia pediátrica en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.
2. Determinar si se cumplen los controles de seguimiento del crecimiento (peso/ talla).
3. Determinar si se cumple el seguimiento del desarrollo psimotor y lenguaje.
4. Identificar el nivel de conocimiento de las madres en la alimentación ideal según la edad.
5. Cuantificar la cobertura del esquema de vacunación.

www.bdigital.ula.ve

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: fue un estudio descriptivo transversal, analítico, no controlado, basado en encuestas a padres y representantes de niños entre 0 meses y 15 años que acudieron al servicio de emergencia del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (Mérida, Venezuela) durante el periodo de 11 de junio a 11 de julio de 2018.

Población: Pacientes entre 0 meses a 15 años de edad que acudieron al servicio de emergencia durante el periodo 11 de junio a 11 de julio 2018.

Cálculo y selección de la muestra: Basado en las siguientes premisas: margen de error: 10%; nivel de confianza: 95% y una población mensual de 1500 pacientes. Se empleó la siguiente fórmula para el cálculo de la muestra:

$$\frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

Dónde: N = tamaño de la población; e = margen de error (10%) y z = 1.96 (para nivel de confianza del 95%). Aplicando estos cálculos el tamaño de la muestra es de 91 casos, a los cuales se agregan un 15% estimado de pérdida, de modo que el tamaño de la muestra es de 110 casos.

Criterios de inclusión:

Pacientes de ambos sexos.

En edades de 0 meses y 15 años de edad registrados en el servicio de emergencia.

Participación voluntaria de los Padres.

Criterios de exclusión:

Negación por parte de los padres o representantes de participar en la investigación.

Pacientes que ingresan en condición crítica y requieren atención inmediata.

Período de estudio: 11 de junio al 11 de julio de 2018.

Recolección de la muestra

La recolección de la información se llevó a cabo en el área de triaje del Servicio de Emergencia Pediátrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Una vez captado el paciente se verificó que cumplieran con los criterios de inclusión y se solicitó la aceptación de los padres para participar en el estudio. Posteriormente, se comenzó a llenar la ficha de recolección de datos entrevistando al familiar, revisando sus registros de control y examinando al niño.

Aspectos Éticos.

Dado que el presente trabajo no implica la manipulación directa de variables involucradas en la atención de los pacientes incluidos en la investigación, no presenta conflictos éticos relevantes. La información utilizada para los objetivos de la presente investigación no incluirá datos de identificación de los pacientes con la intención de mantener la confidencialidad de los datos. Se solicitará consentimiento informado de los padres o representantes para incluir los casos.

Análisis de los Datos

Los resultados se presentan bajo la forma de tablas de distribución de frecuencia y en tablas de contingencia dos por dos. La valoración inferencial de los resultados (al comparar variables sociodemográficas y la cobertura de atención primaria) esta se hizo con la prueba Chi-cuadrado (cuando existía un máximo del 20% de frecuencias inferiores a 5; en caso contrario, se utilizó el test exacto de Fisher) para la comparación de las proporciones vertidas en las tablas de contingencia elaboradas.

En todos los casos se utilizó como nivel crítico de significancia un 5% de error tipo I

RESULTADOS.

Descripción de la muestra de pacientes

Se incluyeron 110 niños que consultaron en el Servicio de Emergencia Pediátrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes durante el periodo de estudio. La edad promedio fue de 39 meses ($Dt \pm 41,6$). La mayoría de los niños vivían con la madre (n = 104; 94,5%).

Predominó el sexo femenino, la mayor parte de las familias de los pacientes pertenecía a estratos pobres y procedían de la ciudad de Mérida, tabla 1.

Tabla 1. Distribuciones de frecuencia (absolutas y relativas) según características demográficas. Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018.

Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Característica demográfica	Grupos	No.	%
Sexo	Femenino	58	52,7
	Masculino	52	47,3
Estrato socio-económico (Graffar modificado)	IV	75	68,2
	V	21	19,1
	III	14	12,7
Procedencia	Mérida	68	61,8
	El Vigía	15	13,6
	Lagunillas	12	10,9
	Tucaní	5	4,5
	Otros Estados	5	4,5
	Tovar	4	3,6
	Mucuchíes	1	0,9

Fuente: Ficha de registro

Los motivos de consulta más frecuentes fueron tos y fiebre, tabla 2.

Tabla 2. Distribuciones de frecuencia (absolutas y relativas) según motivo de consulta. Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje
Tos	34	30,9
Fiebre	29	26,4
Vomito	8	7,3
Traumatismo	6	5,5
Diarrea	6	5,5
Dolor Abdominal	5	4,5
Convulsión	5	4,5
Absceso en Cara	3	2,7
Dificultad Respiratoria	2	1,8
Aculeadura por escorpión	2	1,8
Anemia	2	1,8
Dolor Lumbar, epistaxis, oliguria, escabiosis, lesión ocupante de espacio, cefalea, pérdida de peso, hematemesis *	8	0,9
Total	110	100,0

* Un caso por cada tipo de síntoma

Fuente: Ficha de registro

El 61,8% de los niños (n = 68) no recibía control médico periódico; de los 42 pacientes que eran llevados regularmente a consulta de niño sano, 76,2% lo hacían con un pediatra, tabla 3.

Tabla 3. Distribuciones de frecuencia (absoluta y relativa) según asistencia a control médico periódico (“consulta de niño sano”). Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Control médico regular	Frecuencia	Porcentaje
No está en control	68	61,8
Pediatra	32	29,1
Médico General	10	9,1
Total	110	100,0

Fuente: Ficha de registro

De los 110 casos, sólo 18 (16,3%) acudía al nivel de atención primaria del sistema público de salud, tabla 4.

Tabla 4. Distribuciones de frecuencia (absolutas y relativas) según tipo de consultorio donde realiza el control médico periódico (“consulta de niño sano”). Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Tipo de consultorio donde realiza el control médico periódico	Frecuencia	Porcentaje
No lo Controla	68	61,8
Privado	24	21,8
Publico Ambulatorio	10	9,1
Publico Consultorio Popular	4	3,6
Publico Otro	4	3,6
Total	110	100,0

Fuente: Ficha de registro

De los 42 niños llevados a control médico periódico, al 22% (n = 9) no se les hacía antropometría en todos los controles, en cinco casos (11,9% de los niños en control) el médico notificó a la madre que el niño tenía déficit ponderal o de estatura. Aunque la mayoría de los representantes aseguraron tener una tarjeta de control, sólo 16 de ellos (14,5%) portaban la tarjeta de control periódico que registra las medidas antropométricas.

El 19,1% (n = 8) de las madres refirieron que el galeno no hizo preguntas sobre el desarrollo motor/lenguaje del niño. En igual número de casos (ocho) los niños fueron

referidos a un médico especialista por hallazgos en el examen físico. De los 42 casos en control, al 42,8% nunca se le pidieron exámenes de laboratorio en la consulta de control, tabla 5.

Tabla 5. Distribución de frecuencias según las características del control periódico de “niño sano”. Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Item	Si		No	
	N	%	N	%
Es controlado periódicamente	42	38,2	68	61,8
Con pediatría	32	29,1	-	-
Con médico general	10	9,1	-	-
En privado	24	21,8	-	-
En ambulatorio público	10	9,1	-	-
En consultorio popular	4	3,6	-	-
Otro público	4	3,6	-	-
Antropometría en cada control	33	78,0	9	22
Seguimiento de desarrollo motor y lenguaje en cada control	34	80,9	8	19,1
Tiene tarjeta de control	41	37,3	69	62,7
Solicitud de laboratorio			17	42,8

La periodicidad de los controles según la edad se cumplió en 23,6% de los niños, tabla 6.

Tabla 6. Distribución de casos según grupos de edad y periodicidad de los controles pediátricos. Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Control Periódico	Grupos de edad						Total
	6 meses o menos No (%)	7 a 12 meses No (%)	13 a 24 meses No (%)	25 a 36 meses No (%)	37 a 48 meses No (%)	49 a 180 meses No (%)	
No asiste a controles	16 (61,5)	11 (57,9)	10 (50,0)	4 (57,1)	5 (55,6)	22 (75,9)	68 (61,8)
Periodicidad recomendada para la edad	6 (23,1)	6 (31,6)	3 (15,0)	2 (28,6)	2 (22,2)	7 (24,1)	26 (23,6)
Intervalos más largos de los recomendados para la edad	4 (15,4)	2 (10,5)	7 (35,0)	1 (14,3)	2 (22,2)	0 (0)	16 (14,6)
Total	26 (100)	19 (100)	20 (100)	7 (100)	9 (100)	29 (100)	110 (100)

El 95,4% de los niños recibieron inmunizaciones en el sistema público de salud, ya sea en ambulatorios (92,7%) o en hospitales (4,5%). Al revisar la tarjeta de vacunación se pudo observar que el 70,9% de los niños (n = 78) no tenían completas las inmunizaciones según el esquema del MPPS, cinco niños (4,5%) carecían de inmunizaciones; sólo el 24,5% (26 pacientes) tenía el esquema completo del MPPS acorde para la edad (Al evaluar el esquema de SVPP todos los niños mayores de 2 meses no lo tenían completo por falta de cumplimiento de antirotavirus y antineumocócica) tabla 7.

Tabla 7. Cobertura del esquema de inmunizaciones según grupos de edad. Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Inmunización	Dosis	0 a 59 días (n = 6) N (%)	2 y 3 meses (n = 13) N (%)	4 y 5 meses (n = 4) N (%)	6 a 11 meses (n=9) N (%)	12 a 59 meses (n = 49) N (%)	60 meses y más (n = 29) N (%)
BCG	Única	4 (66,6)	12 (92,3)	4 (100)	9 (100)	47 (95,9)	29 (100)
PVO*	1		7 (53,8)	4 (100)	9 (100)	48 (98,0)	28 (96,6)
	2			0 (0)	5 (55,6)	40 (81,6)	22 (75,9)
	3				4 (44,4)	26 (53,1)	16 (55,2)
Pentavalente*	1		7 (53,8)	3 (75,0)	5 (55,6)	36 (73,5)	26 (89,7)
	2			1 (25,0)	3 (33,3)	40 (81,6)	26 (89,7)
	3				3 (33,3)	26 (53,1)	19 (65,5)
Antineumocócica conjugada*	1		0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (26,5)	11 (37,9)
	2			0 (0)	0 (0)	9 (18,4)	8 (27,6)
	3				0 (0)	2 (4,1)	4 (13,8)
Antirotavirus	1		0 (0)	1 (25,0)	1 (11,1)	40 (81,6)	25 (86,2)
	2			0 (0)	1 (11,1)	33 (67,3)	22 (75,9)
Trivalente viral*	Única					27 (55,1)	25 (86,2)
Antiamarílica*	Única					23 (46,9)	20 (69,1)

De los 42 casos en control periódico, 18 (16,4%) representantes refirieron no haber recibido información sobre la nutrición adecuada del niño durante la consulta. Con respecto a la recomendación sobre la lactancia materna, 10% de las madres reportaron no haber recibido información durante la consulta, tabla 8.

Tabla 8. Distribución de casos según la duración recomendada por el médico para la lactancia materna. Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Duración recomendada por el médico para la lactancia materna	Frecuencia	Porcentaje
No me dijo	11	10,0
Por 6 meses	14	12,7
Por un año	3	2,7
Por dos años	14	12,7
No está en control	68	61,8
Total	110	100,0

El 91,8% de los representantes (n = 101) no llamó al médico que controlaba al niño o asistió al centro de atención primaria antes de acudir al servicio de emergencia

Nueve niños (7,3%) asistían a controles regulares con médicos especialistas, tabla 9.

Tabla 9. Distribución de frecuencia según especialidad a la que asistía periódicamente el niño. Servicio de Emergencia Pediátrica, 11 de junio a 11 de julio de 2018. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	102	92,7
Neurólogo	3	2,7
Gastroenterólogo	1	0,9
Oncólogo	1	0,9
Nutricionista de Crecimiento y Desarrollo	1	0,9
Genética / Neuropediatria	1	0,9
Urólogo Pediatra	1	0,9
Total	110	100,0

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En esta investigación se evaluó el cumplimiento a la atención primaria de salud en la población pediátrica que consultó a la emergencia pediátrica del IAHULA en un período de un mes, encontrando que la gran mayoría de los niños no son llevados a las consultas para el control de niño sano (62%); lo que traduce, que no se ha logrado lo establecido por la (OPS/OMS) en Atención Primaria de Salud que esta “debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud”, siendo los pilares fundamentales de esta atención, la cobertura, el acceso universal, el énfasis en la prevención y promoción de la salud ⁴.

En Venezuela el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) reporta una cobertura del 100% en los centros “Barrio Adentro” basados en atención primaria de salud a las familias y comunidades ²¹. Los resultados de la investigación realizada en el IAHULA reflejan una cobertura muy por debajo de la reportada por el MPPS demostrando que la atención primaria en salud se ha visto gravemente comprometida en su progresividad.

El estudio de Cáceres R, *et al* ¹⁹; reporta un cumplimiento del control de niño sano en niños de 0 a 2 años de edad, del 72,7% para el año 2015. La baja cobertura encontrada en el presente estudio (38%) corrobora lo señalado por Caritas de Venezuela 2017 y FMI ¹⁴, quienes manifiestan que la crisis económica permanente y social ha incidido de forma negativa en la salud, debilitamiento de la atención primaria y pérdida de la accesibilidad.

Con la reducción del gasto público en salud en años recientes, los hogares venezolanos han tenido que asumir una mayor participación en los gastos de salud, alcanzando en el 2014 el 64% del gasto total en salud ²². Esto se pone en evidencia en el presente estudio, donde solo el 16% realizan control pediátrico en centros dependientes del estado venezolano y el 22% lo hace con médicos privados, probablemente con la finalidad de recibir mayor calidad de atención médica.

Uno de los ejes de desarrollo de la atención primaria es la realización de los controles periódicos de salud en la población; en la edad pediátrica el control de niño sano es el instrumento ideal para el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño durante la infancia, la aplicación de inmunizaciones, la promoción de una adecuada alimentación (lactancia materna exclusiva) y el diagnóstico precoz de padecimientos propios de la infancia ^{12,13}.

El control del crecimiento y desarrollo del niño en esta muestra analizada, evidenció que el 22% de los pacientes llevados a la consulta no se les hizo la antropometría de rutina, a pesar de que el control continuo del peso/edad en menores de dos años, el peso/talla para mayores de dos años y el IMC en adolescentes son los indicadores indispensables para el diagnóstico precoz de retraso en el desarrollo pondoestatural, obesidad y malnutrición en la población infantil ^{17,23}.

La evaluación del desarrollo motor y del lenguaje debe ser continuo y progresivo desde el nacimiento a la adolescencia. constituyen la herramienta fundamental para facilitar el

proceso de enseñanza y aprendizaje del niño, así como el desarrollo social; estos aspectos establecen la importancia de la exploración del niño de forma secuencial para la detección de problemas que no permitan la adquisición de nuevas habilidades ²⁴, el 19% de las madres entrevistadas, refirieron que el galeno que realizó los controles no hizo preguntas sobre el desarrollo motor y del lenguaje del niño a pesar de ser evaluados por pediatras.

La mortalidad infantil ha tenido un aumento del 30% en el 2016 con mayor índice de riesgo en la etapa neonatal y menores de 1 año, actualmente se reporta un 60% de las defunciones en América Latina y el Caribe ¹¹. Las metas de la OMS/OPS es la reducción de las tasas de la mortalidad infantil por lo que se plantean nuevos avances en el acceso a la atención de salud, valoración integral del niño/niña en cada control médico dando la importancia a los momentos claves del crecimiento y el desarrollo del niño, siendo estos programados como primera consulta a los 7 días de vida y a los 15 días, posteriormente mensual hasta los seis meses de edad y luego bimensual hasta el año ¹⁷. Al analizar la secuencia del control de niños sano, en este estudio solo el 23,6% de los niños tienen una periodicidad adecuada de los controles según la edad, diferente a lo reportado por otros autores alertando a orientar y educar a las madres de la importancia del control continuo.

Otro punto de interés en esta investigación fue identificar el conocimiento de las madres sobre la alimentación ideal del niño; observando con preocupación, que durante los controles no se imparte a las madres la información necesaria para promocionar y mantener la lactancia materna. La Organización Mundial de la salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida del niño, continuando hasta los dos años de edad idealmente, con

inicio de alimentación complementaria a los 6 meses de edad y hace énfasis en el rol esencial de la lactancia materna en la supervivencia, el crecimiento y desarrollo del niño, además de proteger al lactante contra algunas de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil ²⁵.

Caballero T et al ²⁶, encontraron que el 92% de las madres presentaban un inadecuado conocimiento sobre la lactancia materna; los niños que recibieron lactancia materna con una duración menor de 6 meses presentaron mayor frecuencia de enfermedades diarreicas y respiratorias, y aquellos que no recibieron lactancia materna exclusiva tenían algún tipo de desnutrición.

Con respecto a las inmunizaciones, a pesar de que todos los niños de esta muestra tienen accesibilidad a los centros públicos de salud (hospitales y ambulatorios), El 70,9% de los niños de esta muestra tenían el esquema incompleto de inmunizaciones y solo el 24,5% presentan un esquema completo para la edad según MPPS. La cobertura reflejada en este estudio está muy por debajo de otros estudios nacionales en el cumplimiento de las inmunizaciones, como Cáceres R et al ¹⁹ en Valencia representan que la mayoría de las madres entrevistadas reportaron que sus hijos contaban con un esquema de vacunación completo 66,7%.

Romero M et al ²⁰ en el año 2015 reflejan que el 66% de los niños menores de cinco años no cumplieron con el esquema nacional de vacunación, demostrando nuestros resultados que durante los últimos 5 años han sido numerosas las carencias de inmunizaciones por

Parte del (PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES) a nivel nacional, hasta ahora no se ha logrado cumplir con las metas establecidas por la Organización Panamericana de la Salud en la cobertura de inmunización en Venezuela.

En este orden de ideas la OMS/OPS para este año informa una vez más el acentuado deterioro de los indicadores de salud y menciona la baja cobertura de las inmunizaciones especialmente rotavirus desde hace dos años y la vacuna contra neumococo conjugada 13 valente, el presente estudio realizado en el Hospital Universitario de los Andes demuestra resultados con menor cobertura de antineumocócica 13 valente (10.9%), igual para antirotavirus dejando así cada día más desprotegida a toda la población venezolana ²⁷.

Estos resultados son una voz de alarma para la situación actual y a la cual el sistema de salud se tendrá que enfrentar próximamente, con el presente resurgimiento de enfermedades infecciosas en forma de epidemias diseminadas y prevenibles que habían sido controladas con la vacunación, el aumento de la desnutrición y la falta de detección de enfermedades crónicas esto revela la ineficiencia de la vigilancia epidemiológica y la debilidad del programa nacional de inmunizaciones.

CONCLUSIONES

1. EL presente estudio demuestra la poca accesibilidad y debilitamiento en la Atención Primaria de Salud reflejado en la ausencia de asistencia al control de niño sano (61.8%), comprometiendo las actividades a ejecutar en la atención primaria de salud en el control del niño y adolescente, por lo que se debe hacer un llamado de alerta al sistema de salud e iniciar intervenciones oportunas para la sobrevivencia de la población más vulnerable y disminución de las tasas de la mortalidad infantil.
2. A pesar de que muchos autores establecen la importancia en la evaluación continua del crecimiento y el desarrollo durante los primeros años de vida del niño, esta investigación realizada en un hospital universitario en Venezuela, se observó que en el control de niño sano no se evaluó de manera adecuada (medidas antropométricas, desarrollo motor y del lenguaje), así como no se hacen registros en las tarjetas de control a pesar de ser evaluados por pediatras.
3. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida es vital para un desarrollo y crecimiento óptimo, sin embargo, se evidenció al entrevistar a las madres que no tienen adecuado conocimiento del tiempo ideal de la lactancia materna resultando de gran preocupación, por lo que se debe hacer mayor énfasis en una adecuada promoción de la lactancia materna.

4. La baja cobertura de inmunizaciones en este estudio, revela la situación actual en Venezuela, la falta de vigilancia epidemiológica y la pérdida de dotación de vacunas en los centros de salud ha incidido en la aparición de enfermedades reemergentes en forma de epidemias, estos resultados serán una voz de alerta para el sistema público de salud y al estado a realizar intervenciones rápidas o de lo contrario se manifestaría en un aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad infantil.

www.bdigital.ula.ve

RECOMENDACIONES

1. Restablecer el sistema de atención primaria en Salud en Venezuela.
2. Restablecer la cobertura universal con todas las inmunizaciones.
3. Fortalecer la red asistencial ambulatoria, asegurar la progresividad de la atención primaria de salud y fomentar la educación médica continua en atención primaria.
4. Incentivar y educar a las madres desde el egreso en el área de maternidad sobre la importancia de los controles periódicos de niño sano.
5. Supervisar el cumplimiento de los objetivos de la atención primaria en salud por parte de médicos generales, personal de medicina simplificada y pediatras.
6. Fortalecer todos los programas de Promoción de la salud (alimentación, hábitos saludables, saneamiento ambiental)

www.bdigital.ula.ve

BIBLIOGRAFIA

1. Programa Mundial de Alimentos. Datos del Hambre en el Mundo. [Online].; 2016 [cited 2017 Abril 23. Available from: <https://es.wfp.org/hambre/datos-del-hambre>.
2. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. Santiago 2017. [Online].; 2017 [cited 2018 Abril 8. Available from: [Disponible en: ww.fao.org/3/a-i6747s.p](http://www.fao.org/3/a-i6747s.p).
3. Ministerio del Poder Popular para la Salud.. Página web [Internet]. [Online].; S/A [cited 2018 Abril 8. Available from: http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=941.
4. Gutiérrez A. Venezuela y su Crisis Agroalimentaria. Documento de trabajo nº 1. Mérida: Universidad de Los Andes, Centro de Investigaciones Agroalimentarias "Edgar Abreu Olivo" ; 2016.
5. República Bolivariana de Venezuela. Decreto Presidencial de creación de la Misión Barrio Adentro 2004. Gaceta Oficial No. 37.865. ; Enero(26).
6. Alvarado C, Martínez M, Vivas S, Gutierrez N, Metzger W. Cambio social y política de salud en Venezuela. Medicina Social. 2008; 3(2): p. 113-129.
7. Salvato S, Añez E. cedice.org.ve. [Online].; 2014 [cited 2018 enero 15. Available from: <http://cedice.org.ve/wp-content/uploads/2014/12/REPORTE-II-GASTO-P%C3%A9BLICO.pdf>.
8. Banco Central de Venezuela. www.bcv.org.ve. [Online].; 2015 [cited 2018 Enero 18. Available from: <http://www.bcv.org.ve/Upload/Comunicados/aviso180216.pdf>.
9. Fondo Monetario Internacional. [Online].; 2017 [cited 2018 Enero 18. Available from: <file:///C:/Users/Pap%C3%A1/Downloads/texts.pdf>.
10. Instituto Nacional de Estadística. ine.org.ve. [Online].; 2016 [cited 2018 Enero 22. Available from: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=104&Itemid=#C.
11. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). www.unicef.org. [Online].; 2017 [cited 2018 Enero 22. Available from: https://www.unicef.org/spanish/media/media_95962.html.
12. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores sociales. Pobreza según método de línea de ingreso nacional. [Online].; S/A [cited 2018 Febrero 26. Available from: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=104&Itemid=#.
13. República Bolivariana de Venezuela. Ministerio del Poder Popular de Planificación. Venezuela en cifras. Nuestra transición al socialismo. [Online].; 2015 [cited 2018 febrero 26. Available from: http://www.mppp.gob.ve/libro/mayo_pdf/VzlaEnCifras%2005-2015.pdf.
14. Caritas de Venezuela. Línea Basal del Monitoreo Centinela de la Situación Nutricional en Niñas y Niños Menores de 5 años. Distrito Capital, Vargas, Miranda y Zulia.. [Online].; Octubre – Diciembre 2016. [cited 2018 Marzo 15. Available from: <file:///C:/Users/Pap%C3%A1/Desktop/TESIS%20NU>.
15. (UNICEF) FdINUpll. Estado Mundial de la Infancia 2016. [Online].; 2016 [cited 2018 Marzo 15

- [Nueva York]. Available from:
https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf.
16. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud 2018 . [Online].; 2018 [cited 2018 Abril 10 [Nueva York]. Available from:
http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
 17. Organización Panamericana de la Salud. MANUAL PARA LA VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL (0-6 años) EN EL CONTEXTO DE AIEPI [Internet]. www.paho.org. 2011 [cited 8 April 2018]. Available from: <http://www.paho.org/hq/.../manual-vigilancia-desarrollo-infantil-aiepi-2011.pdf>
 18. Domínguez Aurrecochea B, Valdivia Jiménez C. La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo xxi. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2012 [citado el 9 de abril de 2018]; 26: 82-87. Disponible en:
<http://www.gacetasanitaria.org/es/la-pediatria-atencion-primaria-el>
 19. Cáceres R, Materán M. Control de niño sano de 0 a 2 años y la morbilidad del servicio de Emergencia del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga. 2015. [cited 15 April 2018]. Available from:
<http://www.mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/4297/1/Tesis%20Rosmery%20Odel%20C.%20C%3%A1ceres%20B..pdf>
 20. María Romero et al. Cobertura y cumplimiento del esquema de inmunizaciones en niños hasta 5 años, las Cuibas, estado Lara. Revista Venezolana de Salud Pública 2014; 2 (1):23-30. [cited 17 April 2018]. Available from:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4769637>
 21. Más de 13 mil Consultorios Populares brindando atención primaria al pueblo venezolano [Internet]. 2017 [citado el 05 de septiembre de 2018]; Disponible en
<http://espromedbio.gob.ve/mas-de-13-mil-consultorios-populares-brindando-atencion-primaria-al-pueblo-venezolano/>
 22. Carrillo A. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio?. Cad. Saúde Pública 2018; 34(3):e00058517, [Internet]. 2018 [citado el 06 de septiembre de 2018]; Disponible en
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00058517.pdf>
 23. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), julio de 2012. Evaluación del crecimiento de niños y niñas [Internet]. 2012 [citado el 07 de septiembre de 2018]; Disponible en : http://files.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
 24. Shaffer D. PSICOLOGIA DEL DESARROLLO: INFANCIA Y ADOLESCENCIA (5ª ED) 2000. [citado el 07 de septiembre de 2018]; Disponible en
<https://www.casadellibro.com/libro-psicologia-del-desarrollo-infancia-y-adolescencia>

25. Organización Mundial de la Salud y UNICEF. Beneficios de la lactancia materna. [citado el 07 de septiembre de 2018]; Disponible en:
http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
26. Caballero C. Impacto de la educación en lactancia materna sobre la cultura y la nutrición en la localidad, Santafé de Bogotá 2015. [citado el 07 de septiembre de 2018]; Disponible en:
<https://encolombia.com/medicina/materialdeconsulta/tensiometro-virtual/educacion-en-lactancia-materna/>

www.bdigital.ula.ve

ANEXOS

www.bdigital.ula.ve

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO “ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE 0 A 15 AÑOS QUE ACUDE AL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES, MÉRIDA, VENEZUELA, 2018.”

Nombres y apellidos			
Edad:		sexo	
Dirección:			
Graffar: I _____ II _____ III _____ IV _____ V _____			
Motivo de consulta:			
Fecha de la consulta:			
¿El niño vive con la madre? SI NO			
El niño está en control periódico de niño sano con un médico	No	¿Qué le ha dicho el médico sobre las capacidades del niño para sentarse, caminar, hablar, etc.?	Nada
	Una vez al año		Que está bien
	Cada 6 meses		Que lleva retraso
	Cada tres meses		Que esta adelantado
	Cada mes		No está en control
El médico que lo controla es	Pediatra	¿Dónde le colocan las vacunas al niño?	No lo han vacunado
	Médico general		En el ambulatorio
	No es médico		En el hospital
	No está en control		En la consulta privada
¿Dónde lo controla?	Público ambulatorio	¿Le falta alguna vacuna al niño para la edad que tiene?	No, las tiene todas
	Público consultorio popular		Le falta una sola
			Le faltan varias
	Público otro		No está vacunado
	Privado	¿Cuántas dosis le han puesto de las siguientes vacunas?	Polio
	Otro		Pentavalente
¿Cuándo lo lleva a control lo pesan y lo tallan?	No lo controla		Trivalente
	Nunca		Fiebre amarilla
	A veces		Rotavirus
	Siempre		Neumococo
¿Cuándo lo lleva a control le preguntan si el niño se sienta, gatea, camina, habla etc.?	No está en control	¿El médico que controla al niño le ha explicado cómo debe alimentar al niño?	BCG
	Nunca		Sí, en varias consultas
	A veces		Una sola vez
	Siempre		Nunca
¿Qué le ha dicho el médico sobre la evolución del peso y la talla del niño	No lo lleva a control	¿Por cuánto tiempo le recomendó darle lactancia materna?	No está en control
	Nada		No me dijo
	Que crece bien		Por tres meses
	Que está bajo de peso o talla		Por seis meses
			Por un año
¿El médico que controla al niño lo ha referido alguna vez con un especialista?	Que esta gordo	¿Antes de venir para acá llamó al médico que controla al niño?	Dos años
	No está en control		No está en control
	Sí, y lo llevé		No
	Sí, pero no lo llevé		Sí, y me dijo que viniera
¿El médico que controla al niño le ha pedido exámenes de laboratorio alguna vez?	No, siempre lo encuentran bien	¿Tiene al niño en control con algún médico especialista	No sé dónde llamarlo
	No está en control		No me contestó
	Nunca		Si
	Sí, más de una vez		¿Especialidad?
Tiene tarjeta de control donde anoten el peso/talla y vacunas	Sí, una sola vez	Observaciones del encuestador sobre la tarjeta de control	No
	No está en control		Otro
	Sí, pero la perdió		Dice tenerla, no la porta
Observaciones del encuestador sobre el crecimiento		Observaciones del encuestador sobre el desarrollo	Hay registrados controles de peso/talla
	Peso/talla normal		Normal
	Déficit pondoestatural		Retardo

Observaciones del encuestador sobre la salud general del niño	Buen estado de salud general con excepción de la enfermedad actual		Observaciones del encuestador sobre vacunación	Esquema actual incompleto	
	Enfermedad crónica			Esquema ideal completo	

www.bdigital.ula.ve

VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Indicador	Observaciones
Cobertura de la atención primaria de Salud	De resultado	Proporción (%) de niños que acuden a controles periódicos de atención primaria en los intervalos propios para la edad	Bimensual hasta los seis meses. Trimestral desde los 6 meses hasta los 2 años. Cada 6 meses desde los 2 hasta los 5 años. Cada año desde los 6 hasta los 19 años
Seguimiento del crecimiento (peso/talla).	De resultado	Proporción de niños con registros periódicos de peso, talla y perímetro craneal	Igual frecuencia que los controles
Seguimiento del desarrollo	De resultado	Evaluación continua de habilidades motoras	Igual frecuencia de controles
Nivel de conocimiento de las madres en la alimentación ideal según la edad.	De resultado	Proporción de representante-niño que conoce la recomendación de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.	

Variable	Tipo de variable	Indicador	Observaciones
Cobertura del esquema de vacunación.	De resultado	Proporción de niños con cobertura de vacunación completa para la edad. a) según esquema del MPPS. b) según recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría	
Centro y profesional de salud donde realizada controles periódicos de atención primaria	Explicativa	Público/Privado Urbano/rural Tipo de centro público Médico general Médico Pediatra Enfermera(o)	
Edad y sexo	Demográfica	Edad en meses Sexo biológico (F/M)	
Nivel socio-económico según la escala de Graffar modificada por Méndez Castellano	Socio-económica	Puntuación en la Escala de Graffar modificada por Méndez Castellano	

Variable	Tipo de variable	Indicador	Observaciones
Grupo familiar	Explicativa	Nuclear Homoparental Monoparental Extensa Adoptivas. De abuelos De acogida	
Tipo de alimentación	Explicativa	Adecuada/inadecuada para la edad	
Estado nutricional	Clínica	Peso para la edad Talla para la edad	Según curvas de crecimiento del OMS
Motivo de consulta	Clínica	No urgencia Urgencia Emergencia	
Enfermedad crónica	Clínica	Si/no. Sistema(s) afectado(s)	
Variable	Tipo de variable	Indicador	Observaciones
Grupo familiar	Explicativa	Nuclear Homoparental Monoparental Extensa Adoptivas. De abuelos De acogida	
Tipo de alimentación	Explicativa	Adecuada/inadecuada para la edad	
Estado nutricional	Clínica	Peso para la edad Talla para la edad	Según curvas de crecimiento del OMS

Motivo de consulta	Clínica	No urgencia Urgencia Emergencia	
Enfermedad crónica	Clínica	Si/no. Sistema(s) afectado(s)	

www.bdigital.ula.ve