



**Cumplimiento de los controles pediátricos en  
niños internados en el Centro Hospitalario  
Pereira Rossell, 2019**



**Autores: Crapuchett F (I)  
Rodríguez L (I)  
Vaucher S (I)**

**Pereyra M (I) CI  
Rodríguez V (I) CI**

**I. Bachiller, Facultad de Medicina, Udelar**

**Orientadoras: Prof. Adj. Zabala C ; Prof. Adj. Pandolfo S.**

**CICLO DE MEDICINA CIENTÍFICA  
II-2019  
Grupo 97**

**Clínica Pediátrica C y A  
Centro Hospitalario Pereira Rossell  
Facultad de Medicina- Udelar  
Montevideo- Uruguay**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
Antecedentes	5
Planteamiento del problema	6
Justificación	7
Marco teórico	8
<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b>	<b>14</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>16</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>22</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>24</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>25</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>26</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>28</b>
Consentimiento informado	28
Formulario	31

## RESUMEN

**Objetivos:** El presente trabajo tiene como objetivo estimar la cuantía de niños/as que atendidos en cuidados moderados del Hospital Pereira Rossell acuden periódicamente a su control de salud y cuentan con un pediatra de referencia, desde la creación del “Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia” (2016)(1)

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional/descriptivo, en el que mediante encuesta presencial y la revisión del carné del niño/a, se lleva a cabo la recolección de datos. Se analizan diversas variables consideradas importantes desde un punto de vista clínico-social, incluyendo posibles factores que influyen en la asistencia a los controles en salud; así como también en la no asignación de un pediatra de referencia. Se realizan diferentes análisis estadísticos, considerándose significativo un valor  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Fueron incluidos 307 pacientes, de los cuales 69,06% presentaron buen control y 30,94% mal control; dentro de las causas del incumplimiento del control se encontró que el principal motivo fue enfermedad/internación del niño (31,18%). En cuanto al seguimiento por médico de referencia, se encontró que un 85,43% de los niños cuentan con el mismo y un 14,66% no. Dentro de las causas de incumplimiento se observa que los médicos pediatras han sido suplentes rotativos en un 43,18%.

Las variables que presentan asociación estadísticamente significativa con el cumplimiento de los controles pediátricos son la edad del niño/a, la vigencia del CEV y la cantidad de menores a cargo por el tutor responsable. La que demuestra mayor influencia es la cantidad de menores a cargo, constituyéndose como factor protector, cuanto menos sean estos.

**Conclusiones:** Se concluye que la mayoría de la población objetivo del estudio cumple con el protocolo de controles pediátricos y cuenta con pediatra de referencia desde la creación del “Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia” (2016-2020).

**Palabras clave:** pediatría, controles, cumplimiento, médico de referencia, vacunas, Uruguay.

## ABSTRACT

**Objectives:** The aim of this study is to estimate the number of children in moderate care at the Pereira Rossell Hospital who regularly go to their health check-ups and have a reference paediatrician since the creation of the National Plan for Early Childhood, Childhood and Adolescence"; (2016)(1).

**Methods:** This is an observational/descriptive study in which data collection is carried out by means of a face-to-face survey and the revision of the child's identity card. Several variables considered important from a clinical-social point of view are analyzed, including possible factors that influence attendance at health controls; as well as the non-assignment of a reference pediatrician. Different statistical analyses are carried out, considering a  $p$  value  $< 0.05$  to be significant.

**Results:** 307 patients were included, of whom 69.06% presented good control and 30.94% poor control; among the causes of non-compliance with control, it was found that the main reason was illness/internment of the child (31.18%). In terms of follow-up by referring physician, it was found that 85.43% of children had the same and 14.66% did not. Within the causes of non-compliance, it can be observed that the pediatricians have been rotational substitutes in 43.18%.

The variables that present a statistically significant association with compliance with paediatric controls are the age of the child, the validity of the CEV and the number of minors under the care of the responsible guardian. The greatest influence is shown by the number of children in charge, constituting as a protective factor, the less these are.

**Conclusions:** It is concluded that the majority of the target population of the study complies with the protocol of paediatric controls and has a reference paediatrician since the creation of the "National Plan for Early Childhood, Childhood and Adolescence"; (2016-2020).

**Key words:** paediatrics, controls, compliance, reference doctor, vaccines, Uruguay.

## **INTRODUCCIÓN**

### **ANTECEDENTES**

A nivel nacional se hallaron dos trabajos:

En el año 2012 se realizó un trabajo por parte de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República que pretendía averiguar las causas del incumplimiento del control del niño menor a dos años en el Centro de Salud del Cerro (Montevideo, Uruguay). Se trató de una investigación de carácter cuantitativo, de tipo descriptivo y corte transversal donde se interrogaron, mediante una entrevista con relleno de formulario en el periodo del 16 al 20 de enero de 2012, a los adultos referentes de niños/as menores de 2 años que se atendían en el Centro de Salud del Cerro y tenían al menos 1 falta en el control de salud. De los 100 niños registrados en el periodo de tiempo del estudio, 62 cumplían con los criterios de inclusión establecidos.

Resultados relevantes arrojan que el 48,4% de los niños menores de 2 años que incumplen con el control en salud se encuentran en la franja etaria de 29 días y 12 meses. Y su vez, un 54,8 % de las madres que no acude a la revisión asidua de su hijo son jóvenes de entre 20 y 29 años. Las conclusiones reflejan que la variable “me dormí, me olvidé” fue la causa principal por la cual los adultos responsables no asisten al control periódico de sus hijos.

En el año 2011 se efectúa un trabajo por parte de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República que tenía como objetivo conocer las causas del incumplimiento de los controles en salud de los niños/as menores de 3 años que se atendía en el Centro de Salud “La Cruz de Carrasco” pertenecientes a la Red de Atención primaria (RAP-ASSE).

Se trató de una investigación de carácter cuantitativo, de tipo descriptivo y corte transversal donde la muestra eran niños/as menores de 3 años nacidos desde enero del 2009 en adelante, que presentan incumplimiento a uno o más controles de salud en relación a la edad actual, concurrentes del Centro de Salud “La Cruz de Carrasco” entre el 8 y el 15 de noviembre del 2011.

La información se obtuvo mediante relevamiento de datos de los ficheros de esa franja etaria incluidos en el Plan Aduana y el interrogatorio a los tutores referentes. La población que cumplía con los criterios antes mencionados fueron 33 niños/as. Los resultados revelan que la causa principal de incumplimiento fue “el trabajo” (20%) seguida de “se durmieron” o “no había número esa mañana”.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este trabajo tiene como objeto de estudio el cumplimiento del control pediátrico en niños y niñas internados en cuidados moderados del CHPR, justificado por el “Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020”, que constituye una herramienta para el seguimiento y apoyo de niños, niñas y adolescentes y sus familias. Dicho programa destaca la importancia de la protocolización de los controles pediátricos, haciendo énfasis en acciones de prevención y promoción en salud, con un aporte interdisciplinario, incluyendo las inmunizaciones, alimentación y salud bucal.

Atendiendo a lo antes mencionado y con el fin de sensibilizar sobre la relevancia de estas pautas, se propone una investigación cuyas interrogantes son: ¿Cumple la población objetivo del estudio con el protocolo de controles pediátricos desde la creación del “Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020”?

¿Cuáles son los factores que influyen en el incumplimiento del mismo?

¿Cuenta la población en estudio con un pediatra de referencia?

Como fue mencionado previamente parte de la problemática planteada en este trabajo se fundamenta en la falta de conocimiento sobre el cumplimiento de controles pediátricos y su causa en el Uruguay. Según la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud en el año 2018 realizada en niños de entre 2 a 6 años, el 97% de niños cuentan con carné de salud y CEV, sin especificar si estos presentan un buen control o CEV vigente. A pesar de ese alto porcentaje, se observaron ciertas problemáticas que son importantes a pesquisar en el control en salud. (2)

En cuanto al estado nutricional, el exceso de peso es el problema nutricional más relevante, existiendo un 36% con un peso para su talla mayor al esperado. Se determinó también que la alimentación de los niños no incluye los alimentos recomendados para su grupo etario, y presentan un consumo elevado de aquellos ricos en grasa, sal y azúcar.

Por otro lado, se evidenció que un 2,3% de niños y niñas presentaban retraso del crecimiento. (2) Otra problemática a destacar es que menos del 70% de los niños cumple con los controles odontológicos anuales recomendados. (2)

A pesar de que la mortalidad infantil en el Uruguay ha disminuido notablemente en los últimos años, siendo esta 6,6 muertes cada 1000 nacimientos (MSP, 2017), la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) adoptados por las Naciones Unidas en 2015, es de 3,2. (3)

## JUSTIFICACIÓN

El desarrollo del niño es un proceso dinámico, donde las desviaciones de los parámetros normales tienen un gran impacto en el crecimiento del mismo. Por tanto, las detecciones tempranas de estas variantes juegan un papel importante en su correcta maduración. Invertir en estas etapas del ciclo de vida es clave, ya que son periodos críticos, en los que tienen lugar diversos procesos neurofisiológicos, así como también procesos psicosociales y evolutivos significativos para la vida. (1)

Por otro lado, se ha observado en diversos estudios, que la inversión de políticas sociales dirigidas a estas poblaciones, tiene beneficios, no solo para los niños, niñas y adolescentes, si no para la sociedad en su conjunto, tanto en el área de la salud como en la educación y economía. (4)

Considerando entonces la importancia de potenciar la maduración y el buen desarrollo del individuo como una conjunción de sistemas y su entorno, se han establecido pautas que involucran la intención de marcar una ruta clara para padres y responsables a cargo. La finalidad es el cumplimiento estricto y periódico del control en salud que asegure el avance del niño dentro de lo adecuado y esperado para la edad.

Es por esto, que se realiza el presente trabajo, con el fin de detectar el incumplimiento de dichas pautas y su asociación con diferentes variables consideradas relevantes para los investigadores. Corresponde mencionar que no se han realizado otros estudios sobre el incumplimiento de los controles en las franjas etarias que este trabajo propone. Por lo tanto, la investigación propuesta tendrá un rol importante para determinar qué factores influyen en la asiduidad del control de niños y niñas. De esta manera se podrán proponer herramientas para efectivizar la protocolización de los controles pediátricos.

A su vez, los niños deben contar con un pediatra de referencia. Éste se encarga de realizar un seguimiento integral de manera regular, involucrando también al núcleo familiar. Es por esto que es considerado una variable relevante a determinar en la investigación.

Los beneficiarios directos serán los usuarios, ya que uno de los objetivos del estudio será promover la importancia del control en salud de forma regular. Dicho objetivo se llevará a cabo mediante una breve devolución al finalizar cada encuesta. Se intentará instruir a familiares o tutores sobre la importancia de una asistencia regular a los controles de salud, así como a contar con un médico de referencia, haciendo énfasis en los derechos de los niños.

Por otro lado, los resultados serán relevantes para conocer la situación de las metas asistenciales en el Hospital Pereira Rosell.

## MARCO TEÓRICO

### INFANCIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS

La infancia es un término amplio, aplicado al primer período de vida de las personas que se encuentran en fases de desarrollo y comprende el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la adolescencia. (5)

Basado en el corte por franja etaria que sigue el Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020, la primera infancia es la etapa comprendida entre el nacimiento y los 5 años y 11 meses, la infancia va desde los 6 años a los 11 y 11 meses, y la adolescencia a partir de los 12 años hasta los 17 y 11 meses. (1)

Este Plan Nacional está orientado a profundizar las pautas propuestas por el Gobierno Nacional, que a través del Comité de Coordinación Estratégica para la Infancia y la Adolescencia, incluido en el Plan de Equidad, como política de desarrollo social del Uruguay, se crea la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA) 2010-2030, la cual fue formulada en el año 2008 en conjunto con diversas organizaciones nacionales e internacionales, entre las cuales se destacan instituciones estatales, civiles, sistema de las Naciones Unidas, así como también se incluyó la opinión de niños, niñas y adolescentes a nivel nacional.(6)

El plan ENIA constituye un progreso de gran impacto para la sociedad ya que propone políticas para la primera infancia, infancia y adolescencia centradas en la atención integral y el ciclo vital, atendiendo con detalle a cada una de las etapas, las cuales conllevan necesidades específicas e individuales. Se centra en metas fundamentalmente orientadas a disminuir la pobreza, mejorar el desarrollo infantil y la nutrición de los mismos, mejorar la educación y los niveles de escolarización, equidad en la calidad de aprendizaje, entre otros.

Continuando con este proceso y basándose en los mismo principios y objetivos, en el año 2015 se crea la Comisión de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia, la cual es de índole interinstitucional, entre los que se destaca el instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Educación y Cultura (MEC), entre muchos organismos de igual relevancia. Es en esta Comisión que se crea el Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia (2016-2020); este Plan pretende trabajar de manera multidisciplinaria, con énfasis en la atención integral a los problemas y necesidad identificados en el proceso de creación, tales como la desigualdad, la vulnerabilidad y el incumplimiento de los derechos.

Es de común conocimiento la importancia que posee un buen desarrollo en los primeros años de vida, en estos años no solo ocurren procesos biológicos de desarrollo y crecimiento, sino que también se comienzan a desarrollar procesos psicosociales; estos sucesos son de vital relevancia para el futuro de esos niños, niñas y adolescentes, y de la sociedad en su conjunto. Ya que una

sociedad que promueva políticas públicas en estas etapas tempranas de la vida, es una sociedad inclusiva y comprometida no solo con el presente, si no con el futuro del país.

## **CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

El crecimiento durante la infancia es un parámetro fundamental de la salud de los niños, que sirve a su vez como indicador de la salud durante el resto de la vida. (7) Por esta razón, es indispensable tener conocimiento de cuáles son las conductas normales y las posibles anomalías, reforzando simultáneamente estos criterios teóricos con experiencia clínica de calidad y así optimizar el proceso natural del niño.

La valoración del crecimiento del niño es un componente clave de la asistencia sanitaria pediátrica. El crecimiento es el resultado de la interacción de la genética, la salud y la nutrición. Muchos problemas biofisiológicos y psicosociales pueden afectar de forma adversa al crecimiento, y la alteración del crecimiento puede ser el primer signo de un problema subyacente. El instrumento más potente para esta valoración es la gráfica de crecimiento. (8)

Irwin (2007) destaca que los primeros años de vida son cruciales en el influjo de una serie de resultados sociales y de salud a lo largo del ciclo vital. Muchos de los desafíos afrontados por la población adulta (problemas de salud mental, obesidad, retardo en el desarrollo, enfermedades cardíacas, criminalidad, habilidad numérica y de lecto-escritura) tienen sus raíces en la primera infancia. (9)

“Las condiciones ambientales a las cuales los niños están expuestos, inclusive la calidad de las relaciones y del universo lingüístico, literalmente “esculpen” el cerebro en pleno desarrollo”. (9) El desarrollo es un proceso dinámico en el que se integran las condiciones biológicas del individuo con las experiencias que el medio le proporciona. Cada etapa del desarrollo se apoya en las anteriores y determina las siguientes. Cualquier alteración en el tiempo o en la forma de expresión impactará negativamente en la que le sucede. (10)

Los problemas del desarrollo y la conducta son las patologías más frecuentes de la infancia y la adolescencia. (8) Por tanto, es indispensable que el médico pediatra incluya en el seguimiento del niño a su familia, para que esta sea capaz de interpretar, comprender y responder a las demandas del niño.

El desarrollo es un proceso que necesita un seguimiento continuo que comprometa a la sociedad, incluidos el personal de salud y los educadores; además de las familias.

Los modelos conceptuales del desarrollo infantil intentan dar cuenta de esta multidimensionalidad mediante esquemas de interacción. (1)

Para facilitar el control y el seguimiento del desarrollo en el niño, en el año 2010 el Ministerio de Salud Pública crea la “Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del niño y de la niña” que propone pautas estandarizadas delimitando las conductas esperadas para la edad. En ellas se

evalúan las cuatro áreas involucradas en el proceso: motora, de coordinación, social y del lenguaje. Este esquema permite la observación objetiva del equipo de salud y la familia. (11)

Las investigaciones demuestran que el entorno inicial de los niños causa un impacto trascendental sobre el modo en que su cerebro se desarrolla. (12) Los padres y los cuidadores son los principales artífices del entorno. Las herramientas que utilizan constituyen la base del comportamiento parenteral. Estas incluyen hablar, jugar, leer y cantar. Y también amar. Estas actividades pueden parecer triviales, pero tienen consecuencias significativas. (13) Por ello, se considera el consultorio un espacio ideal para la búsqueda de estos aspectos.

La disponibilidad de programas y servicios dirigidos a apuntalar el desarrollo infantil temprano representa un componente crítico de toda estrategia mundial que busque garantizar una infancia aventajada.(9) Dichas afirmaciones acentúan la importancia de plantear un seguimiento en el desarrollo y crecimiento del niño haciendo énfasis en las primeras etapas del ciclo de vida, no solo como una meta de salud pública, sino como una estrategia de política social, promoviendo así un enfoque integral.

### **DERECHOS DEL NIÑO**

Según el “Artículo 8” de la Ley 17.823 el principio general atiende que todo niño y adolescente goza de los derechos inherentes a la persona humana. Tales derechos serán ejercidos de acuerdo a la evolución de sus facultades, y en la forma establecida por la Constitución de la República, los instrumentos internacionales, el Código de la niñez y la adolescencia y las leyes especiales. En todo caso tiene derecho a ser oído y obtener respuestas cuando se tomen decisiones que afecten su vida. (14)

Atendiendo a que toda persona humana es poseedora de derechos inherentes a la calidad de persona humana el “Artículo 9” de dicha Ley, establece como principios esenciales que todo niño y adolescente tiene derecho intrínseco a la vida, dignidad, libertad, identidad, integridad, imagen, salud, educación, recreación, descanso, cultura, participación, asociación, a los beneficios de la seguridad social y a ser tratado en igualdad de condiciones cualquiera sea su sexo, su religión, etnia o condición social. (14)

La Convención sobre los Derechos del Niño se ha aplicado mundialmente para avalar el cumplimiento de los derechos en la infancia. Luego de su implementación, se han observado importantes avances y se ha concluido que establecer un adecuado entorno protector fomenta el bienestar y buen desarrollo de los niños y adolescentes.

Entre los principios generales y derechos en la infancia establecidos por la Convención, se destacan:

- Derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo. (15)
- Acceso a servicios adecuados y efectivos, en particular programas de atención de la salud, cuidado y educación especialmente diseñados para promover su bienestar. (15)

- Provisión de atención de la salud, donde todos los niños deben tener acceso al más alto nivel posible de salud y nutrición durante sus primeros años, a fin de reducir la mortalidad infantil y permitir al niño disfrutar de un inicio saludable en la vida. (15)

### **CONTROL PERIÓDICO DEL NIÑO Y NIÑA**

Según la Guía de Intervenciones en el Primer Nivel de Atención se realiza la protocolización de los controles del niño, se pauta su frecuencia de acuerdo al grupo etario, señalando las acciones que controlen el crecimiento y el desarrollo, basado en la importancia de pesquisar precozmente la desviación de la normalidad, como fue mencionado previamente. (11)

En función del Programa de Atención a la Salud de la Niñez se definen los siguientes componentes longitudinales en base a los cuales se detalla la pauta de controles integrales.

- Control del niño /a de 0 a 24 meses
- Control del niño/a de 2 a 4 años
- Control del niño/a de 5 a 9 años
- Control del niño/a de 10 a 14 años

#### **Frecuencia de controles (mínimo recomendado)**

- Del recién nacido/a

Si bien la norma exige al menos 2 controles durante el primer mes de vida, importa señalar la relevancia del criterio técnico particular de modo de apoyar el adecuado vínculo madre – bebé, el éxito de la lactancia materna exclusiva, y el refuerzo de la autoestima materna.

- Del niño/a desde el primer mes hasta el año de vida

La frecuencia de controles es mensual en el primer semestre, pudiendo espaciarse de forma bimensual en el segundo semestre en población de bajo riesgo, manteniendo la periodicidad mensual en población de riesgo bio-psico-social.

- Del niño/a desde el año hasta los 2 años

La frecuencia de controles recomendada en el segundo año de vida para el niño sano es trimestral.

La misma podrá variar en función de los riesgos pesquisados.

- Del niño desde los 2 a los 4 años (< de 5 años)

2 a 3 años: cuatrimestral

4 años: semestral

- Del niño/a desde los 5 años a los 9 años (< 10 años)

Frecuencia de control médico: anual Frecuencia de control odontológico: anual

- Del niño/a desde los 10 años a los 14 años (< 15 años)

Frecuencia de control médico: anual Frecuencia de control odontológico: semestral

## **PEDIATRA DE REFERENCIA**

Es aquel médico que ofrece a los niños, niñas, adolescentes y sus familias atención sanitaria personal, primaria, continua e integral.

Dentro de sus funciones más importantes están: la realización de los controles en salud, asesoramiento en prevención primaria, aconsejar y brindar instrucciones acerca de las capacidades actuales del desarrollo del niño y prever los próximos hitos del desarrollo.(16) También deberá ser capaz de detectar precozmente anomalías que quebranten de algún modo el bienestar del niño y encontrar signos de alerta que puedan indicar un trastorno o enfermedad específica.

Para que el mismo logre cumplir con lo mencionado anteriormente, son necesarias las visitas sistemáticas de los niños, niñas y adolescentes junto con sus familias.

“Las visitas sistemáticas de los niños sanos permiten evaluar la nutrición, el desarrollo físico y cognitivo, el estado general y la situación de las vacunas”(16)

Es importante destacar que una función inherente del personal de salud, en este caso el médico pediatra, es fortalecer el rol de la familia como agente protector de sus hijos, a través de la inclusión activa en el cuidado, la educación de calidad y promover el acompañamiento en los procesos de crecimiento y desarrollo de los niños(1)

## **CERTIFICADO ESQUEMA DE VACUNACIÓN (CEV)**

El Plan Nacional de Vacunación establece mediante la Ley 15.272, la obligatoriedad de la vacunación, siendo un programa prioritario para el Ministerio de Salud Pública. Las vacunas establecidas en el CEV además de ser obligatorias, son universales y gratuitas.(18)

Actualmente incluye 15 vacunas con el fin de controlar las 17 enfermedades infectocontagiosas e inmunoprevenibles más frecuentes en nuestro país. De estas vacunas, 11 están indicadas en el transcurso del nacimiento a los 11 años.

La vacuna no solo beneficia a la persona que la recibe, sino que también le brinda protección a toda la sociedad. En cuanto a lo individual protegen contra la enfermedad sintomática e influyen en la calidad de vida, mejorándola significativamente, además de prevenir la muerte. Por lo que concierne a la sociedad, esta se ve beneficiada por la inmunidad de rebaño para las enfermedades transmisibles. Asimismo, la disminución de nuevos brotes de enfermedades generan beneficios en la economía, reduciendo los costos relacionados con salud. (19)

Las diferentes vacunas se indican a edades predeterminadas debido a que en cada etapa de la vida existen riesgos específicos para contraer distintas enfermedades, como también a lo largo de la vida existen diferentes capacidades del sistema inmunológico de responder a la vacuna. Por estos motivos es relevante que el CEV se cumpla como lo indica el Plan Nacional de Vacunación.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVOS GENERALES**

- Describir el cumplimiento de los controles pediátricos en los niños y niñas de 1 día a 11 años y 11 meses de edad, atendidos en cuidados moderados del Hospital Pereira Rossell en el periodo de agosto - septiembre de 2019
- Describir cuántos de los niños y niñas de 1 día a 11 años y 11 meses de edad, atendidos en cuidados moderados del Hospital Pereira Rossell en el periodo agosto - septiembre de 2019, tienen asignado un médico pediatra de referencia.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Categorizar a los niños y niñas atendidos en cuidados moderados (no CTI) del Hospital Pereira Rossell según cuenten con un buen o mal control; atendiendo, para ello, a la cantidad de asistencias según grupo etario en base a las indicaciones del Ministerio de Salud Pública (MSP)
- Determinar qué variables limitan la asistencia de los niños y niñas a sus respectivos controles en salud.
- Determinar qué variables influyen en la no asignación de un médico pediatra de referencia.
- Identificar la relación que existe entre el cumplimiento de la administración de vacunas correspondientes para la edad según las pautas del MSP, la asistencia regular a los controles pediátricos y la asignación de un médico con una visión integral de la salud del niño a lo largo del tiempo y de su trayectoria asistencial.
- Promover la importancia del control en salud de forma regular.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un estudio de tipo descriptivo en el período Agosto-Setiembre de 2019, en el Hospital Pereira Rossell.

La muestra de la población son todos los niños y niñas de 1 día a 11 años y 11 meses de edad internados en salas de cuidados moderados.

El tipo de muestreo utilizado es no probabilístico, por conveniencia. El tamaño de dicha muestra es de 307 niños calculado a través del programa Epi Info. Se obtuvo teniendo en cuenta que la población hospitalizada en cuidados moderados es 9000 pacientes al año y asumiendo una frecuencia esperada de pacientes controlados de 50% (nivel de confianza de 95%).

Como criterios de **inclusión** se consideran los siguientes: Niños y niñas de 1 día a 11 años y 11 meses de edad, que cuenten con el carné de control de salud completo, cédula de identidad o fotocopia, CEV y que esté al cuidado de adulto o tutor que asista a los controles en forma regular. Los criterios de **exclusión** planteados para este estudio son: no contar con el carné de control de salud, el carné de vacunas, o que se encuentren incompletos.

La recolección de datos se realizó con una frecuencia de dos veces por semana mediante una encuesta presencial, en la que se llenó un formulario (adjunto en anexos) y se revisó el carné del niño/niña por el encuestador. Los investigadores fueron los responsables de completar dicho formulario e ingresarlo a una planilla de Excel Office 16.0.

Se decidió elegir el método de doble entrada para el control de calidad de los datos obtenidos.

Fueron analizadas diferentes variables, clasificadas como independientes y dependientes utilizando el programa informático EpiInfo.exe.Ink. y Jasp versión 0.11.1.0.Ink.

Las variables independientes comprenden edad, tipo de hogar, nivel de instrucción del adulto tutor que concurre regularmente a los controles de salud del niño, horas de trabajo de dicho tutor, ubicación de la vivienda, distancia al centro de salud y cantidad de menores a cargo del adulto responsable.

Por otro lado, las variables dependientes abarcan: cumplimiento de controles pediátricos, vigencia de Carné de vacunas, asignación de pediatra de referencia, motivo de incumplimiento de controles pediátricos y motivo de no asignación de pediatra de referencia.

A continuación, se describen las dos variables dependientes: cumplimiento de controles pediátricos y pediatra de referencia.

En cuanto a la variable cumplimiento de controles pediátricos se define como la asistencia a los controles pediátricos sugeridos por el MSP acordes para cada edad y se categoriza como:

Menores de 1 mes:

- Bien controlado. 0- 1 inasistencias
- Mal controlado. 2 o más inasistencias

Entre 1 mes a 12 meses:

- Bien controlado. 0- 2 inasistencias
- Mal controlado. 3 o más inasistencias

Entre 12 meses y 4 años y 11 meses:

- Bien controlado. 0-1 inasistencias
- Mal controlado. 2 o más inasistencias

Mayores de 5 años:

- Bien controlado. 0 inasistencias
- Mal controlado. 1 o más inasistencias

En cuanto a la variable pediatra de referencia, se define como tal al médico con una visión integral de la salud del niño a lo largo del tiempo y de su trayectoria asistencial, y que el tutor reconoce como el médico tratante del niño. Se caracteriza de forma dicotómica, sí o no.

## **Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos**

En cuanto a los procedimientos para garantizar aspectos éticos en esta investigación, no se conocen riesgos o posibles inconvenientes para los sujetos participantes del estudio. No se aplican tratamientos, ni se realiza ninguna manipulación sobre los mismos, simplemente bajo consentimiento se realizan preguntas ya estandarizadas en una ficha a modo de encuesta.

Se resguarda la información personal de cada uno de los sujetos del estudio y la información del mismo es brindada de la manera más precisa y completa, de forma oral y escrita a través del consentimiento informado.

Los investigadores dispuestos a responder cualquier duda o inquietud tanto de los sujetos de estudio como de sus padres o tutores, y entenderán cuando la otra parte decida no participar del estudio, respetando absolutamente esta decisión.

## RESULTADOS

### Descripción de la población

De un total de 307 pacientes evaluados bajo las condiciones ya descritas, 162 (52,77%) sujetos correspondientes fueron niños y 145 (47,23%) fueron niñas. (Tabla 1).

Sin diferencias significativas entre sexos, se destacó una predominancia importante de niños/as que poseen edades entre 1 mes y 12 meses correspondientes a 145 (47,23%) niños.

Del total de tutores a cargo interrogados 145 (51,47%) correspondieron a adultos con edades entre 20 y 29 años, y 9 (13,03%) a menores de 19 años.

**Tabla 1. Características de la población**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>		
<b>Femenino</b>	145	47,23%
<b>Masculino</b>	162	52,77%
<b>Edad</b>		
<b>&lt; a 1 mes</b>	9	2,93%
<b>≥1 mes hasta &lt;12 meses</b>	145	47,23%
<b>≥12 meses hasta &lt;5 años</b>	98	31,92%
<b>≥5 años hasta &lt;12 años</b>	55	17,92%
<b>Edad del tutor</b>		
<b>&lt; a 19 años</b>	9	13,03%
<b>≥ 20 a &lt; 29 años</b>	145	51,47%
<b>≥ 30 años</b>	109	35,50%
<b>Tipo de hogar</b>		
<b>Biparental</b>	132	43,00%
<b>Compuesto</b>	28	9,12%

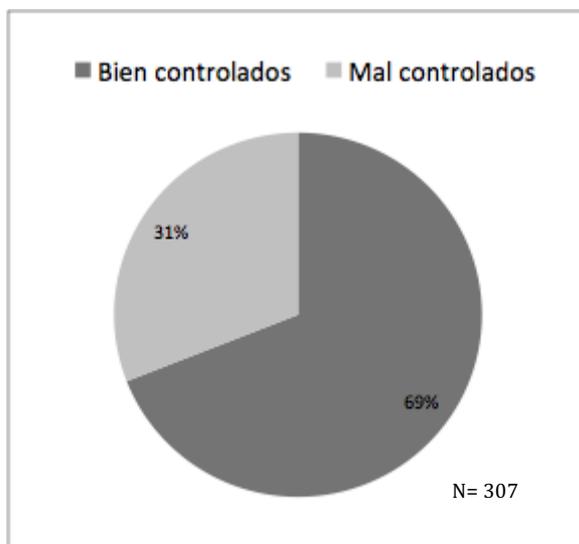
<b>Extendido</b>	85	27,69%
<b>Institucionalizado</b>	3	0,98%
<b>Monoparental femenino</b>	59	19,22%
<b>Monoparental masculino</b>	0	0%

#### Nivel de instrucción del tutor

<b>Nivel primario</b>	141	45,93%
<b>Nivel secundario/ciclo básico/UTU</b>	137	44,63%
<b>Nivel secundario/bachillerato</b>	19	6,19%
<b>Nivel terciario no universitario</b>	2	0,65%
<b>Nivel terciario universitario</b>	1	0,33%
<b>Sin instrucción</b>	7	2,28%

#### Distancia al centro de salud

<b>&lt;10 cuadras</b>	187	60,91%
<b>≥10 a &lt;30 cuadras</b>	78	25,41%
<b>≥30 a &lt;50 cuadras</b>	15	4,89%
<b>≥50 cuadras</b>	27	8,79%

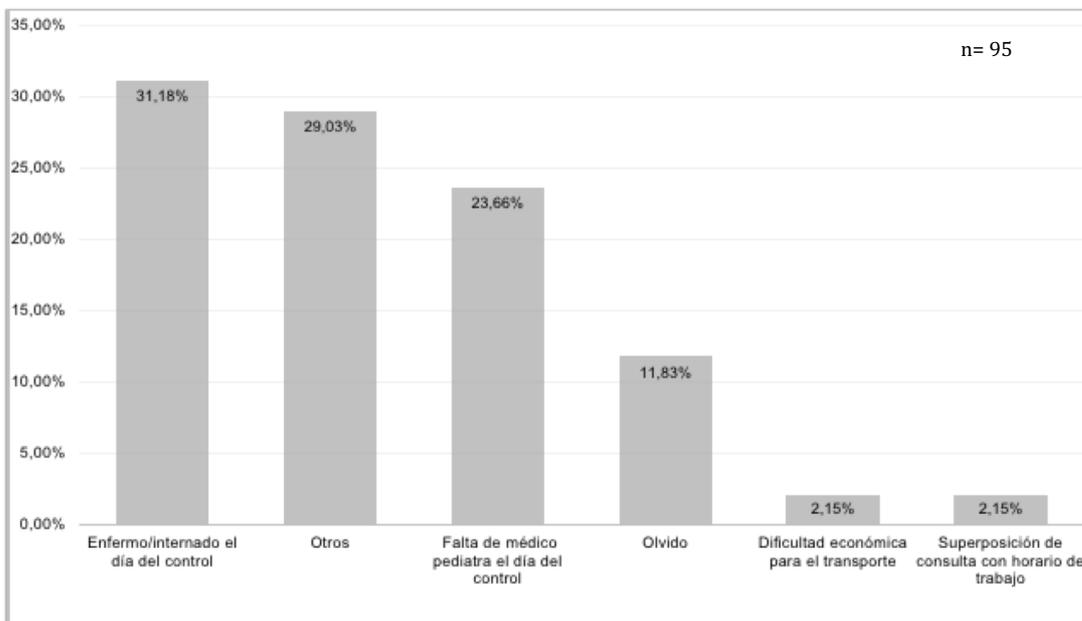


En cuanto al **cumplimiento de los controles pediátricos** 212 (69,06%) niños presentaron buen control, y 95 (30,94%) niños presentaron mal control. (Figura 1)

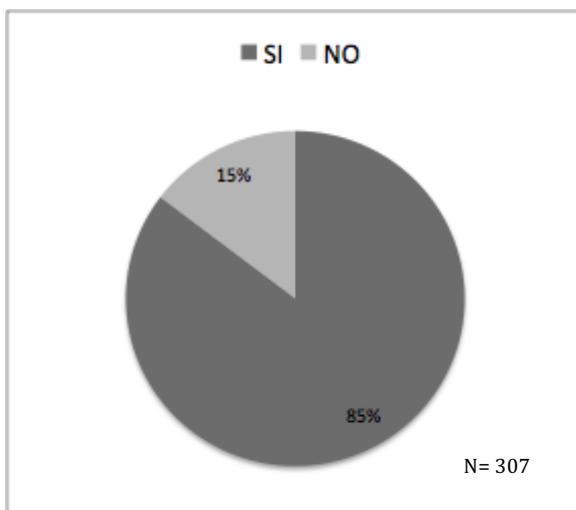
**Figura 1. Cumplimiento de controles**

En la siguiente figura se muestran los porcentajes de los niños bien y mal controlados según franja etaria. Dentro de las causas del no cumplimiento del control, en 29 (31,18%) se encontró que el motivo fue enfermedad o internación del niño; y en 27 (29,03%) la causa fue “otros”. Dentro de estas últimas se destacan: inclemencias climáticas, hermanos enfermos el día del control, paro de funcionarios de policlínica, cambio de barrio, entre otros. (Figura 2)

Como tercera causa importante en frecuencia, en 22 (23,66%) casos se encontró que el motivo fue “falta de médico pediatra el día del control”.

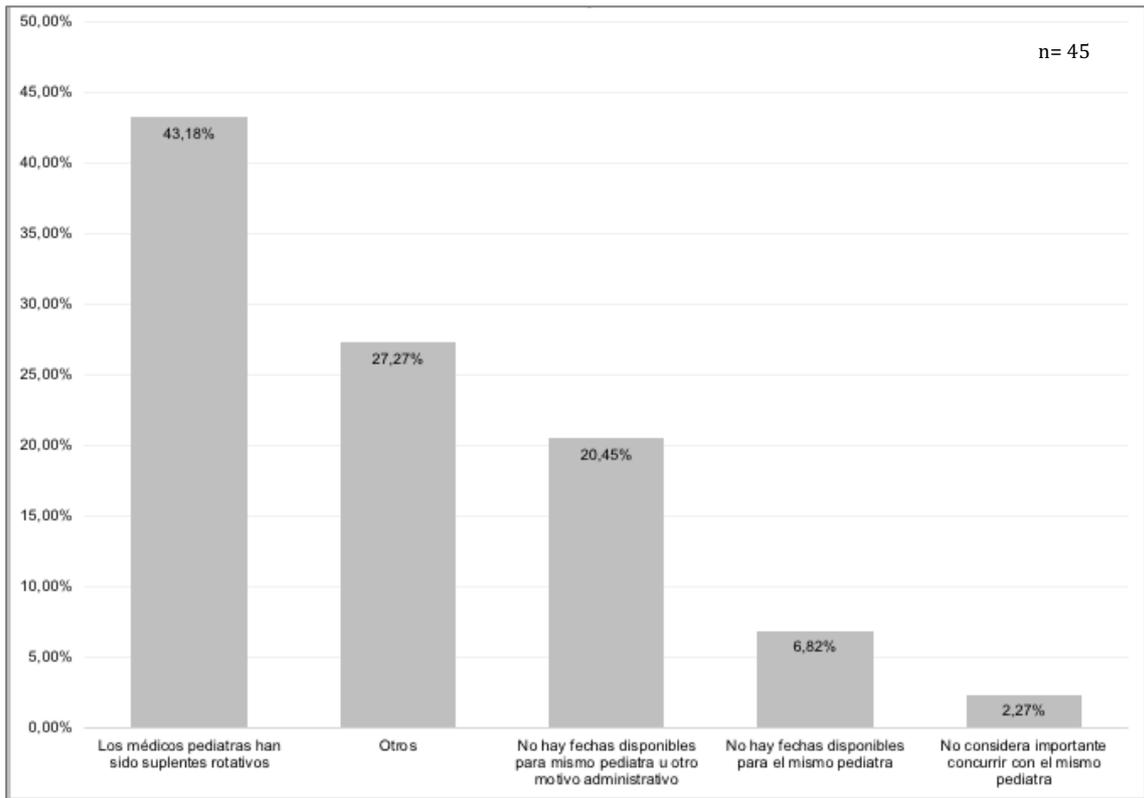


**Figura 2. Motivos de incumplimiento del control**

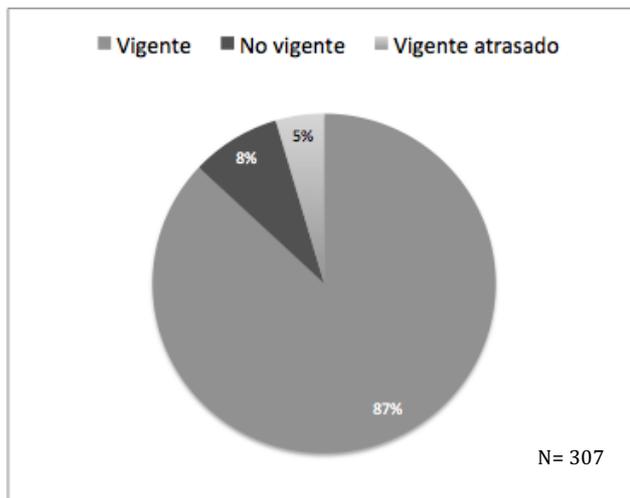


**Figura 3. Pediatra de referencia**

Seguidamente, al evaluar el **médico de referencia**, se encontró que 262 (85,43%) niños cuentan con pediatra de referencia y 45 (14,66%) no cuenta (Figura 3). Dentro de las causas de no cumplimiento se observa que 19 (43,18%) tutores refieren que los médicos pediatras han sido suplentes rotativos, 12 (27%) refieren otras causas de las que se destacan: cambio de barrio, cambio de asistencia privada a pública. Como tercera causa 9 (20,45%) refieren problemas administrativos. (Figura 4).



**Figura 4. Motivo de no contar con médico de referencia**



En cuanto a la **vigencia del CEV**, dentro de la población analizada 269 (87,62%) de los niños lo presentaba vigente, 12 (3,91%) vigente atrasado y 26 (8,47%) no vigente. (Figura 5).

**Figura 5. Vigencia de CEV**

Por otro lado, para poder evaluar la asociación estadística entre la variable dependiente (cumplimiento de controles pediátricos) y el resto de variables tomadas en cuenta, se realizaron diferentes tablas que exponen de forma precisa los resultados obtenidos.

Se observa una asociación estadísticamente significativa entre el **cumplimiento de los controles pediátricos y la vigencia del CEV**, con un valor p de 0,0029. (Tabla 2)

Dentro de los 214 niños bien controlados, se identificó que 195 (91,12%) de ellos presenta un CEV vigente, 8 (3,74%) vigente atrasado y 11 (5,14%) poseen un CEV no vigente. En los 93 niños mal controlados 72 (77,42%) presentaban un CEV vigente, mientras que 15 (16,13%) se encontraban no vigentes, por último 6 (6,45%) poseían un CEV vigente atrasado.

**Tabla 2. Distribución del cumplimiento de los controles pediátricos según la vigencia del CEV**

CUMPLIMIENTO DE CONTROLES PEDIÁTRICOS	CEV			Total	Valor P
	No vigente	Vigente	Vigente atrasado		
<b>Bien controlado</b>	11	195	8	214	0,0029
<b>Mal controlado</b>	15	72	6	93	
<b>TOTAL</b>	26	267	14	307	

Por otra parte, se observa una asociación estadísticamente significativa entre **la edad del niño y el cumplimiento de los controles pediátricos**. (Tabla 3). Se destaca un mayor cumplimiento de los controles en la franja etaria de menores de 1 mes, con 9 (100%) niños bien controlados. Dentro de los niños mayores de 1 mes y menores de 12 meses se observa un alto porcentaje de bien controlados muy similar al obtenido en la franja etaria de 5 a 12 años, con 107 (73,79%) y 41 (74,55%) respectivamente. El grupo que presenta un mayor porcentaje de mal controlados es el de niños mayores de 12 meses a 5 años con 41(41,84%) casos.

**Tabla 3. Distribución del cumplimiento de los controles pediátricos según la edad del niño**

Edad	Cumplimiento de controles pediátricos		Total	Valor P
	Bien controlado	Mal controlado		
<b>≥1 mes hasta &lt;12 meses</b>	107	38	145	0,0213
<b>≥12 meses hasta &lt;5 años</b>	57	41	98	
<b>≥5 años hasta &lt;12 años</b>	41	14	55	
<b>TOTAL</b>	205	93	298	

El análisis de la relación entre el **cumplimiento de los controles pediátricos y la cantidad de menores a cargo**, arroja que en 150 (72,82%) los tutores responsables de los niños bien controlados, tienen a cargo entre 1-2 hijos. (Tabla 4).

Por otro lado, 37 (40,22%) de los niños mal controlados, pertenecen a familias con más de 3 hijos a cargo. Se aprecia por tanto, una relación estadísticamente significativa entre las dos variables.

**Tabla 4. Distribución de los controles pediátricos según menores a cargo del tutor**

<b>Cumplimiento de controles pediátricos</b>						
<b>Menores a cargo</b>	<b>Bien controlado</b>	<b>Mal controlado</b>	<b>Total</b>	<b>Valor P</b>	<b>OR</b>	<b>INT. CONFIANZA</b>
<b>≥3</b>	55	37	92	0,025	0,55	0,33-0,93
<b>1-2</b>	150	56	206			
<b>Total</b>	205	93				

No se demuestra una asociación estadísticamente significativa entre **el cumplimiento de los controles pediátricos y el resto de las variables analizadas**: edad del tutor, tipo de hogar, nivel de instrucción del tutor, horas de trabajo de tutor, ubicación de la vivienda y distancia al centro de salud.

Sin embargo, pese a no ver una relación significativa con la variable “**tipo de hogar**”, se destaca un valor P de 0,06, existiendo una clara predominancia de inasistencia a los controles periódicos en aquellos niños pertenecientes a familias monoparentales femeninas.

**Tabla 5. Influencia de variables independientes en cumplimiento de controles pediátricos**

	<b>Estimado</b>	<b>Error estándar</b>	<b>z</b>	<b>df</b>	<b>Valor p</b>
<b>Intercepto</b>	-2,147	0,503	-4,265	1	<0,001
<b>Edad</b>	0,070	0,166	0,420	1	0,674
<b>Nivel de instrucción</b>	0,115	0,180	0,640	1	0,522
<b>Edad de tutor</b>	0,243	0,224	1,086	1	0,278
<b>Distancia a centro de salud</b>	0,112	0,134	0,832	1	0,405
<b>Menores a cargo</b>	0,297	0,130	2,280	1	0,023

Finalmente, se realiza un análisis de regresión logística múltiple, destacándose la influencia de la variable “cantidad de menores a cargo” en el cumplimiento de los controles pediátricos, considerando que a mayor cantidad de menores a cargo, el cumplimiento tendería a desmejorar. El resto de las variables analizadas con el estadístico mencionado no demuestra una influencia estadísticamente significativa en el cumplimiento de los controles.

## DISCUSIÓN

El abordaje específico de los controles pediátricos recogido en este estudio, hace de esta investigación una de las más recientes realizadas en nuestro país. Esto se debe a que los únicos dos trabajos con similares objetivos, fueron realizados con anterioridad en los años 2011 y 2012 incluso antes de la creación del “Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020”. Este último, a su vez, fue utilizado como parte de la justificación de la presente investigación, teniendo en cuenta que el mismo constituye una herramienta para el seguimiento y apoyo de niños, niñas y adolescentes y sus familias.

Vinculando el estudio con los dos preexistentes (ambos estudios descriptivos) se puede mencionar que una de las diferencias más notorias observadas, es el rango de edad de los niños incluidos dentro de los mismos. Se considera que el hecho de haber ampliado el rango de edades llevándolo hasta los 11 años y 11 meses de edad, es una de las ventajas que ofrece nuestro estudio, pues las investigaciones anteriores llegaban a un máximo de 3 años de edad.

A su vez, el presente estudio cuenta con un n mayor, con más posibilidad de analizar las variables obtenidas.

A la hora de evaluar la calidad de los controles de los niños institucionalizados, se observó que estos no dependen en su mayoría de los tutores a cargo. Es decir, es el centro al que pertenecen el que se encarga del traslado a policlínica o bien del llamado al profesional de salud para que lo asista. Por tanto, se podría considerar esta situación como un posible sesgo del presente estudio. A su vez, la recolección de cualquier dato que arroja esta investigación queda bajo la veracidad con la que los tutores a cargo se manifiesten, siendo un relato subjetivo y dependiente en su totalidad.

Existieron factores incontrolables que intervinieron en la recopilación adecuada de los datos. Se destaca la no tenencia del carné del niño/niña al momento del interrogatorio, estando el mismo en manos del departamento de enfermería o residentes. Esto no permitió una posible entrevista, aún contando con la buena disposición de los tutores.

En cuanto a los resultados, el porcentaje de sujetos en estudio que presentaba un buen control fue del 69,06% y aquellos con un mal control del 30,94%, a diferencia de los otros estudios llevados a cabo en el Centro de Salud “La Cruz de Carrasco” y en el Centro de Salud del Cerro, donde se observó 47% y 85,3% de mal controlados respectivamente. Esto podría demostrar que existe un incremento del número de controles pediátricos vinculado a la creación del “Plan Nacional de

Primera Infancia, Infancia y Adolescencia” (2016) , ya que este apoya el seguimiento de los niños, niñas y adolescentes bajo pautas previamente establecidas. Los principales motivos de inasistencia en los estudios anteriores fueron olvido y superposición con el horario de trabajo, a diferencia de este estudio donde la principal causa fue enfermedad o internación del niño/a el día del control.

Las únicas variables que demuestran una asociación estadísticamente significativa son la edad del niño/a, la vigencia del CEV y la cantidad de menores a cargo del tutor.

Se destaca que la edad donde hay una mejor asistencia a los controles pediátricos es en menores de 1 mes. En la franja etaria comprendida entre los 12 meses y los 5 años, se encuentra el mayor porcentaje de mal control, con un 41,84%. Dicho resultado podría estar asociado a que son edades, en las que aún muchos niños/as no concurren a escuela, jardín o CAIF, donde posiblemente haya un mejor control de la obligatoriedad de los controles pediátricos.

En cuanto a la vigencia del CEV, se observa un mayor porcentaje de CEV no vigente y vigente atrasado en aquellos niños/as mal controlados, probablemente por la falta de seguimiento de un pediatra que haga énfasis en el cumplimiento el mismo.

La variable “cantidad de menores a cargo” constituye una asociación estrecha con el cumplimiento de los controles pediátricos, siendo la presencia de menos de 3 hijos un factor protector para el buen control, apoyado por un OR de 0,55 (IC 0,33-0,93). Dicho resultado demuestra la dificultad que muchas familias con más de 3 hijos presentan para concurrir a los controles en salud. A su vez, los niños pertenecientes a familias monoparentales femeninas exhibieron mayor cantidad de inasistencias, presentando un resultado del 44% de niños mal controlados. Esto demuestra que aquellas familias con numerosos hijos a cargo y aquellas dependientes de un solo tutor, cuentan con menos apoyos instrumentales y mayores dificultades para concurrir a los controles adecuadamente.

Se destaca que prácticamente la totalidad de los tutores responsables de los niños/as (99,3%), consideran importante asistir a los controles pediátricos.

Para finalizar, cabe destacar que existieron variables imposibles de analizar, ya que el método estadístico indicado para ello, resultó incompatible.

## CONCLUSIONES

El “Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020” resulta un buen instrumento para indentificar y priorizar el bienestar de los niños, niñas y adolescentes de Uruguay.

Se considera relevante continuar informando a la población sobre la importancia de los controles pediátricos, para así mejorar la salud bio-psico-social de los niños y adolescentes. Es fundamental además hacer énfasis en la importancia de contar con pediatra de referencia que aborde la salud en sus diferentes áreas.

Los resultados obtenidos podrían colaborar en el desarrollo de nuevas políticas sociales.

Se plantea como perspectiva la posibilidad de realizar otro estudio descriptivo en el futuro, que tenga como abordaje principal a aquellos niños y niñas con un mal control pediátrico, buscando con mayor precisión las causas de dicho incumplimiento. Este estudio describe algunas de las variables que tienen mayor influencia en la no asistencia a los controles. Sin embargo podría tomarse como un primer trabajo para seguir avanzando en esta búsqueda y así poder crear estrategias o herramientas con el fin de que el porcentaje de niños y niñas con correcto cumplimiento de sus controles pediátricos siga en aumento.

Un futuro estudio que tenga en cuenta esta misma metodología, podría enfocarse en los adolescentes ya que el rango etario de este trabajo alcanza un máximo de 11 años y 11 meses de edad. En dicho estudio además de describirse el cumplimiento de los controles establecidos para los adolescentes, podría especificarse cuál es la calidad de los mismos y si se abordan temas de relevancia como la salud sexual y reproductiva, consumo de tóxicos, prevención de accidentes de tránsito, entre otros.

## **AGRADECIMIENTOS**

Esta monografía fue un proceso de aprendizaje y experiencia tanto personal como grupal, la cual consideramos fue de suma importancia para nuestra formación como futuros médicos. Agradecemos especialmente al Dr. Carlos Zunino y a Valentina Collistro y Guadalupe Herrera por parte del Departamento de Bioética y el Departamento de Metodología Científica respectivamente, por su buena predisposición a la hora de ayudarnos con la evacuación de diferentes dudas que surgieron en el proceso de creación y análisis de datos del presente estudio. También agradecemos a los diferentes funcionarios del CHPR por la buena disposición con todo nuestro equipo de trabajo durante el periodo de recolección de datos, en el cual visitamos con mucha frecuencia el Hospital y siempre nos trataron con mucha amabilidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MIDES, Consejo Nacional de Políticas Sociales. Plan Nacional De Primera Infancia, Infancia y Adolescencia. 2016. 2016 p.
2. Acosta-Ordoñez KD. Nutrición y desarrollo [Internet]. Estudios sociales del Pacífico colombiano. Capítulo 7. Nutrición y desarrollo. Pág.:233-290. 2017. Available from: <http://repositorio.banrep.gov.co/handle/20.500.12134/7170>
3. MSP. Sobre la evolución de la mortalidad infantil en Uruguay. 2017;2016(124):2016–7.
4. UNICEF. Inversión pública en la infancia y la adolescencia. 2011;34.
5. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. Principales resultados encuesta continua de hogares (ECH) 2014. 2014;1–72. Available from: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/37924/ECH+2014/808d35b5-f9df-44e6-86af-e4bec9f761a8>
6. Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia. ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA 2010-2030. 2008;1–58. Available from: <http://www.anong.org.uy/docs/noticias/Documento ENIA 20nov08.pdf>
7. Uauy R, Carmuega E, Barker D. Impacto del crecimiento y desarrollo temprano sobre la salud y bienestar de la población. 2009. 200p p.
8. Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Schor NF, Behrman RE. NELSON Tratado de Pediatría.
9. Irwin L., Siddiqi A., Hertzman C. Desarrollo de la Primera Infancia : Un Potente Ecuilizador Informe Final. Organ Mund la Salud [Internet]. 2007;82. Available from: [http://www.who.int/social\\_determinants/publications/early\\_child\\_dev\\_ecdkn\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf)
10. Pérez G W, García P A. Semiología Pediátrica. Montevideo, Uruguay: FEFMUR Oficina del Libro; 2010
11. Guia Nacional de Vigilancia del Desarrollo del niño y de la niña. Control Periodico del Nino y Nina hasta los 14 anos.
12. Mustard JF. Desarrollo de la primera infancia y del cerebro basado en Experiencia. 2006;112.
13. UNICEF. UNICEF-La primera infancia importa para cada niño [Internet]. 2017. 1–92 p. Available from: [https://www.unicef.org/media/files/UNICEF\\_Early\\_Moments\\_Matter\\_for\\_Every\\_Child\\_report.pdf](https://www.unicef.org/media/files/UNICEF_Early_Moments_Matter_for_Every_Child_report.pdf)
14. Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. Ley 17.823 CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA. 2011;1–43.

15. UNICEF-Comité Español. Convención sobre los derechos del niño. Estado Mundial de la Infancia 1991 [Internet]. 2016;75–96. Available from: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
16. White AJ. Manual Washington de Pediatría. Wolters Kluwer. Washington University; 2016. 920 p.
17. Pinchak C, De Olivera N, Iturralde A. Atención Pediátrica. Normas Nacionales de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención [Internet]. Vol. 44383, FEFMUR Oficina del Libro. 2014.
18. Publica MDES. Ley N° 15.272\* MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. 1982;21227.
19. Quian J. Actualizaciones del Certificado Esquema de Vacunación . Perspectivas a futuro en vacunación en la niñez. 2010;81(1):34–45.

## ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO PARA PADRES Y PACIENTES

#### “Cumplimiento de los controles pediátricos en niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rosell, 2019”

Clínica Pediátrica “C” - Prof. Gustavo Giachetto

#### INVESTIGADORES

Prof. Adjunta Dra. Soledad Pandolfo

Prof. Adjunta Dra. Cristina Zaballa

Br. Fiorella Crapuchett

Br. Meliza Pereyra

Br. Leticia Rodríguez

Br. Virginia Rodríguez

Br. Stephany Vaucher

A usted se le está invitando a participar de este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

¿Por qué es importante este estudio?

Esta investigación busca conocer si los niños que están internados en el hospital están bien controlados o no y los motivos.

Este estudio se considera de relevancia ya que se pretende lograr establecer posibles causas que favorezcan la falta de cumplimiento de los controles pediátricos; y así de esta forma incentivar la creación de estrategias que fomenten y mejoren dicho cumplimiento. Ya que se consideran los controles en salud una importante intervención que promocionan hábitos saludables y detectan precozmente enfermedades en los niños, niñas y adolescentes.

#### OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Describir el cumplimiento de controles pediátricos en pacientes internados en cuidados moderados del Hospital Pereira Rosell.
- Describir qué porcentaje de pacientes cuenta con pediatra de referencia.

- Analizar la relación entre el cumplimiento de los controles pediátricos y distintas variables que puedan influir en los controles en salud.
- Analizar la relación entre el cumplimiento de los controles pediátricos y la vigencia del carné de vacunas.

### **¿CÓMO SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO?**

- Una vez aceptado y firmado el formulario de consentimiento informado, se procederá a realizarle una serie de preguntas (aproximadamente 10min) y llenar un formulario para el registro de los datos.
- Se solicitará cédula de identidad del paciente para verificar fecha de nacimiento; el carné de control pediátrico y el carné de vacunas para verificar cumplimiento de controles y vigencia de vacunas respectivamente.

### **ACLARACIONES**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted ni para el menor, en caso de no aceptar la invitación.
- No tendrá que hacer ningún gasto durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Las utilidades de los datos brindados serán únicamente para la realización de éste estudio.
- Usted puede retirarse del estudio si así lo desea, sin necesidad de brindar explicación alguna.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar el formulario de consentimiento informado.

## CONTACTOS

En caso de dudas o consultas puede dirigirse a los siguientes teléfonos o emails:

Prof. Adjunta Dra. Soledad Pandolfo

Prof. Adjunta Dra. Cristina Zaballa

Teléfonos:

Email:

Yo,....., con cédula de identidad....., de nacionalidad....., tutor/a del paciente....., he leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

## FORMULARIO

“Cumplimiento de los controles pediátricos en niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, 2019”

Cuidados Moderados/Piso	
Sala	

Fecha:    /    /

Nombre del entrevistador:

C.I:

Fecha de nacimiento:

Sexo: Masculino

Femenino

1. Edad de niño/a:

2. Edad de tutor o adulto responsable:

<b>&lt; a 1 mes</b>	
<b>≥1 mes hasta &lt;12 meses</b>	
<b>≥ a 12 meses hasta &lt; 5 años</b>	
<b>≥ a 5 años hasta &lt; 12 años</b>	

<b>&lt; a 19 años</b>	
<b>≥ 20 a &lt; 29 años</b>	
<b>≥ 30 años</b>	

3. Nivel de Instrucción:

Sin instrucción		Nivel Terciario no universitario	
Nivel Primario		Nivel Terciario universitario	
Nivel Secundario- Ciclo básico-UTU		No aplica	
Nivel Secundario Bachillerato			

4. Horas de Trabajo:

5. Tipo de Hogar:

No trabaja	
< de 20 horas	
≥ 20 a < de 40 horas semanales	
≥ 40 a < de 60 horas semanales	
≥ 60 horas semanales	

Compuesto	
Extendido	
Monoparental masculino	
Monoparental femenino	
Biparental	
Institucionalizado	

6. Ubicación de vivienda:

Municipio A	
Municipio B	
Municipio C	
Municipio CH	
Municipio D	
Municipio E	
Municipio F	
Municipio G	
No Montevideo/Urbano	

7. Distancia a centro de salud:

Menos de 10 cuadras		Entre 31 y 50 cuadras	
Entre 11 y 30 cuadras		Más de 51 cuadras	

8. Cantidad de menores a cargo

1	
2	
3	
4 o >	

9. Cumplimiento de Controles Pediátricos:

Marque donde corresponda según grupo etario

Menores de 1 mes:

- a. Bien controlado. 0- 1 inasistencias
- b. Mal controlado. 2 o más inasistencias

Entre 1 mes a 12 meses:

- a. Bien controlado. 0- 2 inasistencias
- b. Mal controlado. 3 o más inasistencias

Entre 12 meses y 4 años y 11 meses:

- a. Bien controlado. 0-1 inasistencias
- b. Mal controlado. 2 o más inasistencias

Mayores de 5 años:

- a. Bien controlado. 0 inasistencias
- b. Mal controlado. 1 o más inasistencias

¿Cuál fue el principal motivo por el que no asistió a los controles pediátricos? Encierre con círculo la opción que considere acorde a su respuesta

- 1. Estaba enfermo el día del control.
- 2. Dificultad económica para transporte.
- 3. Superposición de consulta con horario de trabajo.
- 4. Falta de médico pediatra el día de la consulta.
- 5. No considera importante concurrir a los controles pediátricos de forma regular.
- 6. Olvido
- 7. Otro

--

10. ¿Considera importante concurrir a controles pediátricos regularmente?

SI  NO

11. Pediatra de Referencia:

SI  NO

En caso de que la respuesta sea "NO", ¿Cuál es el principal motivo por el que no cuenta con médico pediatra de referencia? Encierre con círculo la opción que considere acorde a su respuesta

1. No hay fechas disponibles para el mismo pediatra u otro motivo administrativo.
2. Los médicos pediatras han sido suplentes rotativos.
3. No considera importante concurrir al control con el mismo pediatra.
4. Otros.

12. Carné de vacunación:

- a. Vigente
- b. Vigente atrasado
- c. No vigente

Comentarios: