

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
POSTGRADO DE PUERICULTURA y PEDIATRÍA

**Conocimientos de los trabajadores de salud sobre la consulta de
seguimiento de niños sanos**

www.bdigital.ula.ve

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

Para optar por el título de Especialista en Puericultura y Pediatría

Autor:

María Gabriela Cárdenas R.

Tutor:

Nilce Salgar Sánchez

**CONOCIMIENTOS DE LOS TRABAJADORES DE SALUD SOBRE LA
CONSULTA DE SEGUIMIENTO DE NIÑOS SANOS: ESTUDIO TRANSVERSAL**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR LA MÉDICO CIRUJANO:
MARÍA GABRIELA CÁRDENAS ROSARIO, CI: 17.894.408, 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 PEDIATRÍA.

AUTOR: MARÍA GABRIELA CÁRDENAS ROSARIO

MÉDICO CIRUJANO DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. MÉRIDA

TUTOR: NILCE SALGAR SÁNCHEZ

ESPECIALISTA EN PUERICULTURA Y PEDIATRÍA Y MEDICINA CRÍTICA
PEDIÁTRICA. PROFESOR ASISTENTE DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

AGRADECIMIENTOS:

Primeramente a Dios y Jesús Misericordioso, por estar conmigo día a día y también ponerme al lado de seres tan maravillosos como familiares y amigos para la realización de mis sueños y metas.

A mi mamá, mi papá y hermano, la mejor familia que Dios me pudo regalar. Por estar siempre a mi lado apoyándome en todo, dando siempre lo mejor de ustedes para mí. Sin ustedes nada de esto hubiera sido posible. Los amo.

A mi abuelita Gladys, pensé que ibas a estar conmigo en estos momentos pero te me fuiste a mitad de camino de esta meta, sé que desde el cielo estas cuidándome. Te quiero y extraño.

A mis compañeros, que día a día vivimos esta lucha nada fácil, gracias por apoyarme en mis momentos más difíciles, fueron mi columna estos últimos meses en conjunto con mi familia. Los quiero.

A mi tutora de tesis Dra Nilce Salgar por apoyarme desde el inicio con este proyecto, por estar siempre pendiente para que todo saliera lo mejor posible. Dios la bendiga.

A la ULA y profesores por permitir formarme en tan prestigiosa Universidad y brindarme de la mejor manera los conocimientos impartidos.

Y finalmente a todas esas personas que Dios las cruzó en mi camino para aportar un granito de arena para la realización de mis sueños y metas.

A todos mil gracias

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	6
ANTECEDENTES	7
MARCO TEÓRICO	10
DISEÑO DEL ESTUDIO	21
SISTEMA DE VARIABLES	25
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS Y RESULTADOS	28
DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS CONSULTADAS	51
ANEXOS	
1. Formulario de Encuestas	62-63

INDICE DE TABLAS

Nº	Título de la Tabla	pp.
1.	Distribución de los encuestados según ocupación.	30
2.	Distribución de los encuestados según centro asistencial donde labora.	31
3.	Años de experiencia según ocupación de los trabajadores de salud.	31
4.	Formación en Puericultura y ocupación de los trabajadores	32
5.	Consulta de niño sano según institución donde labora el personal encuestado.	33
6.	Número de pacientes atendidos en la consulta periódica de niño sano según centro asistencial	34
7.	Nivel de conocimientos sobre aspectos que debe incluir la consulta de niño sano, el esquema de inmunizaciones, las contraindicaciones absolutas de la vacunación, lactancia materna y contraindicaciones de la lactancia materna	35
8.	Proporción de individuos que respondió correctamente las preguntas sobre otros aspectos que debe incluir la consulta de niño sano	36

9.	Frecuencia de conocimientos adecuados sobre los aspectos evaluados según la ocupación del personal encuestado	37
10.	Proporción de individuos, según ocupación, que respondió correctamente las preguntas sobre otros aspectos generales que debe incluir el control del niño sano.	38
11.	Proporción de personas con nivel adecuado de conocimientos sobre los aspectos evaluados según la existencia de consulta de niño sano en el centro asistencial donde labora	39
12.	Proporción de sujetos que respondieron correctamente las preguntas de los ítems evaluados según la existencia de consulta de niño sano en el centro donde labora	40
13.	Proporción de personas con nivel adecuado de conocimientos sobre los aspectos evaluados según la formación en Puericultura	41
14.	Proporción de sujetos que respondieron correctamente las preguntas de los ítems evaluados según la formación en Puericultura	42

RESUMEN

El control del niño sano abarca actividades de promoción de la salud paralelas a la evaluación integral del niño a fin de detectar afecciones somáticas, psicomotrices, de la sociabilidad y el aprendizaje.

Objetivo: Determinar los conocimientos de los trabajadores de salud sobre la consulta de seguimiento de niños sanos en centros asistenciales públicos de la ciudad de Mérida.

Diseño: Estudio transversal y analítico, basado en la aplicación de una encuesta anónima.

Resultado: Fueron encuestados 198 trabajadores, de los cuales el 51% era personal de enfermería. El porcentaje de encuestados con conocimientos adecuados acerca de diversos aspectos del control de niño sano fue simétricamente bajo (inferior al 30%). La existencia de consulta de seguimiento del niño sano en la institución donde labora el encuestado se asoció con mejores conocimientos respecto al esquema de vacunación y sus contraindicaciones absolutas, pero no influyó en el nivel de conocimientos de otros aspectos imprescindibles en la evaluación y seguimiento del niño sano.

Conclusiones: La formación en atención primaria del niño sano fue muy deficiente en la muestra de trabajadores de la salud analizada. Es prioritaria la implementación de programas curriculares en pre y postgrado, así como de actualización continua con equipos interdisciplinarios con miras a corregir el déficit en la formación del personal de salud en cuanto a la consulta de seguimiento del

niño sano, además de resaltar la promoción de la salud y sensibilidad social mediante recursos académicos y de investigación.

Palabras claves: Atención primaria, niño sano, inmunizaciones, lactancia materna, contraindicaciones.

www.bdigital.ula.ve

ABSTRACT

The control of the healthy child includes health promotion activities parallel to the comprehensive evaluation of the child, in order to detect somatic, psychomotor, social and learning conditions.

Objective: To determine the knowledge of health workers about the follow-up consultation of healthy children in public assistance centers in the city of Mérida.

Design: Cross-sectional and analytical study, based on the application of an anonymous survey.

Result: 198 workers were surveyed, of which 51% were nursing staff. The percentage of respondents with adequate knowledge about various aspects of healthy child control was symmetrically low (less than 30%). The existence of a follow-up consultation of healthy child in the institution where the respondent works was associated with better knowledge, regarding the vaccination scheme and its absolute contraindications, but did not influence the level of knowledge of other essential aspects in the evaluation and monitoring of the healthy child.

Conclusions: The training in primary care of the healthy child was very poor in the sample of health workers analyzed. It is a priority the implementation of curricular programs in undergraduate and postgraduate, as well as continuous updating with interdisciplinary teams, with a view to correcting the deficit in the training of health personnel, regarding the follow-up consultation of the healthy child, in addition to

highlighting the promotion of health and social sensitivity through academic and research resources.

Keywords: Primary care, healthy child, immunizations, breastfeeding, contraindicat

www.bdigital.ula.ve

INTRODUCCIÓN

Según la organización mundial de la salud (OMS) para el 2016, ocurrieron alrededor de 15.000 muertes por día de niños menores de cinco años de edad ¹. En los países de bajos ingresos predominaron como causas de muerte las enfermedades del grupo I, que abarca las enfermedades transmisibles y las afecciones maternas, perinatales y nutricionales. Sin embargo, en los países de ingresos altos estas enfermedades causan el 7% de las defunciones ².

En la publicación de UNICEF, “Estado mundial de la infancia 2016”, se reportan las estadísticas hasta el 2015, donde para Venezuela se observa una disminución de la tasa de mortalidad en menores de cinco años de edad, desde 30 a 15 niños por 1000 nacidos vivos; simultáneamente reportan una disminución en la tasa media de reducción anual de la mortalidad desde 3,7 entre 1970 a 1990 a 2,7 entre 1990 y el 2015 ³. El grupo *Global Health Metrics*, reporta que en Venezuela murieron 9600 niños en 2016, con una reducción media de la mortalidad de -1,5% entre el año 2000 y el 2016, cuando el promedio de reducción para Latinoamérica y el Caribe fue de -3,6 (-5 a -2,1) ⁴.

Dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS), la salud ocupa un lugar fundamental; en el ODS 3 «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades», destacan las siguientes

metas: Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad en menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos. Además poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas, la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular el acceso a servicios de salud de calidad, así como también a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos ⁵.

Para disminuir la morbi-mortalidad infantil, la estrategia principal es el cuidado de la infancia, con el fin de favorecer el óptimo desarrollo del menor en todos sus aspectos: físicos, psíquicos y sociales ⁶, el sitio idóneo para realizar las acciones encaminadas al cuidado y seguimiento del crecimiento y el desarrollo del niño son las clínicas de atención primaria, donde paralelo a la atención de padecimientos agudos frecuentes o a las acciones preventivas en el niño sano, puede hacerse la vigilancia de estos aspectos ⁷.

El conocimiento y práctica de las normas dirigidas al cuidado del niño, para proteger la salud y promover un crecimiento y desarrollo acordes con las capacidades y potencialidades genéticas del niño y el adolescente, constituye el campo de la puericultura. Además de la protección de la salud, en la consulta de

puericultura se deben identificar y tratar precozmente las enfermedades frecuentes en el niño, prevenir problemas futuros, así como orientar a los padres en el cuidado y atención de sus hijos y posteriormente asesorarlos en su autocuidado ⁶.

En cada control de rutina del niño sano es importante realizar una buena entrevista que informe acerca de todo lo acontecido entre uno y otro control, se consideran las inquietudes de los padres como parte central de la atención, tomando en cuenta los factores de riesgo familiares y personales. Debe realizarse una correcta evaluación del crecimiento y desarrollo psicomotor y las actividades cognitivas del niño, además de un examen físico completo. Concomitantemente deben hacerse además intervenciones de suma importancia como la estimulación de la lactancia materna, asesoría en el inicio y seguimiento de la alimentación complementaria y la aplicación de vacunas de acuerdo al esquema vigente ^{6,8}.

De igual manera, resulta importante conocer el entorno medioambiental, sociocultural y afectivo en el niño crece y se desarrolla, además de la inclusión de orientaciones anticipadas específicas para los diferentes grupos de edad, destinadas a brindar información tanto a los padres como a los propios niños y adolescentes, acerca de eventos normales en el proceso de maduración. La consulta pediátrica en el área preventiva y de la puericultura debe proporcionar a los padres y cuidadores de los niños, la atención especializada que les permita aprender a anticiparse a los eventos que se van desarrollando a lo largo de la etapa infanto-juvenil ^{6,8}.

No se encontraron datos en la literatura revisada acerca del estado de la consulta de niño sanos en la ciudad de Mérida; sin embargo en un trabajo especial de grado del 2018, Rodríguez C⁹; evaluó el cumplimiento de la atención primaria de salud en la población pediátrica de 0 a 15 años de edad que acudió al Servicio de Emergencia del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, reportando que el 61,8% de los niños no recibía control médico periódico; además en los niños que asistían a consulta de seguimiento este era deficiente en cuanto a la evaluación y seguimiento del crecimiento y el desarrollo en 69% de los casos; el 76,4% de los niños no tenían todas las inmunizaciones recomendadas por el programa ampliado de inmunizaciones.

www.bdigital.ula.ve

Los resultados de Rodríguez C⁹, reflejan debilitamiento de la atención primaria en salud en la ciudad de Mérida y generaron las siguientes interrogantes: Cuáles son las razones que explican la falta de consulta de seguimiento de los niños merideños?, por qué no están siendo vacunados rutinariamente?, podemos responsabilizar exclusivamente a la madre por la falta control de la salud de sus hijos?, el personal de salud está lo suficientemente preparado para educar a la madre en cuanto a la importancia del control del niño sano?.

Partiendo de la hipótesis que el personal de salud está enfocado en la atención de la enfermedad más que en la promoción de la salud del niño, se diseñó el presente estudio, con el propósito de determinar los conocimientos sobre los aspectos relevantes que debe incluir la consulta del niño sano en los trabajadores de salud que prestan sus servicios en las instituciones públicas en el área de pediatría y puericultura. La metodología se basa en la aplicación de una encuesta que explora los conocimientos sobre áreas como lactancia materna, vacunación, crecimiento y desarrollo del niño y periodicidad de los controles del niño sano.

www.bdigital.ula.ve

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los conocimientos de los trabajadores de la salud sobre la consulta de seguimiento de niños sanos en centros asistenciales públicos de la ciudad de Mérida, Venezuela.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir las características demográficas y académicas de los trabajadores de la salud encuestados.
2. Clasificar la población de trabajadores de la salud respecto a la existencia de consulta de control del niño sano en la institución donde labora (SI/NO).
3. Determinar el conocimiento de los trabajadores de la salud sobre: lactancia materna, esquema de vacunación, crecimiento, desarrollo psicomotor, accidentes en el hogar y periodicidad de los controles.
4. Explorar la asociación entre existencia de consulta de control de niño sano en la institución donde labora el encuestado con la adecuación de los conocimientos respecto a las áreas incluidas en la encuesta.

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Medel L, *et al*¹⁰; realizaron un trabajo denominado “conocimientos sobre lactancia materna en los profesionales de salud familiar Municipales de Maipú, Chile”, el objetivo fue evaluar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna en los profesionales que participan en el control de salud del niño, en los centros de salud familiar de las comunas de Maipú (matronas, médicos, enfermeros, nutricionistas) y determinar si existe asociación de conocimientos entre la profesión y el estado de capacitación en lactancia materna en el momento de la encuesta. Es un estudio transversal y analítico, la población estuvo conformada por profesionales de salud que son parte del control del niño sano. Aplicaron una encuesta basada en los diez pasos para una lactancia materna exitosa; de 78 participantes, el 42,2% logró un concepto de calificación “regular”, sólo el 3,8% obtuvo el concepto “malo” y más del 50% de los profesionales obtuvieron calificación “bueno” y “muy bueno”. Los profesionales que obtuvieron mejor calificación por sus conocimientos en lactancia materna fueron los nutricionistas con 50% de “muy bueno”, seguido por enfermeras(os) y matronas(es) con 39% y 35% respectivamente. Por otra parte, el 65,4% de los médicos obtuvo calificación “regular” y sólo un 7,7% “muy bueno”. Del total de los profesionales, sólo el 33% contaba con capacitación en lactancia materna y 6,4% recibió capacitación en este tema durante el último año, destacando que el 34,6% y 42,3% de aquellos que obtuvieron conceptos “bueno” y “muy bueno” corresponden a profesionales

capacitados. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento en lactancia materna y la profesión ($p=0,019$) y con la presencia de capacitación ($p=0,033$). Como conclusión los profesionales de salud presentan distintos niveles de conocimientos en lactancia materna. Las capacitaciones en esta temática incrementan significativamente los conocimientos, lo que podría mejorar la prevalencia en lactancia materna.

López C ¹¹; realizó un trabajo cuyo objetivo fue determinar el conocimiento y actitud de los residentes de pediatría de Panamá. Estudio de corte transversal, donde se utilizó un instrumento de recolección de datos anónimo que recogió datos demográficos, conocimientos y actitudes sobre recomendaciones internacionales para la inmunización de niños y adolescentes. El conocimiento se midió como el porcentaje de respuestas correctas a 50 preguntas de selección múltiple y las actitudes en una escala Likert. Encontraron que cada dominio del conocimiento fue inferior al 50%. El 71,8% manifestó que las formas de obtener experiencia en la materia deben ser dentro del programa de residencia y el restante 28,2% a través del estudio independiente. Concluyen que los residentes en el programa panameño de residencia pediátrica carecen de un conocimiento adecuado sobre las prácticas de inmunizaciones recomendadas.

MARCO TEÓRICO

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, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud¹³.

El control y seguimiento del niño sano incluye todas las actividades destinadas a la prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades, además del acompañamiento y educación al niño y su familia, con el propósito de lograr un adecuado desarrollo y crecimiento. El médico que atiende a niños debe tener capacidad especial de escucha, aptitudes, y actitudes muy singulares para poder interpretar la información del niño y de sus padres o tutores, y de esta manera hacer una buena orientación teniendo en cuenta que muchas características del niño son reflejo de las situaciones que viven en el entorno. De acuerdo a sus conocimientos y normativas de atención el especialista evalúa en forma general en la consulta de niño sano: peso, talla y perímetro cefálico según edad del paciente llevándolo a las tablas internacionales. También se incluyen otras evaluaciones como lo son: alimentación, hábitos, neurodesarrollo, esquema de vacunación y actividad física. Es por ello que se acota que para la realización de dicha consulta

se necesita insumos, recursos y equipamiento básico adecuado, como: básculas, balanzas, tallímetro e infantómetro y para la realización del examen físico: estetoscopio, equipo de ORL, sonajeros, etc. Y de insumos: baja lenguas, guantes, entre otros¹⁴.

IMPORTANCIA DEL CONTROL ANTROPOMÉTRICO:

Según lo descrito por la UNICEF, se debe identificar de forma precozmente niños que pudieran tener anomalías en el crecimiento para así brindarle seguimiento, atención y tratamiento precoz. Sin embargo, aunque se considera una técnica sencilla, económica y de fácil aplicación en la práctica, la exactitud y precisión de estas mediciones no son del todo satisfactorias, pues se piensa que son extremadamente fáciles de realizar y por lo tanto se pone poco cuidado y atención al pesar o medir¹⁵.

Por lo tanto la OMS desarrolla las curvas de crecimiento, que se transforman en una nueva referencia fundamental para conocer cómo deben crecer los niños y niñas (con lactancia materna) desde el primer año hasta los seis años de vida. A partir de una investigación realizada en seis países del mundo, pudieron establecerse patrones comunes que sirven para detectar rápidamente y prevenir problemas graves en el crecimiento (desnutrición, sobrepeso y obesidad) de los niños y niñas¹².

Los índices básicos para la evaluación del crecimiento son

- Peso para la edad (P/E):
- Talla para la edad (T/E):
- Peso para la talla (P/T):
- Índice de masa corporal para la edad (IMC/E) ¹⁵.

IMPORTANCIA DE LA ADECUADA ALIMENTACIÓN:

Lactancia materna: La OMS afirma que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil por enfermedades como diarreas o neumonías y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Por lo que recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años ¹⁶.

Contraindicaciones de la lactancia materna: En numerosas ocasiones la lactancia materna se interrumpe por motivos no justificados. En la práctica son muy pocas por lo que se incluyen: niños con galactosemia, malabsorción congénita de glucosa-galactosa y la deficiencia primaria de lactasa, la infección materna por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), los hijos las madres que estén infectadas por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV tipo 1 ó 2) ¹⁷.

Alimentación complementaria: Se considera alimentación complementaria, al aporte de cualquier alimento líquido, semilíquido o sólido distinto de la leche materna o de la fórmula adaptada, que se inicia gradualmente entre los 5 y 6 meses por razones principalmente nutricionales y se completa alrededor del primer año de vida. Por lo tanto la necesidad de iniciar una alimentación complementaria obedece a una serie de factores funcionales, nutricionales, educacionales y socioeconómicos¹⁸.

El Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría (AAP) ha definido tres etapas o períodos evolutivos en el proceso de la alimentación:

- Período de lactancia, que abarca los primeros 4-6 meses de vida, en los que la alimentación es exclusivamente a base de leche, preferentemente lactancia materna y, en su defecto fórmula adaptada
- Período transicional, desde los 4-6 meses hasta los 12 meses, durante el cual se puede iniciar la introducción de alimentos diferentes de la leche.
- Período de adulto modificado, que se extiende del primer al segundo año de vida, y en el que la alimentación del niño va adquiriendo progresivamente las características de la dieta libre del resto de la familia¹⁸.

DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO:

El personal de salud debe estar atento con las funciones, adaptaciones, habilidades, destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y de socialización del niño. Por lo que en la primera consulta debe identificar factores de riesgo como movimiento grueso, movimiento fino y lenguaje. Observando así el desarrollo personal y social del niño, por lo que la forma más común de evaluar el neurodesarrollo es por medio de la escala o test de Denver, prueba que fue diseñada para evaluar el desarrollo en menores de 6 años¹⁴.

EVALUACIONES DE HÁBITOS:

En el hogar, el maternal, el preescolar y la comunidad ofrecen una gama de estímulos generadores de experiencias, que brinda a los niños y las niñas la oportunidad de intercambiar experiencias, y así formar hábitos. Costumbres: alimentación, práctica de higiene bucal e higiene personal. Actitudes: cuando el niño desea llevar a cabo sus actividades, se evalúa mediante el juego, escuela y las tareas. Comportamiento: determinando las dificultades relacionadas con la alimentación y el control de esfínteres, la oposición para seguir las normas y los miedos excesivos¹⁹.

La promoción, formación y consolidación de los hábitos alimentarios y estilos de vida saludables de forma sistemática contribuye a:

- Prevenir desde las primeras etapas de la vida la aparición de trastornos y enfermedades vinculadas con la alimentación y nutrición, que se pueden manifestar a corto plazo y posteriormente en la edad escolar, adolescencia y hasta en la edad adulta.
- Lograr que los conocimientos en materia de salud, nutrición y estilos de vida saludables que sean adaptados al nivel de aprendizaje de los niños, las niñas, docentes y adultos significativos, para su aplicación en la rutina escolar, familiar y en la comunidad.
- Formar rutinas que favorezcan una relación alimentaria sana y estimulen actitudes positivas de los niños y las niñas hacia una alimentación saludable¹⁹.

IMPORTANCIA DE LAS INMUNIZACIONES:

En 1974, la Asamblea Mundial de la Salud convocó a los países del mundo a establecer el Programa Ampliado de Inmunización (PAI)²⁰. Es indiscutible que no hay intervención sanitaria preventiva más costoefectiva que la inmunización ya que previene enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles. Por lo que el programa ampliado de inmunización no es más que una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar y lograr coberturas universales de vacunación con el fin de

disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas²⁰.

Son contraindicaciones absolutas para la colocación de la vacuna: reacción anafiláctica a una dosis previa de la vacuna, encefalopatía ocurrida 7 días después de una dosis de la vacuna de células completas de pertussis y que no tenga otra causa que la explique, además de las inmunodeficiencias graves²⁰.

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA:

La práctica de actividad física desempeña un papel fundamental en el desarrollo y la salud del niño, así como en la lucha contra la obesidad infantil. Por ello dicha evaluación se toma en cuenta en la edad puberal ya que la masa muscular tiene períodos de crecimiento rápido en esta etapa de la vida por lo que su completo desarrollo es necesario además de la maduración total del sistema nervioso central y del sistema musculoesqueléticos. Se observa por lo tanto al tiempo que se le dedica a la actividad física, variabilidad de juegos y orientación hacia la disminución de la vida sedentaria, y se toman en cuenta también lo que son los factores de riesgo como padres obesos y ambientes obesogénicos (alimentos disponibles con alta carga calórica, sedentarismo, madre con jornadas largas de trabajo y exceso de tecnología en casa²¹.)

DETECCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS:

Es importante la detección en el personal de salud en el área de pediatría con respecto a enfermedades crónicas relacionadas con: obesidad, hipertensión arterial, malformaciones urinarias y las dislipidemias. Por lo que es de suma importancia acotar que las formas de prevención de dichas patologías son: la atención médica habitual con el fin de aumentar las posibilidades de que una enfermedad crónica se diagnostique y se trate de forma precoz, disminuyendo así el impacto general en el niño y en la familia, asegurar la adecuada nutrición, promover hábitos saludables de alimentación desde edades tempranas y permitir el diagnóstico precoz de los retrasos del desarrollo²².

www.bdigital.ula.ve

Entre las enfermedades crónicas más comunes en la edad pediátrica se encuentran: asma, fibrosis quística, diabetes, obesidad, sobre peso, desnutrición, discapacidades en el desarrollo y parálisis cerebrales²².

Por lo tanto es importante acotar que las enfermedades cardiometabólicas ocupan el primer lugar en morbilidad en todo el mundo, como enfermedades crónicas no transmisibles. La detección de los factores de riesgo para el desarrollo de estas enfermedades representa la herramienta fundamental del clínico para evitar la morbilidad de la población por enfermedad cardiometabólica²³.

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL:

La HTA es un importante factor de riesgo que por lo general si se combinan con otros factores tienden a aumentar la morbi-mortalidad. Es importante señalar que la toma de la tensión arterial en niños debe hacerse de forma periódica a partir de los 3 y 10 años de vida. A los 3 años de edad se comienza la internalización de los hábitos de alimentación, se ha completado el proceso de canalización del crecimiento, previo a la aparición del rebote adiposo, el cual ocurre de manera fisiológica alrededor de los 5 años, este es un predictor muy importante de persistencia de la obesidad en etapas posteriores de la vida. Estudios epidemiológicos han demostrado que a partir de los 3 años se inicia un incremento del consumo de alimentos no saludables e industrializados, azúcares refinados, bebidas no nutritivas, alimentos de alta densidad calórica; probablemente condicionado al aumento del consumo de alimentos fuera del hogar e independencia del niño en la selección de los mismos. A los 10 años a esta edad se considera al niño o niña como adolescente, existe una disminución de la asistencia a la consulta pediátrica regular de control por lo cual es importante descartar el riesgo para enfermedad cardiovascular antes de presentar sintomatología. La población venezolana se caracteriza por ser de maduración temprana en cuanto al brote puberal en talla y peso, inicio de pubertad en niños y niñas y edad de la menarquía. Es una edad clave para la aparición y persistencia de la obesidad y su relación con la aparición de la ECM del adulto, así como la determinación de las cifras tensionales y lipídicas²³.

EVALUACIÓN DE LA MADURACIÓN SEXUAL:

La pubertad es el período final del crecimiento y maduración del niño en el que se alcanza la talla final y la madurez psicosocial y reproductiva. Se inicia en el sistema nervioso central por factores neuroendocrinos que activan el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal y sus mecanismos reguladores. Estos factores actúan bajo control genético e influencia ambiental²⁴.

Es por ello que el personal de salud debe estar atento al desarrollo adecuado tomando en cuenta los caracteres sexuales secundarios y órganos genitales acorde a la edad, sabiendo que la pubertad precoz inicia antes de los 9 años y la tardía posterior a los 14 años. Sin duda alguna la escala que siempre debe tenerse presente son los estadios de Tanner, ya que dicha escala describe los cambios físicos que se observan en genitales, pecho y vello púbico, a lo largo de la pubertad en ambos sexos. Esta escala, que está aceptada internacionalmente, clasifica y divide los continuos cambios puberales en 5 etapas sucesivas que van del niño al adulto según el sexo²⁴.

PREVENCIÓN DE LESIONES Y VIOLENCIAS:

El niño es una persona en continua evolución durante todo el proceso de crecimiento. Además de los cambios corporales, el niño va adquiriendo habilidades, desarrollando destrezas y modificando su forma de pensar y de

entender el mundo. El conocimiento de las características del comportamiento de los niños en cada edad o etapa evolutiva, nos permitirá ajustar mejor nuestras expectativas sobre su comportamiento, saber qué podemos esperar de ellos y adoptar las medidas preventivas adecuadas para evitar que se produzcan lesiones²². La prevención se realiza según la etapa de desarrollo por la que está pasando el niño, nivel de instrucción de los miembros de la familia, tipo de trabajo en los padres, características de la vivienda y nivel socioeconómico. Los accidentes más frecuentes en el hogar son: caídas, quemaduras, intoxicaciones, heridas y asfixia²⁵.

www.bdigital.ula.ve

DISEÑO DEL ESTUDIO Y METODOLOGÍA:

DISEÑO DEL ESTUDIO:

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio transversal, descriptivo y analítico, diseñado para determinar la influencia de la formación y práctica frecuente de la consulta de niños sanos, sobre la adquisición y permanencia de conocimientos y destrezas en diferentes aspectos que forman parte del adecuado seguimiento del crecimiento y maduración del niño sano.

PERÍODO DE ESTUDIO:

La recolección de la muestra se realizó en un período de cuatro meses (marzo a junio del 2019).

LUGAR:

El estudio se realizó en las áreas de consulta de pediatría y sala de emergencias pediátricas de los tres hospitales principales de la ciudad de Mérida (IAHULA, IVSS y Hospital Sor Juana Inés de las Cruz), y en cinco ambulatorios urbanos de la ciudad (El Llano, Belén, Venezuela, Mara y Los Curos).

POBLACIÓN DEL ESTUDIO:

Trabajadores de la salud (médicos, personal de enfermería y estudiantes de medicina y enfermería) que laboran en las salas de pediatría de las instituciones descritas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Personal que se niegue a llenar la encuesta.

RECOLECCION DE LA MUESTRA:

Fue realizada mediante visitas repetidas a las salas de atención de niños en las diferentes instituciones públicas de la ciudad incluidas, con el fin de abarcar los diferentes turnos de guardia en cada centro asistencial. A cada médico o personal de salud que labora en el área de pediatría, se le solicitó la participación en el estudio mediante el llenado de una encuesta anónima, en caso de aceptar, le fue administrado el cuestionario y el trabajador fue incluido en el estudio.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INTERPRETACIÓN DE LAS RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO:

La encuesta diseñada para este estudio permite recoger información sobre los conocimientos y prácticas personales respecto a diferentes aspectos de la consulta de seguimiento de pacientes pediátricos. No se encontró en la literatura

revisada, algún instrumento útil para recoger la información requerida. El cuestionario fue validado por tres especialistas en pediatría, luego de un estudio piloto realizado con 30 residentes y tres especialistas del postgrado de puericultura y pediatría de la Universidad de Los Andes (Anexo 1).

El cuestionario consta de tres partes:

- Primera parte: Contiene los datos demográficos del encuestado: género, profesión (médico, enfermera (o), estudiante), lugar donde labora y años de servicio.
- Segunda parte: Investiga la inclusión de un programa de puericultura durante los estudios formales del encuestado y la existencia de consulta de control del niño sano en la institución donde labora, además de la frecuencia con que se realiza dicha consulta en la institución y número de pacientes promedio por día de consulta.
- Tercera parte: Contiene seis bloques de preguntas cerradas (Verdadero y falso, o marcar con una X) respecto a algunos aspectos que debe incluir el control del niño sano, como son:

1. Actividades generales que debe cubrir el control del niño sano:

Consta de nueve preguntas de verdadero y falso; todas las respuestas deben ser correctas para concluir conocimiento adecuado.

1. De acuerdo a su experiencia, el control del niño sano debe incluir los siguientes aspectos:	V	F
Vigilar el cumplimiento del esquema de vacunación	V	
Exploración exhaustiva (clínica y laboratorio) en el niño con Síndrome febril prolongado		F
Referir a la especialidad pertinente en caso de encontrar signos de enfermedad crónica en el niño	V	
Comparar el peso y la talla del niño con las curvas de OMS o FUNDACREDESA	V	
Evaluar y comparar el Desarrollo Psicomotor del niño con los esquemas internacionales (Ejm: Denver)	V	
Interrogar sobre la alimentación que recibe el niño, tipo y cantidad de alimentos	V	
Conocer sobre las condiciones de la vivienda, N° de personas que habitan, salubridad, tenencia de la vivienda	V	
Explicar a la madre la importancia de la lactancia materna y corregir las debilidades en este aspecto	V	
Actualizar la medicación para patologías específicas como convulsiones o diabetes de acuerdo al crecimiento del niño		F

2. Esquema de vacunación desde la edad de recién nacido hasta los cinco

años:

www.bdigital.ula.ve
 Marcar con una X el momento de aplicación de las diferentes vacunas;

todas las respuestas deben ser correctas para concluir conocimiento

adecuado.

VACUNA	Recién nacido	2 m	4 m	6 m	12 m	18 m	5 años
BCG	x						
Hepatitis B	x						
Pentavalente		x	x	x		x	x
Anti-Neumoc.		x	x	x		x	
Rotavirus		x	x				
Triple viral					x		x
Anti-influenza					x		
Anti-amarílica					x		

3. Contraindicaciones absolutas para la colocación de vacunas:

Seleccionar dentro de cuatro alternativas, cuál o cuáles son las correctas.

Para considerar conocimiento adecuado debe marcar las dos alternativas correctas.

Marque con una X, cuál o cuáles de las siguientes, son contraindicaciones absolutas para la colocación de vacunas	Niño que convulsiona por fiebre o epilepsia	Presencia de fiebre en el momento de la vacuna	Presencia de tos y rinorrea en el momento de la vacuna	Reacción anafiláctica a una dosis previa de la vacuna
		X		X

4. Lactancia materna:

Consta de nueve preguntas de verdadero y falso; todas las respuestas deben ser correctas para concluir conocimiento adecuado.

Marque como V o F las siguientes aseveraciones respecto a la lactancia materna	V	F
La leche baja al tercer día de nacido por lo que el niño debe ser alimentado con fórmula esos primeros días		F
El primer mes de vida no hay un horario estricto para dar lactancia.	V	
Desde el nacimiento el horario recomendado para la lactancia es 10 min en cada pecho y cada 3 horas		F
La lactancia materna debe ser exclusiva hasta los 6 meses de vida del niño	V	
Después de los dos años de vida, la madre tiene que discontinuar la lactancia materna		F
Cuando el niño de 1 mes de edad no quiere soltar el pecho después de 15 min es porque tiene hambre y requiere complementar con fórmula		F
El bebé menor de seis meses requiere lactancia materna 1 a 3 veces por noche	V	
La madre no debe acostarse para dar lactancia materna porque puede ahogar al niño		F
El niño debe incorporarse a la dieta familiar a los nueve meses de edad		F

5. Contraindicaciones para la lactancia materna:

Con nueve aseveraciones que el encuestado debe marcar como verdadero o falso; todas deben ser correctas para concluir conocimiento adecuado.

Son contraindicaciones para alimentar al niño con lactancia materna	V	F
La madre con mastitis		F
La madre con fiebre de cualquier etiología		F
La madre bajo efectos de cualquier tóxico	V	
La madre HIV positivo	V	
La madre que recibe antibióticos		F
La madre que tiene neumonía		F
Cuando el niño tiene fiebre		F
Cuando el niño tiene diarrea		F
Cuando el niño sufre de cólicos		F

www.bdigital.ula.ve

6. Otros aspectos importantes del control de niño sano:

Incluye siete preguntas de selección múltiple, respecto a otros aspectos generales que deben incluirse en el control del niño sano. Cada pregunta con cuatro alternativas, solo una correcta. Se consideró el conocimiento adecuado para cada uno de los siguientes aspectos:

6.1. Periodicidad de los controles: Dos preguntas, las dos correctas para considerar adecuado.

6.2. Crecimiento normal del niño: Dos preguntas, las dos correctas para considerar adecuado.

6.3. Desarrollo psicomotor del niño: Dos preguntas, las dos correctas para considerar adecuado.

6.4. Accidentes en el hogar: Una pregunta, la respuesta correcta clasifica como conocimiento adecuado.

PREGUNTA	Marque la alternativa correcta con una equis			
En qué momento corresponde la primera consulta del recién nacido:	2do día	7 días X	15 días	30 días
En los primeros seis meses de vida, el niño debe ser controlado cada:	15 días	1 mes X	2 meses	3 meses
El diagnóstico de desnutrición en los niños < 2 años, es:	Peso <p10	Talla <p10	Peso <p3 X	Peso para la talla <p3
El diagnóstico de obesidad se hace cuando:	Peso > p50	Peso >p75	Peso para la talla >p75	Peso >p95 X
El niño es capaz de rolar (darse vuelta en la cama), a la edad de:	1 meses	4 meses X	6 meses	8 meses
El niño debe dar sus primeros pasos sin ayuda, a la edad de:	9 meses	12 meses X	14 meses	Entre los 12 y 18 meses
Cuál es el accidente más frecuente en el bebé que gatea	Ingestión de tóxicos X	Caídas por escaleras	Caídas desde la cama	Electrocución

SISTEMA DE VARIABLES:

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Recibió educación formal sobre puericultura dentro del programa de la carrera (SI/NO)
- Existe consulta de control de niño sano en la institución donde labora (SI/NO)

VARIABLES DEPENDIENTES:

Nivel de conocimientos sobre diferentes aspectos que contempla la consulta de seguimiento del niño sano:

1. Actividades generales que debe cubrir el control del niño sano:
2. Esquema de vacunación
3. Contraindicaciones absolutas para la colocación de vacunas
4. Lactancia materna
5. Contraindicaciones para la lactancia materna
6. Aspectos generales del control del niño sano:
 - 6.1 . Periodicidad de los controles
 - 6.2 . Crecimiento corporal
 - 6.3 . Desarrollo psicomotor
 - 6.4 . Accidentes en el hogar

VARIABLES INTERVINIENTES:

1. Del entrevistado:
 - a. Género.
 - b. Profesión (médico, licenciado o auxiliar de enfermería, estudiante de medicina o enfermería)
 - c. Experiencia laboral en años.

2. De la consulta niño sano:
 - a. N° de consultas a la semana
 - b. Promedio de pacientes por día de consulta

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

La información obtenida de la encuesta, se recolectó en una base de datos elaborada con el paquete estadístico SPSS versión 20.

Variables cualitativas

Los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencias (tablas de contingencia dos por dos) en número y porcentajes. La valoración inferencial de los resultados se realizó con la prueba chi-cuadrado o test exacto de Fisher según el caso.

Variables cuantitativas

Las variables cuantitativas (Ejm: años de experiencia laboral) se muestran en medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizaron las pruebas inferenciales de comparación de medias tipo ANOVA, si dichas variables seguían una distribución normal; de lo contrario se utilizaron pruebas no paramétricas (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis). En todos los casos se utilizó como elemento crítico de significancia un 5% ($p < 0,05$).

www.bdigital.ula.ve

RESULTADOS

Características de los trabajadores encuestados y de los centros donde laboran en lo que respecta a la consulta de niño sano.

Fueron encuestados 198 trabajadores de salud, predominaron mujeres (88,4%) y profesionales de la enfermería, tabla 1.

Tabla 1. Distribución de los encuestados según ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Lic. Enfermería	101	51,0
Estudiante de Medicina	35	17,7
Médico residente	33	16,7
Especialista	25	12,6
Estudiante de Enfermería	4	2,0
Total	198	100,0

La mayoría de los trabajadores labora en el “Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes” (n = 84; 42,4%), los demás reportaron laborar en el hospital “Dr Tulio Carnevalli Savatierra” del IVSS (17,7%), el hospital “Sor Juana Inés de la Cruz” (17,2%) y el resto en ambulatorios urbanos (22,7%).

Tabla 2. Distribución de los encuestados según centro asistencial donde labora.

Institución donde labora	Nº	Porcentaje
IAHULA ^a	84	42,4
IVSS ^b	35	17,7
SJILC ^c	34	17,2
Ambulatorios urbanos	45	22,7
Total	198	100

^a Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

^b Hospital “Dr Tulio Carnevalli Salvatierra” del IVSS

^c Hospital “Sor Juana Inés de La Cruz”

En cuanto a la experiencia laboral, el promedio en años fue 8,2 (rango entre 1 y 36 años), el 50% tenía 6 o más años de experiencia y el 25% dos o menos años. El grupo con más años promedio de experiencia fue el de médicos especialistas, tabla 3

Tabla 3. Años de experiencia según ocupación de los trabajadores de salud.

Ocupación	Estadísticos (años de experiencia laboral)					Valor de p *
	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Rango	
Médico especialista	16,6	15	2	36	116,4	
Médico residente	3,5	3	1	8	30,0	< 0,001
Enfermería	10,6	10	1	32	87,3	

*Prueba Kruskal Wallis

El 84% de los encuestados indicó que en su programa de formación profesional estaban incluidos temas de la puericultura. La mayor proporción de personas que respondieron no haber recibido formación en puericultura fueron los profesionales de enfermería ($p < 0,001$). Tabla 4

Tabla 4. Formación en Puericultura y ocupación de los trabajadores

Ocupación	La Puericultura está incluida en el programa de formación		Total
	Sí	No	
Especialista	25 100,0%	0	25 100,0%
Residente	31 93,9%	2 6,1%	33 100,0%
Lic. Enfermería	74 73,3%	27 26,7%	101 100,0%
Estudiante de Medicina	34 97,1%	1 2,9%	35 100,0%
Estudiante de Enfermería	3 75,0%	1 25,0%	4 100,0%
Total	167 84,3%	31 15,7%	198 100,0%

$p < 0,001$ (Chi-cuadrado de Pearson)

El 57% del personal respondió que en su institución se realiza consulta de niño sano; de éstos, 94,7% indicaron que se cumplía todos los días hábiles de la semana, el 5,3% restante señaló que se hacía con una periodicidad menor o igual a dos veces por semana. Los centros asistenciales donde se reportó la existencia

de consulta de niño sano se indican en la tabla 5, en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes no se realiza este tipo de consulta.

Tabla 5. Consulta de niño sano según institución donde labora el personal encuestado.

En la institución donde labora existe consulta de control del niño sano	Centro asistencial donde se practicó la encuesta				Total
	IAHULA ^a	IVSS ^b	SJILC ^c	Ambulatorios	
Sí	0	34 97,1%	34 100,0%	45 100,0%	113 57,1%
No	84 100,0%	1 2,9%	0	0	85 42,9%
Total	84 100,0%	35 100,0%	34 100,0%	45 100,0%	198 100,0%

^a Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes

^b Hospital "Dr Tulio Carnevalli Savaterra" del IVSS

^c Hospital "Sor Juana Inés de La Cruz"

En los centros donde se realiza consulta de niño sano, el promedio diario de niños evaluados fue de 13,3 pacientes/día (mediana 12 casos); en los ambulatorios se reportó menor número promedio de niños atendidos que en los otros dos hospitales, tabla 6.

Tabla 6. Número de pacientes atendidos en la consulta periódica de niño sano según centro asistencial.

Centro asistencial	Media	Mediana	Rango	Valor de p*
IVSS ^a	14,3	15	30	
SJILC ^b	14,1	12	24	0,02
Ambulatorios	11,6	3	17	

^a Hospital “Dr Tulio Carnevalli Savatierra” del IVSS

^b Hospital “Sor Juana Inés de La Cruz

*Prueba Kruskal Wallis

Según el personal encuestado, la consulta de niño sano es realizada por pediatras (48,0%), médicos de familia (7,1%) y médicos generales (1,5%); 85 trabajadores (42,9%) no respondieron este ítem por ser el personal que trabaja en los centros donde no hay consulta de niño sano.

Conocimientos del personal sobre los aspectos generales del control del niño sano

La mayor parte del personal encuestado tiene un nivel deficiente de conocimientos sobre los aspectos que debe incluir la consulta de niño sano, el esquema de vacunación, las contraindicaciones absolutas de la vacunación y la lactancia materna, tabla 7.

Tabla 7. Nivel de conocimientos sobre aspectos que debe incluir la consulta de niño sano, el esquema de inmunizaciones, las contraindicaciones absolutas de la vacunación, lactancia materna y contraindicaciones de la lactancia materna.

Aspecto evaluado	Adecuado	Deficiente
	N (%)	N (%)
Actividades generales de la consulta de niño sano	39 (19,7)	159 (80,3)
Esquema de inmunizaciones	32 (16,7)	166 (83,8)
Contraindicaciones absolutas de la vacunación*	71 (35,9)	127 (64,1)
Lactancia materna	18 (9,1)	180 (90,1)
Contraindicaciones de la lactancia materna	71 (35,9)	127 (64,1)

* El 29,8% también reportó falsas contraindicaciones para la vacunación

www.bdigital.ula.ve

La proporción de individuos que respondieron correctamente las preguntas sobre: periodicidad de los controles de niño sano, crecimiento, desarrollo y tipo de accidente más frecuente en el niño que gatea, fue uniformemente baja y no llegó a superar el 50% en ninguno de estos aspectos evaluados, tabla 8.

Tabla 8. Proporción de individuos que respondió correctamente las preguntas sobre aspectos generales que debe incluir la consulta de niño sano.

Aspecto evaluado	N	%
Periodicidad de los controles	96	48,5
Crecimiento del niño sano	46	23,2
Desarrollo psicomotor normal	59	29,8
Tipo de accidente más frecuente en el niño que gatea	20	10,1

Asociación entre la ocupación del personal y el nivel de conocimientos.

El nivel de conocimientos de los distintos aspectos evaluados varió según la ocupación del personal encuestado. En el grupo de médicos especialistas hubo mayor número de personas que tenían un conocimiento adecuado sobre el esquema de vacunación y la lactancia materna, en tanto que en los profesionales de enfermería hubo más sujetos con nivel adecuado de conocimientos sobre las contraindicaciones de la vacunación. Los médicos residentes respondieron adecuadamente las preguntas sobre las contraindicaciones de la lactancia materna con más frecuencia que los otros grupos. Entre los estudiantes de medicina se observó mayor frecuencia de respuestas correctas sobre los aspectos que debe incluir la consulta de niño sano pero todos mostraron deficiente nivel sobre el esquema de vacunación; el grupo con menor conocimiento en la mayoría de los tópicos fue el de estudiantes de enfermería, tabla 9.

Tabla 9. Frecuencia de conocimientos adecuados sobre los aspectos evaluados según la ocupación del personal encuestado.

Ocupación	Ítem evaluado (proporción de sujetos con nivel adecuado de conocimientos)				
	1	2	3	4	5
Médico especialista	20,0	44,0*	36,0	44,0*	72,0*
Médico residente	39,4	9,1	27,3	12,1	84,8*
Profesional de enfermería	5,9*	17,8	42,6	2,0	14,9
Estudiante de medicina	42,9	0	22,9	2,9	28,6
Estudiante de enfermería	0*	0	50,0	0	0
Valor de p	< 0,001	< 0,001	0,20	<0,001	< 0,001

* Indica grupos que se diferenciaron estadísticamente de los demás.

1. Aspectos que debe incluir la consulta de niño sano
2. Esquema de inmunizaciones
3. Contraindicaciones absolutas de la vacunación
4. Lactancia materna
5. Contraindicaciones de la lactancia materna

La proporción de individuos que respondieron correctamente las preguntas sobre otros aspectos generales que debe incluir la consulta de niño sano, como son: periodicidad de los controles, crecimiento, desarrollo y tipo de accidente más frecuente en el niño que gatea, fue diferente según la ocupación del personal encuestado. Los estudiantes de medicina contestaron erradamente con más frecuencia el ítem sobre periodicidad del control, en tanto que los profesionales de enfermería erraron más en el ítem de crecimiento del niño sano y desarrollo psicomotor normal; los médicos especialistas respondieron correctamente con

más frecuencia que los otros grupos pero la diferencia fue significativa solo en el ítem sobre desarrollo psicomotor, tabla 10.

Tabla 10. Proporción de individuos, según ocupación, que respondió correctamente las preguntas sobre otros aspectos generales que debe incluir el control del niño sano.

Aspecto evaluado	ME ^a	MR ^b	ENF ^c	EM ^d	EE ^e	Valor de p
	Proporción de individuos que respondió correctamente las preguntas					
Periodicidad de los controles	80,0	57,6	46,5	20,0*	75,0	< 0,001
Crecimiento	48,0	33,3	13,9*	25,7	0*	0,002
Desarrollo psicomotor	64,0*	33,3	23,8	22,9	0*	0,001
Accidente más frecuente en el niño que gatea	20,0	12,1	8,9	5,7	0	0,381

*Grupo(s) que se diferencia estadísticamente de los demás

^aMédico especialista

^bMédico residente

^cProfesional de enfermería

^dEstudiante de medicina

^eEstudiante de enfermería

Asociación entre la existencia de consulta de niño sano en el centro asistencial y el nivel de conocimientos

En los centros donde no existe consulta de niño sano el personal tenía mejor nivel de conocimientos sobre las características de funcionamiento de dicha consulta, también sobre las contraindicaciones de la lactancia materna. Lo contrario ocurrió con los ítems relacionados con el esquema de inmunizaciones, tabla 11.

Tabla 11. Proporción de personas con nivel adecuado de conocimientos sobre los aspectos evaluados según la existencia de consulta de niño sano en el centro asistencial donde labora.

Ítem evaluado	Proporción (%) de personas con nivel adecuado de conocimientos		Valor de p
	Se realiza control de niño sano		
	Si	No	
Aspectos que debe incluir la consulta de niño sano	8,8	34,1	< 0,001
Esquema de inmunizaciones	24,8	4,7	< 0,001
Contraindicaciones absolutas de la vacunación	49,6	17,6	< 0,001
Lactancia materna	11,5	5,9	0,132
Contraindicaciones de la lactancia materna	24,8	50,6	< 0,001

En los centros donde se realiza consulta de niño sano fue más frecuente que el personal respondiera correctamente las preguntas sobre periodicidad de los controles, lo contrario ocurrió con las preguntas sobre el crecimiento normal del niño, tabla 12.

Tabla 12. Proporción de sujetos que respondieron correctamente las preguntas de los ítems evaluados según la existencia de consulta de niño sano en el centro donde labora

Aspecto evaluado	Proporción de sujetos que respondieron correctamente las preguntas		Valor de p
	Consulta de niño sano en el centro donde labora		
	Si	No	
Periodicidad de los controles de niño sano	57,5	36,5	0,003
Crecimiento del niño sano	17,7	30,2	0,026
Desarrollo psicomotor normal	26,5	34,1	0,160
Tipo de accidente más frecuente en el niño que gatea	12,4	7,1	0,218

www.bdigital.ula.ve

Asociación entre la formación en Puericultura y el nivel de conocimientos.

El único aspecto evaluado en el que influyó la formación en Puericultura fue en el ítem de las contraindicaciones de la lactancia materna; el personal con dicha formación tenía con más frecuencia un nivel adecuado de conocimientos de este aspecto (P=0,009). Tabla 13.

Tabla 13. Proporción de personas con nivel adecuado de conocimientos sobre los aspectos evaluados según la formación en Puericultura.

Ítem evaluado	Proporción de personas con nivel adecuado de conocimientos		Valor de p
	Formación en Puericultura		
	Si	No	
Actividades generales de la consulta de niño sano	21,0	12,9	0,219
Esquema de inmunizaciones	15,0	22,6	0,21
Contraindicaciones absolutas de la vacunación	33,5	48,4	0,085
Lactancia materna	10,2	3,2	0,189
Contraindicaciones de la lactancia materna	39,5	16,1	0,009

www.bdigital.ula.ve

La formación en Puericultura no se asoció con una mayor proporción de personas con respuestas correctas sobre periodicidad de los controles de niño sano, crecimiento del niño sano, desarrollo psicomotor normal y tipo de accidente más frecuente en el niño que gatea, tabla 14.

Tabla 14. Proporción de sujetos que respondieron correctamente las preguntas de los ítems evaluados según la formación en Puericultura

Aspecto evaluado	Proporción de sujetos que respondieron correctamente las preguntas		Valor de p
	Formación en Puericultura		
	Si	No	
Periodicidad de los controles de niño sano	49,1	45,2	0,418
Crecimiento del niño sano	24,6	16,1	0,308
Desarrollo psicomotor normal	30,5	25,8	0,597
Tipo de accidente más frecuente en el niño que gatea	10,8	6,5	0,463

www.bdigital.ula.ve

DISCUSIÓN

En esta muestra de 198 trabajadores de la salud constituida por médicos, profesionales de la enfermería y estudiantes de estas dos disciplinas, quienes laboran en centros donde se atienden niños y que en su mayoría recibieron formación en puericultura, se observó un nivel deficiente de conocimientos sobre los aspectos que debe incluir la consulta de niño sano, el esquema de vacunación, las contraindicaciones absolutas de la vacunación y la lactancia materna. De igual manera, algo más de la mitad respondieron incorrectamente preguntas relacionadas con periodicidad de los controles de niño sano, crecimiento del niño sano, desarrollo psicomotor normal y tipo de accidente más frecuente en el niño que gatea. Las deficiencias se distribuyeron heterogéneamente según ocupación y asunto específico de la puericultura. Por otra parte, la existencia de consulta de niño sano en el centro asistencial donde trabajaba el personal encuestado tampoco determinó que el nivel de conocimientos fuese uniformemente mejor que en los otros trabajadores.

Estos hallazgos indican que la formación en atención primaria pediátrica debe mejorar en nuestro medio, sobre todo porque la estrategia sanitaria con mejor relación costo-beneficio y que ofrece mayor cobertura es la atención primaria de salud dirigida a la población sana ²⁶.

El control de niño sano es el instrumento fundamental para el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño, para la aplicación de inmunizaciones, la promoción de una adecuada alimentación y el diagnóstico precoz de padecimientos propios de la infancia^{27,28}

En Venezuela se ha producido un incremento en la prevalencia de enfermedades prevenibles de la niñez, aumento en las cifras de desnutrición y en la tasa de mortalidad infantil²⁹. En parte, este deterioro del estado de salud infantil se relaciona con 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 ambiental³⁰.

La atención primaria pediátrica de calidad depende de tres fundamentos: disponer de recursos apropiados, la formación del personal y una cultura de mejora de la calidad. Los resultados aquí encontrados indican que el deterioro de la atención primaria no sólo se relaciona con el déficit de insumos de salud prevaleciente en Venezuela, sino que también hay debilidades en la formación del personal de salud, y si esta no es adecuada, tampoco se generará una cultura de mejora de calidad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) identifica como problemas fundamentales de la Atención Primaria, la elevada proporción de médicos

especialistas versus generales-familiares y de una formación médica con énfasis en lo biológico, generalmente centrada en hospitales y con escaso enfoque en promoción de la salud y prevención de enfermedades; además, la carencia de formación integral desde la perspectivas humanista y poco compromiso con la salud de la población, lo que conduce a escasos conocimientos y habilidades para el manejo de la atención primaria ^{31,32}.

En un sistema de salud basado en atención primaria como el de Venezuela, los trabajadores de la salud deben poseer los conocimientos y habilidades adecuadas. Los países deben generar condiciones para su desarrollo, poniendo énfasis en la calidad y el mejoramiento continuo, el desarrollo de competencias apropiadas, el desarrollo de equipos multidisciplinarios, y la promoción de la investigación ³³.

El número insuficiente de personal formado en atención primaria es uno de los factores que frena el impacto potencial de esta estrategia en los indicadores de salud de la población. En América Latina en su conjunto hay carencia de médicos, enfermeros y personal de nivel técnico con formación específica para proveer cuidados en atención primaria. Tanto el pregrado, como el postgrado y los programas de educación continua en salud deben incluir formación y capacitación en atención primaria, especialmente para la población infantil ³⁴.

La educación médica actual pone su mayor énfasis en la biomedicina y no enfatiza ni educa a los estudiantes de ciencias de la salud sobre los determinantes sociales de la salud y los patrones de enfermedad. La educación médica requiere una transformación integral para incorporar una formación bio-social rigurosa para garantizar que todos los futuros profesionales de la salud estén equipados con los conocimientos y las habilidades necesarias para practicar la medicina social. Existen diferentes modelos para lograr esta transformación en la enseñanza, tales como cursos electivos de corta duración, cursos obligatorios semestrales de medicina social y la integración curricular de la medicina social en el plan de estudios. La implementación exitosa de estos métodos requiere la utilización de pedagogías innovadoras y atractivas³⁵. Como se demuestra en esta investigación, la introducción de un temario en puericultura no es suficiente para la capacitación del personal en atención primaria pediátrica.

Además de las deficiencias en educación, otros factores influyen en el conocimiento sobre atención primaria pediátrica. La escasa comunicación y los retardos en el flujo de pacientes entre el nivel primario de atención con los otros niveles determina un reducido intercambio de información y por lo tanto desinformación. En un reciente estudio se analizaron 3293 referencias médicas y 2468 respuestas de 68 consultorios generales y 17 hospitales en Gran Bretaña. La mediana del tiempo transcurrido entre la derivación de un paciente y la recepción de una respuesta fue de 4 semanas, desde 1 semana para referencia al

Departamento de Emergencias hasta 7 semanas para referencias a cirugía ortopédica ³⁶.

En nuestro país, a partir de la primera década del 2000, la atención primaria fue enmarcada en la Misión Barrio Adentro, denominación que se dio a un vasto programa de atención primaria dirigida 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. 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 ³⁷⁻³⁹.

Esta fragmentación, que en gran medida es producto de factores políticos, acentuó los problemas de comunicación entre los niveles de atención y dispersó los esfuerzos formativos en atención primaria pues los centros asistenciales de atención primaria no se conectaron con las instituciones académicas, y a su vez, éstas últimas perdieron los escenarios requeridos para la enseñanza práctica de la atención primaria.

Otro factor que influye en la formación en atención primaria pediátrica es el factor motivacional. Los estudiantes de medicina perciben que las carreras ligadas a la atención primaria (médicos generales, médicos de familia y pediatras), se asocian con salarios más bajos, menos oportunidades financieras provenientes de la industria biomédica y menos prestigio social que otras especialidades, especialmente cuando se comparan con especialidades quirúrgicas; de esta manera, los fundamentos de la preferencia de una especialidad parecen basarse en una combinación de ambición y prestigio⁴⁰. En EEUU una encuesta de 2018 de residentes de medicina interna realizada por el Colegio Americano de Médicos, reportó que solo el 11% consideraba la atención primaria como una carrera profesional. En 1998, ese número fue del 54%^{41, 42}

www.bdigital.ula.ve

Los resultados de esta investigación indican que la atención primaria y la formación en esta rama de la medicina deben ser reformadas, tanto en lo organizacional como en lo formativo. En nuestro sistema público de salud, los pediatras han sido relegados paulatinamente del nivel de atención primaria, confiando el cuidado de los niños a médicos generales sin la adecuada formación en puericultura y atención primaria pediátrica y, además, privando a los estudiantes de medicina que rotan por este nivel de profesores idóneos para la enseñanza de estas disciplinas. Este desplazamiento del pediatra del nivel público de atención primaria hacia otros niveles, conduce a estos profesionales a orientar sus esfuerzos formativos hacia otras ramas de la pediatría, con lo cual se crea mayor vacío formativo en la atención primaria pediátrica.

Sin embargo, este estudio no incluyó una muestra representativa de los estudiantes y profesionales relacionados con la atención primaria pediátrica en nuestra entidad federal, a lo sumo constituye un estudio piloto por el número limitado de personas encuestadas y por la reducida gama de centros asistenciales incluidos. El método utilizado para evaluar los conocimientos de los individuos encuestados solo valora sus conocimientos teóricos, no su desempeño en interacción con un equipo de salud en la práctica asistencial real. Para extraer conclusiones más certeras sobre el tema sería necesario incluir más centros de la red ambulatoria y mayor variedad y número de trabajadores de la salud involucradas en el cuidado de salud del niño.

www.bdigital.ula.ve

CONCLUSIONES

1. Los conocimientos sobre los aspectos relevantes del control del niño sano evaluados mediante el instrumento utilizado, son deficientes en el personal de salud que labora en las instituciones públicas de la ciudad de Mérida, especialmente en cuanto a principios relevantes de la lactancia materna y contraindicaciones absolutas de la misma, programa ampliado de vacunación y contraindicaciones de la vacunación y también acerca de la evaluación del crecimiento y desarrollo del niño, así como la periodicidad de los controles y el tipo de accidente más frecuente en el niño que gatea.
2. El nivel de conocimientos en los trabajadores de salud, respecto a la importancia y aspectos del control del niño sano no se vio influenciado en la muestra analizada por la existencia de un programa de puericultura durante la formación académica y tampoco con la existencia de consulta de niño sano en la institución donde labora.

RECOMENDACIONES

- Incorporar en la matriz curricular de las carreras relacionadas con la salud, tanto en pre como postgrado, amplios programas de formación, capacitación y sensibilización acerca de los contenidos y relevancia de la atención primaria que incline las perspectivas del personal de salud en formación hacia la promoción de la salud y prevención de enfermedades, especialmente en los grupos vulnerables (en pediatría recién nacidos y niños menores de 5 años de edad).
- Estos programas deben ser desarrollados por equipos multidisciplinarios, utilizando herramientas académicas y actividades orientadas al dominio de competencias sobre el saber, saber hacer y saber ser en materia de promoción de la salud, de la lactancia materna, importancia del cumplimiento del esquema de vacunación, evaluación global del niño para la vigilancia del crecimiento y desarrollo normales, reconocimiento precoz de enfermedades agudas frecuentes, detección de enfermedades crónicas prevalentes, así como adelantarse a los riesgos a los que está expuesto el niño con el conocimiento de su entorno familiar, económico y social.
- Motivar la investigación y promover el trabajo interdisciplinario en los distintos profesionales que laboran en el área, con la finalidad de optimizar

y actualizar los conocimientos para atender de la mejor manera el control y seguimiento de la salud del niño.

www.bdigital.ula.ve

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización mundial de la salud (OMS). Reducción de la mortalidad en la niñez. 19 de septiembre 2018. [Internet] [Consultado 2018 Dic 06] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
2. Organización mundial de la salud (OMS). Las 10 principales causas de defunción. 24 de mayo de 2018. [Internet] [Consultado 2018 Dic 06] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
3. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2016, Una oportunidad para cada niño. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
4. Global Health Metrics. Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; 390: 1084–1150. Disponible en: www.thelancet.com Vol 390 September 16, 2017.

5. Organización mundial de la salud (OMS). Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. Consultado en 06 de Septiembre 2019. Disponible en: <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/es/>
6. Grupo de trabajo de Puericultura. Departamento materno infantil. MINSAP. La Habana-Cuba, 2016. Tercera edición, Editorial Ciencias Médicas, 2016.
7. Trejo J, Flores S, Peralta R, Fragosos V, Reyes H, Oviedo M, *et al.* Guía clínica para vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño. Rev Med IMSS 2003; 41 (Supl): S47-S58.
8. González G, Pérez Y, Santos S, Sarmiento A, Velásquez G, Panvini J. Guía para la prevención de acuerdo al grupo de edad en la consulta del niño sano. Vitae, Academia Biomédica Digital, 2012; N° 50. Disponible en: http://vitae.ucv.ve/index_pdf.php?module=articulo_pdf&n=4547&rv=103.
9. Rodríguez C. Evaluar el cumplimiento de la atención primaria de salud en la población pediátrica de 0 a 15 años de edad que acude al Servicio de Emergencia en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes [Trabajo especial de grado para optar a título de especialista de puericultura y pediatría] Mérida: Universidad de los Andes. Facultad de Medicina; 2018
10. Medel L, Benadof D, Toro C. Conocimientos sobre lactancia materna de los profesionales de salud en centros de salud familiar municipales de Chile [Internet] Maipú: Universidad Mayor de Chile; 2017 [Consultado 2018 Dic 10] Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/6891.act>

11. López C. Conocimiento y actitudes de los residentes de pediatría de Panamá sobre las recomendaciones internacionales para la inmunización de los adolescentes. *Pediatr Panamá*. 2014 febr 20 [Internet] [Consultado 2019 Agos 10] Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/01/848815/20144316-17.pdf>
12. Nelson A, Vargas C, Quezada L. Describir y analizar los principales cambios de la salud infantil durante las últimas décadas, reconocer nuevos desafíos y relacionarlos con el rol del pediatra en este escenario. *Rev Chil Pediatr* 2007; 78 (Supl 1): 103-110 [Internet] [Consultado 2018 Dic 18] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062007000600009&lng=n&nrm=iso&tlng=es
13. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud 2018 [Internet] [consultado 2018 Dic 10: Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
14. Posada A, Gómez J, Ramírez H. *El niño sano*. 2 ed. Colombia Bogotá: Editorial médica internacional LTDA; 2005
15. UNICEF. Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Argentina. Julio 2012 [Internet] [Consultado 2019 Abr 05] Disponible en: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
16. Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna 19 de septiembre 2017. [Internet] [Consultado 2019 Jun 06] Disponible

en:https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/

17. Lozano M. Lactancia materna. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP. 2010 ene 24 [Consultado 2018 Dic 10] Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>
18. Perdomo M, Duran M. Alimentación complementaria en el lactante. *Pediatr Integral* 2015; XIX (4): 260-267
19. Aristóbulo I, Capella R. Formación de hábitos alimentarios y de estilos de vida saludables. España; 2011 [Internet] [Consultado 2019 Jun 08] Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/educinic9.pdf>
20. OMS. Inmunización 20 de septiembre 2018. [Internet] [Consultado 2019 Jun 06] Disponible: <https://www.who.int/topics/immunization/es/>
21. Jurado M, Cantarero LI, Campos M. Evaluación de la actividad física en niños. [Internet] *Acta Pediatr Esp.* 2019; 77(5-6): 96-101 [Consultado 2019 Abr 09] Disponible en: http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/revision/1605-evaluacion-de-la-actividad-fisica-en-ninos#.XWsFV_BKhdg
22. Consolini D. Niños con enfermedades crónicas. [Internet] [Consultado 2019 Jun 10] Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatría/atención-de-niños-enfermos-y-sus-familias/niños-con-enfermedades-crónicas>

23. Machado L, Tomei C, Mejias A, Sparano A, Gómez A. Consulta de detección temprana de factores de riesgo cardiometabólico en pediatría. Arch Venez Puer Ped [Internet] 2013; 76: 2 [Consultado 2019 Jun 06] Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492013000200007
24. Molina T. Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. Rev Pediatr Aten Primaria. [Internet] 2009; 11 Sup 116;s127-s142 [Consultado 2019 Jun 06] Disponible en: <http://archivos.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/IXus5lLjPq-gqZ3bTHSM9Op6mhaQ-m1>
25. Benítez M. Principales accidentes por edades. [Internet] [Consultado 2019 Jun 07] Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/capitulo_3_0.pdf
26. 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>
27. Domínguez B, Valdivia 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>
28. 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-aiapi-2011.pdf>

29. 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.
30. 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>
31. Organización Panamericana de la Salud. Educación Médica hacia la APS renovada y libros de texto. Informe de la reunión de Buenos Aires, Argentina. Rosa Borrel y Rodolfo Kauffman (relatores). [Sitio en internet]. Portal web de la Organización Panamericana de la Salud. Hallado en: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/523> (Acceso el 05 de agosto, 2019).
32. Godue C, Borrel R. Ideas principales de la conferencia de Beyond Flexner: Misión social de la Educación Médica. Tulsa, Oklahoma. [Sitio en internet] Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. Hallado en: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/391> (Acceso el 06 de agosto 2019).
33. Organización Panamericana de la Salud. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2) Washington D.C: OPS, c 2008. 71 págs.

34. Erno Harzheim E, Casado V, Bonal P. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. Informe técnico. Septiembre 2009. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/297281581_La_formacion_de_profesionales_de_salud_para_la_APS_y_Salud_Familiar_y_Comunitaria_en_America_Latina_y_Europa/citation/download. Consultado: 06 agosto 2019
35. Westerhaus M, Finnegan A, Haidar M, Kleinman A, Mukherjee J, Farmer P. The necessity of social medicine in medical education. Acad Med 2015; 90(5):565-8. doi: 10.1097/ACM.0000000000000571.
36. Dinsdale E, Hannigan A, O'Connor R, O'Doherty J, Glynn L, Casey M, Hayes P, Kelly D, Cullen W, O'Regan A. Communication between primary and secondary care: deficits and danger. Fam Pract 2019 Aug 2. doi: 10.1093/fampra/cmz037. [Epub ahead of print]. Consultado 07 agosto 2019.
37. República Bolivariana de Venezuela. Decreto Presidencial de creación de la Misión Barrio Adentro 2004. Gaceta Oficial No. 37.865; Enero (26).
38. Alvarado C, Martínez M, Vivas S, Gutiérrez N, Metzger W. Cambio social y política de salud en Venezuela. Medicina Social. 2008; 3(2): p. 113-129.
39. 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%9ABLICO.pdf>.
40. Puertas EB, Rivera TY. Factors that influence career choice in primary care among medical students starting social service in Honduras. Rev Panam Salud Pública 2016; 40(5): 309-317.

41. American College of Physicians. Internal Medicine In-Training Examination® 2018 Residents Survey: Report of Findings, unpublished data. [Summary and analysis of residents' answers to questions about training] Philadelphia: American College of Physicians; 2019.
42. American College of Physicians. Internal Medicine In-Training Examination® 1998 Residents Survey: Report of Findings, unpublished data. [Summary and analysis of residents' answers to questions about training] Philadelphia: American College of Physicians; 1999.

www.bdigital.ula.ve

ANEXOS

www.bdigital.ula.ve

La lactancia materna debe ser exclusiva hasta los 6 meses de vida del niño	V	F	La madre HIV positivo	V	F
Después de los dos años de vida, la madre debe retirar la lactancia materna	V	F	La madre que recibe antibióticos	V	F
Cuando el niño de 1 mes de edad no quiere soltar el pecho después de 15 min es porque tiene hambre y requiere complementar con fórmula	V	F	La madre que tiene neumonía	V	F

El bebé menor de seis meses requiere lactancia materna 1 o 2 veces por noche	V	F	Cuando el niño tiene fiebre	V	F
La madre no debe acostarse para dar lactancia materna porque puede ahogar al niño	V	F	Cuando el niño tiene diarrea	V	F
El niño debe incorporarse a la dieta familiar a los nueve meses de edad	V	F	Cuando el niño sufre de cólicos	V	F

12. En qué momento corresponde la primera consulta del recién nacido:	2do día	7 días	15 días	30 días
13. En los primeros seis meses de vida, el niño debe ser controlado cada:	15 días	1 mes	2 meses	3 meses
14. Se diagnostica desnutrición en los niños menores de 2 años, cuando:	Peso <p10	Talla <p10	Peso <p3	Peso y talla <p3
15. El diagnóstico de obesidad se sospecha cuando:	Peso > p50	Peso >p75	Peso para la talla >p75	Peso >p95
16. El niño es capaz de rolar (darse vuelta en la cama), a la edad de:	2 meses	4 meses	6 meses	8 meses
17. El niño debe dar sus primeros pasos sin ayuda, a la edad de:	9 meses	12 meses	14 meses	Entre los 12 y 18 meses
18.Cuál es el accidente más frecuente en el bebé que gatea	Ingestión de tóxicos	Caídas por escaleras	Caídas desde la cama	Electrocución