



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE**



# **CONTROL DE SALUD DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR**

**AUTORES:**

Br. Cataño, Silvia  
Br. Pereira, Valeria  
Br. Rivero, Noelle

**TUTOR:**

Lic. Enf. Fernández, Lía

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2004**

---

**INDICE**

---

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	Pág. 4
<b>2. FUNDAMENTO</b>	Pág. 6
<b>3. PROBLEMAS Y OBJETIVOS</b>	Pág. 9
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	Pág.11
4.1. Desarrollo y crecimiento del niño	Pág.12
4.2. Niño escolar	Pág.14
4.3. Atención Primaria en Salud	Pág.16
4.4. Control en Salud	Pág.19
4.5. Enfermería en el Primer Nivel de Atención	Pág.25
<b>5. MÉTODO</b>	Pág.28
5.1. Tipo de estudio	Pág.29
5.2. Elección del campo	Pág.29
5.3. Universo	Pág.29
5.4. Procedimiento	Pág.29
5.5. Definición de Variables	Pág.30
<b>6. ANÁLISIS</b>	Pág.34
6.1. Características de la población	Pág.35
6.2. Periodicidad con que se realiza el Control en Salud, la población, en el Centro de Salud Maciel	Pág.42
6.3. Aspectos característicos del Control en Salud en el Centro de Salud Maciel	Pág.47
6.4. Control en Salud	Pág.50
<b>7. CONCLUSIONES</b>	Pág.55
<b>8. SUGERENCIAS</b>	Pág.57
<b>9. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA</b>	Pág.59
<b>10. ANEXOS</b>	Pág.61
ANEXO 1	Pág.62
ANEXO 2	Pág.70
ANEXO 3	Pág.72
ANEXO 4	Pág.76

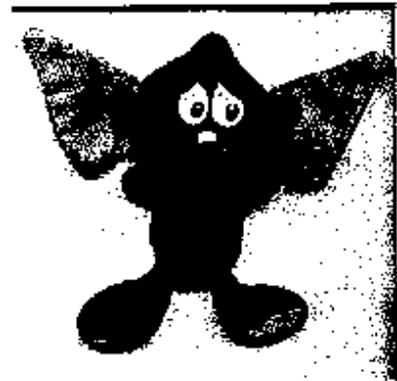
## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos hacer explícito nuestro agradecimiento:

- A la Prof. Lic. en Enf. Lía Fernández por su aliento y apoyo en nuestros momentos de desánimo y el aporte de sus conocimientos para nuestro crecimiento profesional.
- Al Lic. en Enf. Pablo Beltrame por brindarnos su amistad y su apoyo incondicional en este proceso.
- A la Lic. en Enf. Gabriela Pesce por brindarnos su espacio desinteresadamente para la realización de nuestro trabajo.
- A la Dirección y personal del Centro de Salud Maciel, en especial a "Néstor" (encargado de archivo) por su paciencia, tiempo y colaboración.
- A nuestras familias y amigos por entender nuestras ausencias, por el cariño y paciencia en cada paso.

---

# 1- INTRODUCCIÓN



## **1. INTRODUCCIÓN.**

---

Esta investigación fue llevada a cabo por tres estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, en el periodo comprendido entre Mayo 2003 y Setiembre 2004.

La misma esta enfocada a conocer si los niños en edad escolar (6 a 12 años), bajo el área de cobertura del Centro de Salud Maciel concurren a realizarse el control en salud.

La importancia de trabajar en este ámbito radica en que la edad escolar corresponde a la etapa de mayor desarrollo y capacidad de aprendizaje, por ello hay que hacer un mayor esfuerzo para favorecer sus potencialidades previniendo de forma precoz todos aquellos problemas que puedan interferir en un óptimo desenvolvimiento de sus capacidades y promoviendo prácticas saludables que permitan que estos individuos culminen esta etapa de la forma más óptima. El control en salud de un niño es una oportunidad única de apoyar a la familia desde el comienzo, privilegiando la promoción y el conocimiento de las capacidades del niño según su edad. Es también una oportunidad para el personal de salud para relacionarse con el niño como persona responsable de su salud, formándolo paso a paso en la adquisición de hábitos de vida saludables.

Teniendo en cuenta la falta de información sobre el tema se consideró justificado la realización de una investigación que permita conocer esta situación. Para realizarla utilizamos un diseño metodológico de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo. Nuestro universo fueron los registros en las historias clínicas de todos los niños en edad escolar bajo el área de cobertura del Centro de Salud Maciel. El instrumento de recabación de datos fue un formulario con preguntas estructuradas y no estructuradas que fue completado por quienes llevamos a cabo la investigación. Se analizaron los datos de todo el universo, por ser un número posible de abordar, utilizando la estadística descriptiva.

---

# 2- FUNDAMENTO

## 2- FUNDAMENTO



## 2. FUNDAMENTO

---

Nuestro interés por investigar el control en salud de los niños en edad escolar (6 a 12 años) surge a partir de las diferentes experiencias prácticas que fuimos desarrollando a lo largo de la carrera en los distintos centros de salud de atención primaria, en los cuales observamos que los niños comprendidos en estas edades, en la mayoría de los casos, consultaban por noxas específicas y no por control en salud. Así mismo, distintos integrantes de los equipos de salud manifestaron su inquietud sobre este problema.

Al iniciar nuestra búsqueda nos entrevistamos con representantes de distintas instituciones como: Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE); Ministerio de Salud Pública (MSP) (Dr. Quesada: Director de la División Salud); Intendencia Municipal de Montevideo (División Salud); Sindicato Médico del Uruguay (Biblioteca); Administración Nacional de Educación Primaria (ANEP) (representante del Dpto. Salud); Facultad de Enfermería (Trabajos de Investigación); Facultad de Medicina (Archivos de Estudios de Investigación), en ninguna de ellas encontramos registros, datos estadísticos ni trabajos anteriores sobre si los niños se controlan su salud o no, en consecuencia, no existe una evaluación sobre el éxito o fracaso del control en salud en esta población. Además de no existir un programa específico sobre control en salud de los niños en edad escolar, los programas existentes solo alcanzan la etapa de ejecución y no definen claramente indicadores de evaluación que permitan una retroalimentación del impacto de los mismos, situación que está presente en Uruguay y América Latina.

En Healthy People, Programa Nacional de Estados Unidos adaptable al programa de la OMS "Salud para todos en el año 2000", la Promoción de la Salud se define como "El desarrollo de las medidas individuales y colectivas que pueden ayudar (a las personas) a desarrollar estilos de vida capaces de mantener y manejar el/los estado/s de bienestar.

En el segmento de vida que se extiende desde los 6 a los 12 años, el niño enfrenta una de las etapas más exigentes de su desarrollo personal la cual será determinante para la consolidación de su personalidad y de sus capacidades emocionales, laborales y sociales. Este concepto implica una visión dinámica, evolutiva y prospectiva del ser humano y es una característica diferencial en la asistencia del niño.

Por lo anteriormente expuesto el control en salud constituye una oportunidad valiosa y única para inducir cambios favorables en la salud del niño. Si hablamos de la importancia del control en salud en esta etapa diremos, que durante la supervisión de salud del niño se recopila una variedad de información acerca de él y su familia, que constituye para el equipo de salud una herramienta vital para el seguimiento de su estado de salud. Su supervisión, cuidado y fomento es una actividad compleja y de la mayor importancia, aunque no tenga la urgencia o espectacularidad de la actividad del equipo asistencial orientada hacia la enfermedad.

Por tal motivo, y por todo lo mencionado anteriormente, consideramos necesario comprobar científicamente si los niños en edad escolar concurren al control en salud.

Teniendo en cuenta que en diferentes zonas de Montevideo se observan distintos grados de satisfacción de las Necesidades Humanas Fundamentales, nos entrevistamos con Licenciadas/os en Enfermería responsables de Centros de Salud de diversas zonas, las mismas manifestaron que en estos Centros no se realiza el

seguimiento del control en salud de los niños en edad escolar, contando sí con programas específicos para niños menores de 1 año y adolescentes. (Ver anexo 1)

A partir de lo antes mencionado y para poder llevar adelante nuestra investigación de acuerdo a los recursos (Humanos, Tiempo y Financieros) con los que contamos es que seleccionamos un solo Centro de Salud. Para la selección del mismo nos basamos en las características demográficas de la ciudad de Montevideo en donde se observa que la mayor densidad de población se ubica en la zona centro-sur al este de la bahía, esta zona esta comprendida bajo el área de cobertura del Centro de Salud Maciel (ubicado en 25 de Mayo 183) lugar donde llevaremos a cabo nuestra investigación. (Ver anexo 2)

Esta investigación podrá ser punto de partida para la elaboración de planes de trabajo que aborden esta problemática así como investigaciones posteriores que lleven a la profundización del control en salud. De esta forma surgirán nuevos campos laborales en los que la Enfermería Profesional tendrá otra oportunidad de participar activamente dentro de la comunidad al atender sus necesidades, intereses y problemas.

---

## 3- PROBLEMA Y OBJETIVOS



### **3. PROBLEMA Y OBJETIVOS**

---

#### **3.1. PROBLEMA.**

Desconocimiento de la realización del Control en Salud de los niños en edad escolar (6 a 12 años) bajo el área de cobertura del Centro de Salud Maciel.

#### **3.2. PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN.**

¿Los niños en edad escolar, bajo el área de cobertura del Centro de Salud Maciel, concurren al Control en Salud?

#### **3.3. OBJETIVOS.**

##### **3.3.1. OBJETIVO GENERAL.**

Determinar si se realiza o no el Control en Salud en los niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel.

##### **3.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- a- Caracterizar la población del Centro de Salud Maciel.
- b- Determinar la periodicidad con que se realiza el Control en Salud la población en estudio en este Centro
- c- Describir los elementos que se incluyen en el Control en Salud de los niños en edad escolar realizado en el Centro de Salud Maciel.

---

4- MARCO TEÓRICO  
4- MARCO TEÓRICO



## **4. MARCO TEÓRICO**

---

### **4.1. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO.**

Se entiende por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez. Este concepto implica una visión dinámica, evolutiva y prospectiva del ser humano y es una característica diferencial en la asistencia del niño.

El objeto de la atención a su salud no consiste solamente en satisfacer sus necesidades actuales, sino también en promover un crecimiento y desarrollo normales para que llegue a ser un adulto sano.

Crecimiento y desarrollo son el resultado de una interacción de factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo.

Si las condiciones de vida (físicas, biológicas, nutricionales, biopsicosociales, etc.) son favorables, el potencial genético de crecimiento y desarrollo podrá expresarse en forma completa, pero en caso de ser desfavorables, éste se verá limitado de acuerdo a la intensidad y persistencia del agente agresor.

Crecimiento y desarrollo del niño constituyen excelentes indicadores positivos de salud. La evaluación periódica del crecimiento ofrece la posibilidad de observar como, ante una variación positiva de las condiciones de salud y nutrición, mejoran los parámetros del crecimiento físico de los niños.

#### **4.1.1. CRECIMIENTO DEL NIÑO.**

Crecimiento ha sido definido como el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular. Podemos estudiar el crecimiento en el ámbito de la masa corporal total, con mediciones antropométricas que tienen una gran aplicación clínica, tales como el peso y la estatura.

Los factores que regulan el crecimiento son:

- ✓ Factores nutricionales: Se refieren a la necesidad de contar con una adecuada disponibilidad de alimentos y la capacidad de utilizarlos para el propio organismo, con el fin de asegurar el crecimiento.
- ✓ Factores socioeconómicos: el hecho de contar con pocos recursos económicos tiene importancia sobre el crecimiento.
- ✓ Factores emocionales: se relacionan con la importancia de proporcionar al niño un ambiente psicoafectivo adecuado desde su nacimiento y a lo largo del crecimiento.
- ✓ Factores genéticos: ejercen su función en forma permanente durante el transcurso del crecimiento.
- ✓ Factores neuroendocrinos: participan en el funcionamiento normal de un organismo. Todas las hormonas y factores que regulan el crecimiento ejercen su acción a través de mecanismos específicos y a edades determinadas de la vida, tanto en la etapa prenatal como en la postnatal.

Periodos de crecimiento.*Períodos de crecimiento intrauterino:*

- ✓ Período embrionario
- ✓ Período fetal

*Períodos de crecimiento postnatal:*

- ✓ Primera infancia: Abarca desde el nacimiento hasta los 3 años de edad y se caracteriza por un crecimiento rápido, si bien con una notable desaceleración respecto al período intrauterino. Esta es una etapa de riesgo, sensible a las carencias nutricionales, infecciones y otras enfermedades (diarreas, enfermedades respiratorias, parasitosis, etc.).
- ✓ Segunda infancia: A partir de los 3 años y hasta el comienzo de la edad puberal, transcurre un período en el cual la velocidad de crecimiento se mantiene constante. Desde el punto de vista del desarrollo se producen cambios importantes en la motilidad fina y la adquisición de conocimientos que posibilitan la integración a una educación formal.
- ✓ Etapa de aceleración o empuje puberal: Este empuje señala los grandes cambios que sufre el niño en su constitución somática y su desarrollo psicosocial. Es un período de rápidas transformaciones que en las mujeres alcanza su máxima velocidad a los 12 años y en los varones a los 14 años y condiciona en gran parte el ajuste que ha de tener el joven en su ambiente.
- ✓ Fase de detención final del crecimiento: Se da a la segunda mitad de la segunda década de la vida. El individuo se encuentra en condiciones físicas que, sumadas a las experiencias de aprendizaje, posibilitan su expresión en el medio social.

Para la evaluación del crecimiento del niño, el registro de peso y talla constituye el método más apropiado en el ámbito de atención primaria para detectar desviaciones del crecimiento, a la vez que permite realizar un diagnóstico del estado nutricional.

También podemos evaluarlo mediante el índice de masa corporal (IMC). Este es un método que permite establecer si una persona pesa menos o más de lo debido. Con este dato y tomando en cuenta la edad y sexo se puede determinar mediante tablas especiales si la persona tiene un peso deficiente, normal o excesivo.

**4.1.2. DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO.**

Por desarrollo neuropsíquico se entiende el proceso a través del cual se ponen en actividad los diferentes mecanismos de la vida intelectual y de relación. Avanza a través de fases sucesivas cualitativamente diferentes, que si bien comparten factores comunes, también reflejan ciertas irregularidades y enormes diferencias interindividuales que hacen a la personalidad de cada uno.

Seguendo a expertos autores se define al desarrollo psicomotor como "el proceso continuo mediante el cual el niño adquiere habilidades gradualmente más complejas que le permiten interactuar cada vez más con las personas, los objetos y los sistemas de su medio ambiente, abarcando las funciones de inteligencia y afectividad por medio de las cuales el niño entiende y organiza su medio, incluyendo también la capacidad de relacionarse con los demás y el modo de sentir y expresar sus emociones".

Cada etapa sucesiva del desarrollo se caracteriza por problemas definidos que el niño debe resolver para poder progresar con confianza hacia las siguientes. Los logros

sucesivos no se encuentran rígidos y definitivamente establecidos sino que pueden ser reforzados o amenazados a través de la vida.

Es importante recordar que el desarrollo psicológico tiene lugar dentro de un medio cultural. No solamente la forma de las grandes instituciones sociales sino también el marco familiar, la actitud de los padres y su conducta en la crianza del niño, están condicionadas por la cultura de una época determinada.

El desarrollo psicológico en la niñez puede ser dividido en 5 etapas:

Lactancia (del nacimiento a los 18 meses), infancia temprana (de los 18 meses a los 5 años), infancia tardía (de los 5 a los 12 años), adolescencia temprana (de los 12 a los 16 años), adolescencia tardía (de los 16 años a la madurez).

Los factores que afectan el desarrollo son:

- ✓ Factores hereditarios
- ✓ Factores de acción del ambiente físico
- ✓ Factores de acción del ambiente social
- ✓ Factores de equilibrio que gobiernan particularmente las interacciones de los 3 anteriores y favorecen la adaptación del individuo

Para la evaluación del desarrollo, la identificación de los logros alcanzados por el niño en cada una de las etapas de su desarrollo constituye la base de su evaluación. Con sentido práctico, se ha sistematizado el desarrollo en etapas "claves", a fin de que el personal del equipo de salud pueda efectuar fácilmente esta evaluación. Alcanzar un logro en una conducta determinada significa que se ha cumplido anteriormente una serie de etapas en las cuales se apoya esta nueva adquisición, la falta de determinado logro significa la posibilidad de riesgo elevado o de retraso.

## 4.2. NIÑO ESCOLAR

Al segmento de la vida que se extiende desde los 6 años hasta aproximadamente la edad de 12 años se le ha dado una gran variedad de denominaciones, cada una de las cuales describe una característica importante del período. Por lo general se denomina a estos años intermedios edad escolar o los años escolares. Comienza con la entrada en la esfera de mayor influencia para los niños, el entorno del colegio, que tiene un impacto importante en el desarrollo y en las relaciones.

El niño enfrenta una de las etapas más exigentes de su desarrollo personal, la cual será determinada para la consolidación de su personalidad y de sus capacidades emocionales, laborales y sociales. Por primera vez en su vida deberá desenvolverse en un ambiente formal que le exigirá un desempeño objetivo en campos hasta ahora no explorados por él.

Para cumplir con éxito este desafío, el escolar deberá echar mano a las fortalezas acumuladas en las etapas anteriores de su desarrollo. Se podría decir que es el momento en que se resume la historia previa y el niño se vuelca hacia el descubrimiento y conquista de un mundo más amplio, atrayente, competitivo y agresivo.

Simultáneamente el niño continuará con más fuerza el proceso de separación de sus padres, logrando así el grado necesario de autonomía para incursionar en otro medio social, donde sus compañeros comienzan a constituirse en referentes significativos.

De esta manera los padres dejan de ser los únicos modelos, apareciendo otros adultos en este rol, como profesores, deportistas, etc.

En la medida que el niño va enfrentando con éxito estos desafíos, irá logrando un grado mayor de autoestima o valoración de sí mismo, lo que a su vez repercutirá en un mejor desempeño global, cerrando de esta manera un círculo virtuoso.

La salud física es, por lo general, buena y es una etapa cómoda de adaptación física. Los procesos psicológicos casi siempre han alcanzado un estadio de desarrollo que permite su mantenimiento en niveles estables, bajo condiciones normales, y su rápido reajuste a las situaciones cambiantes de estrés. En circunstancias normales, estos niños son generalmente capaces de cumplir las demandas físicas y psicológicas que se les imponen.

Con una base firme de confianza autonomía e iniciativa, el niño está listo y ansioso por conocer el amplio mundo que lo rodea y por competir, todo ello unido al desarrollo de un sentido de laboriosidad. El niño evoluciona desde el egocentrismo de la primera infancia al período de dominio cognitivo denominado de las operaciones concretas.

Hasta hace poco, esta fase de la infancia despertaba un interés y preocupación escasas entre los psicólogos y otros profesionales, por considerar que las experiencias vividas en este momento influían poco en la capacidad de adaptación posterior. Sin embargo, se ha encontrado que en este período el niño aprende las habilidades más importantes de su cultura y desarrolla el sentido de la propia competencia y autoestima. Es un período de crecimiento intelectual y de dedicación al trabajo, en el que se realiza el primer compromiso real con una unidad social ajena y mayor que la familia.

Para tener una visión más detallada de este periodo, se abordan las características del crecimiento y desarrollo de los niños divididos en dos franjas etarias:

#### De los 6 a los 8 años:

La inserción en la escuela, comenzar a descubrir un mundo más amplio, hacerse de amigos y lograr destrezas físicas, van enmarcando un grado de autonomía frente a los padres. Estos últimos deben otorgar todo el cariño, comprensión, apoyo y la valoración de logro que el niño va alcanzando en un momento donde las exigencias han aumentado significativamente y se ponen en juego la seguridad que va adquiriendo para desenvolverse en el ambiente extrafamiliar. Así mismo, los padres deben imponer los límites y reglas en forma consistente, pero comprendiendo la necesidad de que el niño comience a aventurarse en nuevos ambientes con libertad progresiva.

Durante estos años se pondrán a prueba las destrezas intelectuales y físicas del niño, razón por lo cual son especialmente relevantes las limitaciones que pueda tener en estos aspectos. El aprendizaje de la lectoescritura y de las primeras operaciones matemáticas, requieren de una serie de destrezas sensoriales, intelectuales y motoras, que se supone han sido entrenadas en los años previos. La actividad deportiva es otro ámbito importante, pues favorece el crecimiento armónico y el desarrollo social, para la cual se necesita de buena coordinación, mayor fuerza física y persistencia anímica

#### De los 9 a los 12 años:

Superada la primera etapa de la edad escolar, el niño transita hacia la adolescencia a través de un período donde los cambios están relacionados

principalmente con la esfera psicosocial. El escolar de esta edad ya es autónomo de sus padres para mucha de las tareas cotidianas como bañarse, vestirse, preparar sus materiales para el colegio, prepararse algo de comer y para asumir ciertas responsabilidades menores, como hacer su cama. Es recomendable que los padres estimulen y exijan estas conductas más autónomas. El cariño incondicional y la disciplina siguen siendo trasfondos necesarios para el niño.

Fuera de la casa el colegio permanecerá como el ámbito de mayor relevancia. Las materias académicas los obligan a ejercitar funciones de pensamiento más complejas y a mantener hábitos de estudio y concentración mayores. Resumir, sintetizar, analizar, abstraer, resolver, jerarquizar, concluir, constituyen algunos ejemplos de las funciones intelectuales que se les empiezan a exigir.

Se constituyen grupos de amigos quienes comparten intereses y habilidades, con quienes el niño comparte su tiempo libre. La influencia progresiva de estos grupos de pares obliga a los padres a mantener una actitud vigilante, pero respetuosa sobre el tipo de influencias que su hijo está recibiendo. Es recomendable mantener un diálogo frecuente y favorecer la confianza permanente, con el fin de poder ayudarlo a ser crítico frente a las ideas y conductas de terceros.

La actividad física especialmente con fines recreativos es fundamental para muchos aspectos de su crecimiento y desarrollo. Un niño pasivo que se entretenga principalmente en actividades solitarias e individuales, debe ser considerado de riesgo y se debe intervenir buscando causas y soluciones.

El escolar debe ir adquiriendo auto responsabilidad en el cuidado de su salud para lo cual es necesario que se informe sobre los temas relacionados y tome una actitud frente a ellos. Esto debería ser incentivado en el hogar y en la escuela.

### **4.3. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.**

En el año 1978 se desarrolló la Conferencia Mundial de la Salud, en la ciudad de Alma-Ata, en la ex URSS. En la misma los países miembros de la OMS elaboran la siguiente declaración:

"La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y de autodeterminación".

APS comprende ocho elementos esenciales:

- 1- La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondiente.
- 2- La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.
- 3- Un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.
- 4- Asistencia materno - infantil, con inclusión de la planificación de la familia.
- 5- La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- 6- La prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales.
- 7- El tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes.
- 8- Suministro de los medicamentos esenciales.

APS como estrategia global tendiente a mejorar las condiciones sanitarias de la población mundial, es válida y aplicable a toda la población y no solamente a segmentos o sectores de ella.

Es un enfoque de atención integral de la salud.

APS no es atención de segunda clase destinada sólo a comunidades rurales o grupos de la población y para ser llevada a cabo por personal auxiliar.

Sin embargo, teniendo en cuenta que las metas de salud demandan el incremento de los niveles de bienestar y la disminución de las desigualdades existentes, la aplicación de la APS como estrategia debe orientarse prioritariamente a asegurar la satisfacción de las necesidades básicas de salud de los grupos humanos postergados.

Son muchas las razones por las cuales los sectores pobres de la población están expuestos a un mayor número y variedad de factores de riesgo para la salud que las personas en los grupos de mayor ingreso económico.

A pesar del enorme progreso que han tenido en los últimos años las creencias y las técnicas sanitarias, el estado de salud de un número importante de individuos sigue siendo en extremo deficitario.

Existen crecientes sectores de la población que están cada vez más sometidos al ciclo de pobreza y enfermedad que repercute en todos los aspectos de la vida.

### **APS en Uruguay.**

Con excepción de esfuerzos aislados, implementados por organizaciones no gubernamentales (religiosas, comunitarias) que contaron en muchas ocasiones con el apoyo financiero y tecnológico de organizaciones internacionales, poco se había realizado en Uruguay en beneficio del desarrollo de la estrategia de APS hasta el año 1985.

Desde el inicio de su gestión el MSP ha definido, priorizado y comenzado a implementar la estrategia de APS como el núcleo principal del accionar operativo de todos sus servicios.

También ha propuesto insistentemente líneas de acción que posibiliten la planificación de actividades tendientes a provocar un cambio gradual hacia la promoción, la prevención y la educación para la salud.

Como inicio de actividades se consideró oportuno realizar un encuentro de carácter nacional en el cual se analizaron las experiencias nacionales, se identificaron los principales problemas que obstaculizan el desarrollo de APS y se formuló una estrategia tendiente a concientizar al sector salud acerca de la necesidad de transformar la prestación de los servicios a través de un enfoque más integral, con apoyo de otros sectores y con una mayor participación de la comunidad.

Un elemento importante a tener en cuenta al hablar de APS en el Uruguay es que si bien el término nace y se populariza a partir de 1978 como una estrategia básica para el logro de la salud para todos en el año 2000, muchas de las acciones propuestas en la misma no son desconocidas y más aún ya fueron aplicadas con anterioridad en nuestro país obteniéndose excelentes resultados.

En suma, se puede decir que si bien existen importantes dificultades para lograr el pleno desarrollo de APS, en nuestro país existe una tendencia hacia las tareas preventivas, acciones comunitarias, educación para la salud y coordinación de servicios, pilares todos ellos de la APS, todo lo cual permite mirar con optimismo hacia el futuro.

La necesidad de fortalecer la estrategia de APS se ve frecuentemente obstaculizada por dificultades tales como:

- ✓ La constante necesidad de resolver problemas administrativos que entorpecen la prestación de asistencia sanitaria.
- ✓ La toma de decisiones con conocimiento suficiente de información para precisar adecuadamente las prioridades y metas.
- ✓ La selección de las tecnologías apropiadas.
- ✓ La utilización de todos los recursos disponibles.
- ✓ La excesiva centralización de la gestión del proceso administrativo.
- ✓ La resistencia al cambio que ofrece el personal de salud que se refugia en el "asistencialismo" y enfatiza poco la promoción de salud y prevención de enfermedad.
- ✓ La falta de información en el ámbito local es una de las mayores carencias que dificultan el proceso de gestión y decisión y al mismo tiempo obstaculizan una imprescindible y periódica labor de supervisión y evaluación a fin de apreciar las mejoras realizadas en lo que respecta a la cobertura y la calidad de la atención.
- ✓ Una tradicional incoordinación de las instituciones públicas entre sí, sumada a la escasa participación social, reduce la eficiencia y eficacia de los programas.
- ✓ Escasa coordinación intersectorial capaz de comprometer la responsabilidad de las instituciones en el que hacer de la salud.

### **Enfermería y atención primaria**

El desarrollo de la APS y en consecuencia, la constitución de equipos multidisciplinares, cuyo núcleo básico está formado por profesionales médicos, enfermería y trabajadores sociales, implica la definición de las funciones a desempeñar por dicho equipo y cada uno de sus miembros.

Actualmente las actividades que desempeñan los profesionales de enfermería, además de la prestación de cuidados curativos se dirigen por un lado, a la atención de personas sanas mediante la prevención de enfermedad y promoción de salud del individuo potenciando su autocuidado. Este trabajo, englobado en la labor del equipo, condiciona el que la enfermera no sea un elemento aislado, sino que realmente participe en todo un conjunto basado en un planteamiento multidisciplinario.

Se enumeran a continuación algunas de las actividades que realiza enfermería en la estrategia de APS:

- ✓ Promueve la participación comunitaria, de grupos, de familia y de individuos en el proceso de atención de enfermería.
- ✓ Realiza educación para la salud en los ámbitos que cree convenientes.
- ✓ Participa en programas elaborados por los niveles centrales y locales de salud.
- ✓ Coordina actividades con otros sectores comunitarios, educativos, municipales, comerciales y otros.
- ✓ Participa activamente en actividades de vigilancia epidemiológica.
- ✓ Realiza visitas domiciliarias.
- ✓ Coordina con el equipo las estrategias de salud a llevar adelante para desarrollar los programas del servicio.
- ✓ Administra los cuidados de enfermería de los usuarios, a través de la consulta de enfermería.
- ✓ Administra los recursos materiales y humanos del servicio.
- ✓ Realiza educación en servicio, al personal de enfermería y otros técnicos.
- ✓ Realiza actividades extramurales de acuerdo a las necesidades de la comunidad.
- ✓ Contribuye al cuidado y mantenimiento del medio ambiente.

- ✓ Realiza investigaciones de enfermería y/o junto con el equipo, sobre temas relacionados a su área de competencia o necesidades locales de salud.

#### **4.4. CONTROL EN SALUD.**

Es la programación o planificación de los encuentros periódicos del usuario con el equipo de salud orientado a valorar (conocer) el estado de salud en relación a las necesidades del usuario.

Sus objetivos son:

- ✓ Mejorar la calidad de vida por medio de la actuación hacia el cambio o mantenimiento de la situación de salud.
- ✓ Conocer el estado de salud para promover la misma.

Se basa en aspectos como:

- ✓ Aspectos epidemiológicos del país / región (morbi - mortalidad)
- ✓ Etapa del ciclo vital (grupos etáneos)
- ✓ Factores de riesgo
- ✓ Necesidades generales
- ✓ Características específicas: sexo, edad, raza, tipo de trabajo, etc.

#### **4.5. CONTROL EN SALUD INFANTIL.**

El control en salud de un niño es una oportunidad única de apoyar a la familia desde el comienzo, privilegiando la promoción y el conocimiento de las capacidades del niño según su edad, la importancia del juego, etc. Es también una oportunidad para el personal de salud, para relacionarse con el niño como persona responsable de su salud, formándolo paso a paso en la adquisición de hábitos de vida saludables.

La consulta en salud tiene 3 componentes distintos y es preciso considerar con cuidado y administrar de forma sistemática cada uno de ellos: 1)detección, 2) promoción de la salud y prevención de la enfermedad y 3) orientación y seguimiento del paciente.

1 - Detección: en la visita del niño sano se incluyen las siguientes actividades: obtención de antecedentes, exploración física con examen visual y auditivo, observación del paciente y de sus padres y las pruebas analíticas. Se ha demostrado que también resultan útiles los cuestionarios que los padres completan en la antesala, antes de la consulta. El propósito de la detección selectiva radica en definir una población que precisa una evaluación más profunda.

2 - La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se dirigen a los determinantes y causas de la salud y la enfermedad. Aunque el equipo de salud poco puede hacer por influir en el entorno general del niño o en la organización de la atención sanitaria, si puede influir eficazmente, en sus propias consultas, en los

aspectos relacionados con la biología y el estilo de vida humano. La prevención de la enfermedad, introducida a través de un enfoque biológico se consigue mediante la identificación del caso y su tratamiento, así como a través de la vacunación, la eficiencia y la efectividad de la prevención son más fáciles de medir gracias a su base biológica.

En Healthy People (Programa Nacional de Estados Unidos adaptable al Programa de la OMS salud para todos en el año 2000), la promoción de la salud se define como "el desarrollo de las medidas individuales y colectivas que pueden ayudar (a las personas) a desarrollar estilos de vida capaces de mantener y manejar el/los estado/s de bienestar". Dado que las actividades se refieren al estilo de vida, casi todas ellas están relacionadas con el comportamiento, puesto que los resultados de la modificación de estilos de vida no se manifiestan siempre de inmediato, la efectividad de los programas de promoción de la salud es más difícil de evaluar.

Las actividades de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades del niño y de su familia y plantearse en el contexto de la comunidad en su conjunto. El asesoramiento sobre la crianza de los hijos o sobre el ejercicio físico es una forma de promoción de la salud. Sin embargo, y teniendo en cuenta que las raíces de la enfermedad son multifactoriales en muchos casos es preciso emplear técnicas más sofisticadas, no es posible que los simples consejos o prohibiciones basten para modificar algunos de los factores que influyen en la salud, el equipo de salud debe considerar meticulosamente aquellos aspectos sobre los que pueden influir en su consulta, tales como la forma de una alianza terapéutica y el compromiso de una atención global al niño; la vigilancia de la salud física del niño a través de la identificación de casos, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas, la vacunación y el asesoramiento sobre el estilo de vida, la promoción de la seguridad en el hogar y en la comunidad, y el apoyo de la familia en su misión de crianza.

3 - El tratamiento y seguimiento de los pacientes forman parte de la consulta que permite coordinar la atención. Si no se descubre problema alguno durante los procedimientos de detección, el equipo de salud puede pasar al asesoramiento sobre promoción de la salud. Sin embargo, ello requiere, a menudo una intervención complicada o prolongada. En estos casos, el equipo asume el papel de coordinador de servicios, bien citando al paciente para una nueva visita y prestando la atención necesaria, bien remitiendo al paciente a la institución más adecuada. Para que el equipo de salud pueda desempeñar eficazmente esta misión esencial, debe conocer íntimamente las necesidades de atención sanitaria del paciente, incluyendo su cobertura en salud y su situación económica, comprender las barreras físicas, emocionales y organizativas que dificultan la obtención de esa atención y tener un conocimiento profundo de los recursos comunitarios de que pueda disponer (así como de la eficacia de los programas).

La frecuencia y el contenido de las consultas están determinados por la edad del niño, la población atendida y la opinión del medio y de los padres sobre su valor.

Las investigaciones respecto del desarrollo intelectual y psicosocial del niño son esenciales en la asistencia preventiva de la salud.

La valoración de la percepción que los padres tienen de su hijo y de las relaciones entre ellos y el niño no se puede conseguir fácilmente por ningún método convenientemente estandarizado, sino que requiere una entrevista y una observación hábiles. Ayudando a establecer una buena interacción entre padres-hijo, así el equipo de salud está desempeñando una responsabilidad continua e integral que requiere una atención individualizada.

La American Academy of Pediatrics (AAP) ha recomendado unas pautas para los cuidados preventivos de la salud para los niños que no han presentado ningún problema importante de la salud y que crecen y se desarrollan de forma satisfactoria. Para los niños que no cumplen estos criterios, suelen requerirse visitas más frecuentes y complejas. Si un niño es atendido por primera vez en un punto avanzado de la pauta o si cualquier punto de ésta no se consigue a la edad sugerida, la pauta debe ponerse al día lo más pronto posible, la pauta recomendada está basada en la opinión de los miembros de la AAP, no existen pruebas científicas de que el seguimiento de estas recomendaciones (salvo las referidas a la inmunización) tenga algún efecto más global sobre la mortalidad y la morbilidad infantil o que ejerza algún tipo de influencia significativa sobre el desarrollo y el funcionamiento social definitivos.

#### **4.6. CONTROL EN SALUD EN EL NIÑO ESCOLAR.**

El control en salud de los niños que comienza desde el nacimiento, se continúa también en esta etapa intermedia; incluye revisiones anuales y asesoramiento. Cuando los niños en edad escolar comienzan a ir al colegio, dejan el entorno relativamente protegido del hogar y del vecindario y experimentan contactos interpersonales con otros muchos niños. Muchas enfermedades infantiles pueden prevenirse o disminuirse con una supervisión sanitaria cuidadosa. Por ejemplo, la mayoría de las enfermedades contagiosas que antes eran causa de una alta morbilidad entre los escolares, pueden prevenirse con las vacunas. Las defensas orgánicas naturales contra las enfermedades pueden reforzarse mediante una atención cuidadosa de la dieta, descanso y ejercicio y una protección contra el estrés mental o físico extremo.

Teniendo en cuenta la división por franjas etarias, antes mencionada, el control en salud en cada etapa incluye lo siguiente:

##### **De 6 a 8 años.**

##### **Anamnesis**

En primer lugar se debe considerar que la historia será en parte entregada por los padres y en parte por el niño. Siempre es recomendable comenzar con preguntas abiertas que permitan a la familia expresar sus preocupaciones y dudas ¿cómo está? ¿Ha habido algún problema?. Posteriormente deben revisarse sistemáticamente los aspectos más cruciales del crecimiento y desarrollo en esta edad: alimentación, rendimiento escolar, actividades recreativas, hábitos de sueño e higiene; relaciones familiares.

La idea es detenerse a dar mayor importancia a aquellos que representan los mayores riesgos para cada uno. Si se detecta algún problema es conveniente profundizar en él, en su relación con los factores asociados, como está siendo enfrentado por el niño y su familia y que síntomas o problemas asociados se están produciendo.

En forma sistemática es recomendable preguntar sobre la ocurrencia de accidentes y las circunstancias de los mismos, en busca de patrones de conducta susceptibles de ser corregidos. Preguntar también sobre el cumplimiento del calendario de vacunas

## Examen físico

Comienza desde que el niño ingresa a la consulta, pues se debe observar su conducta, la interacción con sus padres y la reacción de éstos frente a las preguntas y temas planteados durante la historia.

Al momento del examen físico debe asegurarse un ambiente tranquilo, calefaccionado y privado. Se debe explicar al niño en que consistirá y las molestias que puede tener en forma anticipada, solicitándole su colaboración.

Dada la baja frecuencia de consulta médica en esta etapa, corresponde realizar un examen físico completo, colocando especial atención en algunos aspectos de mayor relevancia para la edad, los cuales se detallan a continuación:

- ✓ **Antropometría:** medición de peso y talla, para lo cual el niño debe estar solo con la ropa interior y descalzo.
- ✓ **Presión Arterial (PA):** el esfigmomanómetro debe tener un manguito adecuado a la dimensión del brazo (en ancho debe cubrir 2/3 del brazo).
- ✓ **Audición:** existen métodos como la audioscopia y la prueba de la voz cuchicheada que sirven como pruebas de tamizaje en la consulta, hay que considerar que para ambas pruebas se requiere como condición básica un buen aislamiento acústico del lugar del examen.
- ✓ **Visión:** el Test de Snellen es el principal método para evaluar agudeza visual, considerar que requiere de una buena iluminación, proveniente de una buena fuente ubicada detrás del niño.
- ✓ **Columna:** el niño debe estar desnudo
- ✓ **Higiene bucal y oclusión dental**
- ✓ **Genitales**

## Indicaciones

- ✓ **Alimentación completa y equilibrada:** es recomendable mantener al menos 3 comidas al día. El desayuno debe ser abundante y bien balanceado, las colaciones deben completar las necesidades calóricas del niño, idealmente a través de carbohidratos complejos, limitando el abuso de golosinas y los alimentos ricos en grasas (papas fritas, mayonesa). Es importante establecer comidas de carácter familiar, donde se aproveche de conversar en forma amena y cercana. Se trata de asociar el acto a instancias formales y atractivas de socialización.
- ✓ **Hábitos saludables:** mantener hábitos familiares adecuados como horarios estables para comer y dormir, hábitos de higiene, recreación mediante práctica de deportes, lectura frecuente, etc. Recordar que los padres siguen siendo modelos para los niños de esta edad, razón por la cual es importante que ellos mantengan hábitos saludables y eviten las conductas de riesgo como fumar.
- ✓ **Prevención de accidentes:** establecer reglas claras sobre aspectos que signifiquen riesgos para el niño: salir a la calle, accesos a medicamentos, conversar con extraños, uso de equipos eléctricos, uso de cinturón de seguridad del auto, protecciones recomendadas para la práctica de deportes (casco, protectores articulares), supervisión permanente de la natación o juegos en el agua, etc.
- ✓ **Promover el desarrollo de la autoestima y de las competencias sociales:** es fundamental que los padres muestren interés por las actividades del niño, sus problemas y sus éxitos. Las expresiones de cariño le dan seguridad de ser querido y le entregan un modelo de conducta social e incluso sexual apropiado. Es importante que el escolar se sienta responsable del cuidado de su salud, motivo por el cual el equipo de salud debe establecer un diálogo directamente con él sobre estos temas. Los padres podrán complementar la historia en presencia del

niño, el reconocimiento de sus logros refuerza su autoestima y la confianza para enfrentar nuevos desafíos. Es conveniente estimular la visita de amigos y la participación de fiestas y cumpleaños. Las actividades recreativas y paseos son oportunidades para enseñarle a cumplir reglas, respetar a los demás y a la autoridad, colaborar con sus pares, ser solidario, autocontrolar impulsos negativos y ejercitar la autodisciplina.

### **De 9 a 12 años.**

#### **Anamnesis**

Es importante que el escolar se sienta responsable del cuidado de su salud, motivo por el cual el equipo de salud debe establecer un diálogo directamente con él sobre estos temas, los padres podrán complementar la historia en presencia del niño. Comenzar con preguntas generales como ¿cómo estas?, ¿Cómo te ha ido en el colegio? ¿Qué te gusta hacer? ¿Has tenido algún problema?, etc.. Posteriormente deben revisarse los aspectos más significativos para la edad:

- ✓ Alimentación: hábito y calidad.
- ✓ Rendimiento escolar: áreas fuertes y débiles.
- ✓ Recreación: deportes, actividad física, recreación individual o colectiva, uso del tiempo libre.
- ✓ Relación con los pares: actividades compartidas, intereses.
- ✓ Relaciones familiares
- ✓ Intereses personales
- ✓ Accidentes
- ✓ Hábitos de higiene y sueño
- ✓ Detenerse en aquellos temas que signifiquen algún problema para el niño, profundizando en él y en las circunstancias en que se da.

#### **Examen físico**

La observación general del escolar puede entregar valiosa información sobre su estado físico y mental, sus actividades frente al examinador y sus padres y el grado de confianza que demuestra durante la consulta.

Comenzar el examen solicitando la colaboración del niño. Se deben considerar sus aprehensiones y pudor, debiendo realizarse en privado y explicando claramente en que va a consistir. El examen debe ser completo, colocando especial énfasis en los siguientes aspectos de mayor relevancia para la edad:

- ✓ Antropometría
- ✓ PA
- ✓ Salud bucal: caries oclusión
- ✓ Columna
- ✓ Audición y visión
- ✓ Genitales aparición de los primeros cambios puberales especialmente en las niñas.

#### **Indicaciones**

- ✓ Hábitos saludables: mantener hábitos adecuados como un orden básico en los horarios de comida y de sueño y hábitos de higiene, los padres deben entregar la responsabilidad al niño sobre este punto, supervisando sus conductas y

recordando sistemáticamente estas recomendaciones. Consistentemente es necesario que ellos mantengan estilos de vida saludables.

- ✓ Recreación: es importante fomentar y reforzar la práctica de deportes en niños y niñas, siendo recomendable que los padres también los practiquen con ellos, sin desmedro que predomina la compañía de sus padres. Se debe permitir y orientar la aparición de nuevas formas de recreación como el escuchar música, lectura, juegos y redes computacionales, TV, cine y videos, etc. Estas actividades son potencialmente positivas, debiendo los padres estar atentos a que su calidad y magnitud sean adecuadas. Es recomendable que la recreación sea en una forma de socialización donde el niño encuentre y desarrolle relaciones de amistad con sus pares. El escolar debe tener conciencia de los riesgos y daños que acompañan al consumo de tabaco, drogas, alcohol, para los cuales la familia y la escuela constituyen instrumentos formativos esenciales. En la medida que el niño se desenvuelva en ambientes donde estos riesgos están controlados, se estará actuando en forma preventiva, frente a los problemas de difícil tratamiento posterior.
- ✓ Prevención de accidentes: debido a que los niños a esta edad tienen una coordinación y un control muscular más refinado y pueden aplicar sus capacidades cognitivas para actuar de forma más juiciosa, la incidencia de lesiones disminuye. El escolar debe adquirir conciencia del riesgo de accidentes. La importancia de su prevención y las conductas personales más seguras frente a estos riesgos. Cabe recordar que a esta edad los accidentes ocurren con mayor frecuencia fuera del hogar. La causa más común de lesión grave y de muerte en esta etapa son los accidentes de vehículos motorizados (como peatón y como pasajero). Es imprescindible, por tanto, hacer hincapié en la importancia de las 3 medidas de seguridad para automóvil: los sistemas de seguridad eficaces, los mecanismos de cierre de las puertas y la adecuada localización en los asientos dentro del vehículo.
- ✓ A estas edades, el deseo del niño de montar en bicicleta aumenta el riesgo de lesión en las calles y en caminos poco frecuentados.
- ✓ La mejor medida preventiva es la educación del niño y de la familia acerca de la conveniencia de evitar los riesgos y de usar de forma adecuada el equipo. Los cascos de seguridad, los escudos protectores de los ojos y la boca y las almohadillas protectoras están muy recomendadas para los niños que realizan deportes activos, aunque no sea un equipamiento requerido.
- ✓ Alimentación completa y equilibrada: aunque las necesidades calóricas disminuyen en relación con el tamaño corporal durante esta etapa, se están almacenando reservas para el incremento de necesidades del crecimiento característicos del período adolescente. Es importante hacer comprender a los niños y a los padres el valor de una dieta equilibrada para fomentar el crecimiento.
- ✓ Los gustos y las aversiones establecidas en los primeros años perduran en la infancia intermedia, aunque la tendencia a preferir solo unas pocas comidas comienza su fin, y a los niños comienzan a gustarles una mayor variedad de comidas. Sin embargo, debido a la fácil disponibilidad a los restaurantes de comida rápida, a la influencia de los medios de comunicación y a la inmensa variedad de "comida basura" tentadora que existe, es también muy fácil que los niños se llenen de calorías vacías, es decir, de comidas que no fomenten el crecimiento, los azúcares, los hidratos de carbono y demasiadas grasas. La fácil disponibilidad de comidas altas en calorías, junto con la tendencia a actividades sedentarias, contribuye a un aumento en la prevalencia de la obesidad infantil. Durante todo el período escolar el niño debe impartirse cursos de educación

nutricional integrados a otras actividades de enseñanza. En el colegio se enseñarán los grupos de alimentos básicos y los elementos como el procesamiento y preparación de los alimentos.

- ✓ **Educación sexual:** es importante que el niño esté informado y preparado para los cambios puberales más allá del aspecto físico, es necesario crear los espacios de comunicación para que los temas vinculados con la sexualidad y afectividad se planteen sin dificultad. El modelo de relación afectiva que viven los padres será un referente para los hijos, por este motivo es recomendable que esta comunicación se dé con naturalidad. La expresión de cariño es una herramienta de comunicación que probablemente el niño recibió y aprendió desde su primera infancia, no siendo este el momento para interrumpirla.
- ✓ **Promover el desarrollo de las competencias sociales:** la atención de los padres sobre los intereses y actividades del niño es la base fundamental para situar una relación de cercanía y confianza, esta relación puede ser la principal herramienta de prevención de riesgo y de apoyo frente a las dificultades que el niño puede enfrentar en las próximas etapas.
- ✓ Deben modificarse los límites establecidos para las actividades sociales de acuerdo a la mayor autonomía y responsabilidad que el escolar demuestra. Sin embargo, estos límites y marcos de referencia deben seguir existiendo. Es necesario que el escolar adquiera un sentido crítico frente a la amplia gama de estímulos que recibe del entorno, para lo cual conviene estimular la lectura y la discusión de tópicos de interés para él, reconociendo y cuestionando los diferentes puntos de vista posibles. La perspectiva valórica debe iluminar estas discusiones.
- ✓ Estimular la perseverancia en la consecución de los objetivos que el escolar se plantee. Reconocer sus logros, discutir las razones que explican los fracasos buscando siempre las alternativas de corrección. Recordar que nunca debe ponerse en juego el cariño y confianza hacia el niño, éstos son aspectos que el niño debe considerar asegurados desde sus padres.

#### 4.7. ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Las actividades asistenciales se desempeñan tanto en el centro de salud en consulta de enfermería o consulta conjunta con otros profesionales, como el propio domicilio de los pacientes y en la comunidad a la que atiende.

Todas estas actividades se interrelacionan y, por lo tanto, deben desarrollarse de forma integrada y coordinada con el equipo de salud:

- ✓ Seguimiento y control de pacientes con patología crónica.
- ✓ Atención al niño.
- ✓ Atención a la mujer.
- ✓ Atención al anciano.
- ✓ Prevención y control de las enfermedades transmisibles.
- ✓ Colaboración en la exploración, diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
- ✓ Controles periódicos en salud.

La función de la enfermería está dirigida en gran parte, a la atención de grupos específicos de población con factores de riesgo, ya sea en el nivel de promoción de la salud, en el de prevención y detección precoz de enfermedades o en el de asistencia y rehabilitación.

### **Papel de la enfermería pediátrica.**

El personal de enfermería interviene en cada aspecto del crecimiento y desarrollo del niño. Las funciones de enfermería varían de acuerdo con las normas laborales de cada zona, con la educación y experiencia individuales y con los objetivos profesionales personales. Pero, sea cual fuere la experiencia individual, la principal preocupación de cualquier enfermera pediátrica debe ser siempre el bienestar del niño y de su familia.

El personal de enfermería debe trabajar con los miembros de la familia, identificando sus objetivos y necesidades y planificar las intervenciones del mejor modo posible para resolver los problemas definidos. La enfermera debe tratar de asegurar que las familias conozcan todos los servicios sanitarios disponibles, y lograr que participen en la atención del niño cuando sea posible, animándoles a cambiar o apoyar las prácticas de atención existentes.

A veces el papel de defensora de la familia entra en conflicto con otros papeles de la enfermera, como los impuestos por la institución, las normas inflexibles, las reglas diseñadas con fines administrativos más que para el bienestar óptimo del niño, y las relaciones con otros profesionales que desconocen las necesidades infantiles, crean a veces conflictos importantes al personal de enfermería dedicado a cuidar a la familia y a atender sus necesidades individuales.

### **Rol de la Licenciada en Enfermería en el control en salud.**

Los cuidados de enfermería en el niño incluyen principalmente el control del desarrollo físico, psíquico y social, actividades de promoción de la salud respecto a los hábitos dietéticos, higiénicos y de conducta, prevención de enfermedades y accidentes más frecuentes en la infancia, además de los cuidados terapéuticos habituales.

En los controles periódicos en salud se deben valorar los aspectos de crecimiento y desarrollo físico, psíquico y social del niño en sus distintas etapas, entre los que destacan: valores antropométricos, audición, visión, desarrollo psicomotor, movilidad, motricidad, reflejos y relaciones familiares y escolares. En el recién nacido se orienta y se enseña a la familia respecto a la lactancia, así como modificación e incorporación paulatina a los diferentes alimentos. En las sucesivas etapas de crecimiento se controla la adecuada nutrición del niño en cuanto al tipo de alimentos, horarios y otros hábitos dietéticos.

También se educa a la familia y al propio niño respecto a los hábitos higiénicos que deben adquirir. Principalmente cuando se trata de un recién nacido se enseñan a la madre los cuidados propios del lactante respecto al baño, ombligo, vestimenta y pañales, entre otros.

Otros aspectos de la educación sanitaria se refieren a los hábitos y conductas (sueño, ejercicio, juegos, deposiciones, sexualidad, etc.).

En estos controles se realiza la administración de vacunas sistemáticas en el niño, informando de la misma, así como de los cuidados y posibles reacciones.

**Profilaxis de caries dental:** en las revisiones buco dentales periódicas se ha de educar al niño y a su familia, en los aspectos más importantes de su higiene bucal y alimentaria, e informar de los problemas detectados. Asimismo se aplican las medidas profilácticas determinadas en los programas de cada centro para prevención de las caries.

Los controles periódicos en salud tienen como objetivo principal promover y proteger la salud del niño el individuo y su comunidad.

#### Coordinación y colaboración.

El personal de enfermería, como integrante del equipo sanitario, colabora y coordina sus servicios con otras actividades profesionales. El concepto de "atención holística" solo se puede realizar mediante un enfoque interdisciplinario unificado. Las enfermeras ocupan una posición clave para lograr que los sujetos participen en sus propios cuidados, de forma directa o indirecta, incluyéndolos en un proceso de toma de decisiones.

#### Investigación.

El personal de enfermería debe contribuir a la investigación, ya que se trata de personas que observan las respuestas humanas a la salud y a la enfermedad. Por desgracia, pocas veces se analizan y registran de forma sistemática tales observaciones. Por ejemplo, a menudo las enfermeras pediátricas diseñan métodos innovadores para animar a los niños a seguir sus tratamientos. Así mismo, solo si se investigan clínicamente esas intervenciones y se comparten con otros profesionales, se podrá desarrollar un cuerpo de conocimientos sobre las prácticas de enfermería. La evaluación es esencial para el proceso de enfermería y la investigación es una de las mejores formas de evaluar. Por lo tanto, el personal de enfermería debe intervenir más en la investigación y aplicar los resultados obtenidos a su práctica.

#### La salud en la escuela.

El mantenimiento de salud del niño es, en último caso, responsabilidad de los padres, sin embargo, las escuelas públicas y los departamentos de salud de EEUU han contribuido a su mejora, proporcionando un ambiente escolar saludable, con servicios sanitarios y de educación para la salud, que hacen hincapié en las medidas necesarias para mantener un estado de salud estable. Los programas de salud escolares o de las clínicas contribuyen a la educación y al desarrollo de los niños. Los programas sanitarios escolares pretenden el mantenimiento de la salud en desarrollo, mediante actos de valoración, de investigación, y de remisión. La educación sanitaria de los escolares se dirige principalmente a proporcionar conocimientos sobre la salud y a fomentar hábitos, actitudes, y conductas relacionadas con ella y con la prevención de lesiones. De forma tradicional, el personal de enfermería de las escuelas se ha visto desde una perspectiva limitada, que le colocaba en el papel de detectar las enfermedades, y cuidador oficial en caso de enfermedades y lesiones. Aunque estas siguen siendo funciones importantes y no debe minimizarse su relevancia, este papel tradicional está adquiriendo dimensiones mucho más amplias. En efecto, las enfermeras escolares, están preparándose para proporcionar una atención primaria en una escala mucho mayor, que incluye la valoración de la conducta física, psicomédica y psicoeducacional, y aprendiendo los problemas inherentes a las enfermedades y a proporcionar un cuidado infantil comprensivo.

---

# 5- MÉTODO

## 5- METODO



## **5. MÉTODO.**

---

### **5.1. TIPO DE ESTUDIO.**

Se realizó un estudio Descriptivo, Transversal, Retrospectivo.

### **5.2. ELECCIÓN DEL CAMPO.**

Este trabajo se realizó en la ciudad de Montevideo en el Centro de Salud Maciel, ubicado en la calle 25 de Mayo 183. Para la elección del mismo nos basamos en las características demográficas de la ciudad de Montevideo, en donde se observa que la mayor densidad poblacional se ubica en la zona centro sur, al este de la bahía, zona que coincide con el área de cobertura del Centro de Salud antes mencionado. (Ver anexo 2)

### **5.3. UNIVERSO**

Tomamos como universo los registros en las historias clínicas de todos los niños entre 6 y 12 años que hubieran concurrido en algún momento al Centro de Salud Maciel. Trabajamos con toda la población, 317 registros de niños en las historias clínicas, por ser este un número posible de abordar.

### **5.4. PROCEDIMIENTO.**

La unidad de análisis de nuestro estudio son los niños en edad escolar que tengan al menos un registro en las historias clínicas. Dicho registro es realizado por integrantes del equipo de salud que hayan tenido el encuentro con el niño y/o familia. Para recolectar la información se elaboró un formulario que fue completado por quienes llevamos adelante la investigación. (Ver anexo 3).

El orden seguido por las secciones del formulario se corresponde con los objetivos planteados en la investigación. Para ello se pautaron preguntas estructuradas (dicotómicas y de respuesta múltiple) y dos pregunta abiertas.

El formulario elaborado fue sometido a prueba en una muestra de un número de 30 registros seleccionados al azar del total de nuestra población. Nos aseguramos que estos no formaran parte de la muestra final a quien se aplicó el instrumento utilizado en el estudio. Creemos oportuno mencionar que a pesar de los cambios realizados en el instrumento original y luego de la recolección definitiva de los datos encontramos un error en la sección correspondiente al año que cursa, en la cual debería haberse incluido una casilla para la falta de registro.

Para poder analizar los datos recabados utilizamos la estadística descriptiva, realizando análisis uni y bivariados. Estos últimos a través de tablas de contingencia.

## 5.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES.

### I- Control en salud: variable cualitativa ordinal.

Definición conceptual: Es la programación o planificación de los encuentros periódicos del usuario con el equipo de salud orientado a valorar (conocer) el estado de salud en relación a las necesidades del usuario. Los objetivos del mismo apuntan a mejorar la calidad de vida por medio de la actuación hacia el cambio o mantenimiento de la situación de salud y conocer el estado de salud para promover la misma.

Algunos aspectos fundamentales en los que se basa son:

- ✓ Aspectos epidemiológicos del país / región (morbi - mortalidad)
- ✓ Etapa del ciclo vital (grupos etáneos)
- ✓ Factores de riesgo
- ✓ Necesidades generales
- ✓ Características específicas: sexo, edad, raza, tipo de trabajo, etc.

Definición operativa: El control en salud debe reunir las siguientes características:

- ✓ Periodicidad: período de tiempo que existe entre un control y otro (1 año)
- ✓ Anamnesis: entrevista realizada por los integrantes del equipo asistencial al niño y su familia para valorar aspectos tales como alimentación, rendimiento escolar, actividades recreativas, hábitos de sueño e higiene, relaciones familiares, ocurrencia de accidentes, entre otros.
- ✓ Examen físico: incluye control de antropometría, presión arterial, audición, visión, higiene bucal y vacunas.

Categorización: sí / no

- ✓ *Si se controlan:* consideramos que los niños concurren al control en salud si lo hacen una vez al año y este consta de anamnesis y examen físico (que incluya por lo menos control de antropometría, vacunas)
- ✓ *No se controlan:* si los dos últimos controles realizados difieren en más de un año uno del otro, el último control hace más de un año y/o no cumpliera con los requisitos previstos en la anamnesis y el examen físico.

### II- Periodicidad: variable cuantitativa ordinal

Definición conceptual: Espacio de tiempo determinado por la reproducción, a intervalos regulares, de un fenómeno.

Definición operacional: periodo de tiempo que debe existir entre un control en salud y otro (1 año).

**Categorización:**

- 1- 2 controles realizados con 1 año de diferencia entre ellos y 1 año de diferencia con respecto al 2004.
- 2- 2 controles con 2 o más años de diferencia entre ellos y 1 año o menos con el año que cursa.
- 3- 1 sólo control realizado hace 1 año o menos.
- 4- 2 controles con 1 año de diferencia entre ellos y 2 años o más con el 2004.
- 5- 2 controles con 2 años o más de diferencia entre ellos y 1 año o menos con el año que cursa.
- 6- 1 sólo control realizado hace más de 1 año.
- 7- Sin registro de control en salud.

**III- Examen físico: variable cualitativa ordinal**

**Definición conceptual:** observación general del individuo que permite recabar valiosa información sobre su estado físico y mental.

**Definición operativa:** observación que incluye control de antropometría, presión arterial, audición, visión, higiene bucal y vacunas.

**Categorización:** sí / no

Sí: incluye al menos control de antropometría y vacunas.

No: no cumple con ninguno de los requisitos del examen físico

**a- Antropometría: variable cuantitativa ordinal**

**Definición conceptual:** es la medición del peso y la talla. Entendiéndose por peso lo resultante de la acción de la gravedad sobre un cuerpo expresado en Kg., y por talla la altura de una persona expresada en cm.

**Definición operativa:** registro del control del peso y la talla del niño en la Historia Clínica.

**Categorización:** sí - no

**b- Presión Arterial: variable cuantitativa ordinal**

**Definición conceptual:** Fuerza que ejerce el corazón enviando la sangre al organismo, es modulada por la resistencia vascular periférica. Su unidad de medida es en mm de Hg.

**Definición operativa:** registro del control de la presión arterial en la Historia Clínica.

**Categorización:** sí - no

**c- Test de audición: variable cualitativa ordinal**

**Definición conceptual:** Valoración del sentido de la audición a través de métodos como audioscopia y prueba de la voz cuchicheada.

**Definición operativa:** registro de audioscopia o prueba de la voz cuchicheada del niño en la Historia Clínica.

**Categorización:** sí - no

**d- Test de visión: variable cualitativa ordinal**

**Definición conceptual:** Valoración del sentido de la vista a través del Test de Snellen.

**Definición operativa:** registro del Test de Snellen en la Historia Clínica.

**Categorización:** sí - no

**e- Higiene Bucal:** variable cualitativa ordinal

Definición conceptual: Observación de mucosa bucal y piezas dentarias.

Definición operativa: registro de valoración bucal en la Historia Clínica del niño.

Categorización: si – no

**f- Vacunas:** variable cualitativa ordinal

Definición conceptual: tratamiento o profilaxis de enfermedades infecciosas por medio de la inoculación de cualquier virus profiláctico inoculable.

Definición operativa: registro del plan de vacunas del niño en la Historia Clínica.

Categorización: si - no

**IV- Anamnesis:** variable cualitativa ordinal.

Definición conceptual: entrevista realizada por los integrantes del equipo asistencial al niño y su familia para valorar aspectos tales como alimentación, rendimiento escolar, actividades recreativas, hábitos de sueño e higiene, relaciones familiares, ocurrencia de accidentes, entre otros.

Definición operativa: registro en la historia clínica de la entrevista realizada por los integrantes del equipo de salud al niño y familia.

Categorización: si / no

Si: cualquier aspecto de la anamnesis que se halle registrado en la historia clínica.

No: ausencia de registro de la anamnesis.

**V- Año escolar:** variable cuantitativa ordinal y de intervalo

Definición conceptual: grado que se encuentra cursando el niño en la institución escolar.

Definición operativa: grado que está cursando el niño en la escuela.

Categorización: 1º; 2º; 3º; 4º; 5º; 6º.

**VI- Edad:** variable cuantitativa de intervalo

Definición conceptual: Tiempo de vida que va desde el nacimiento a la fecha actual

Definición operativa: Años cumplidos

Categorización: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 años

**VII- Sexo:** variable cualitativa nominal

Definición conceptual: Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer o macho de hembra.

Definición operativa: Nombres o características secundarias

Categorización: Femenino; Masculino.

**VIII- Antecedentes Personales Patológicos:** variable cualitativa nominal

Definición conceptual: Conjunto de circunstancias y/o signos y síntomas anteriores que provocaron alteraciones en determinados sistemas del niño que sirven para juzgar hechos posteriores.

Definición operativa: Enfermedad o circunstancias vividas por el niño

Categorización: desnutrición, IRA, convulsiones, asma, infección urinaria, enfermedades de piel (impétigo, alergias, erupciones, lesiones, etc.), meningitis,

sarampión, tos convulsa, varicela, cirugías, alergias, diabetes, malformaciones congénitas, otros.

**IX- Consulta por patología:** variable cualitativa nominal.

**Definición conceptual:** son las visitas realizadas por los niños al pediatra por causa de patología.

**Definición operativa:** registro de la última visita por patología y el motivo de consulta.

**Categorización:** Fecha: sin registro; hace 6 meses; hace 1 año; hace 2 o más años.

Causa: motivo de consulta registrado.

---

6- ANÁLISIS  
**6- ANÁLISIS**



## 6. ANÁLISIS.

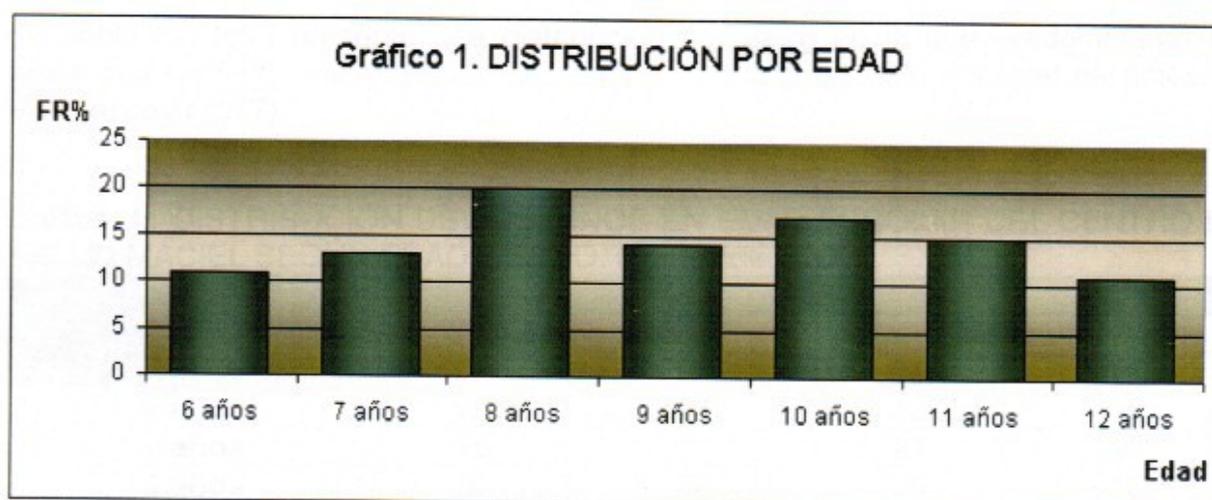
### 6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

La población total de niños en edad escolar que concurrió en alguna oportunidad al Centro de Salud Maciel es de 317.

TABLA 1. NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL SEGÚN EDAD. Montevideo. 2004.

Edad	FA	FAA	FR%
6 años	34	34	11
7 años	41	75	13
8 años	64	139	20
9 años	43	182	14
10 años	54	236	17
11 años	47	283	15
12 años	34	317	11
<b>Total</b>	<b>317</b>		<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel



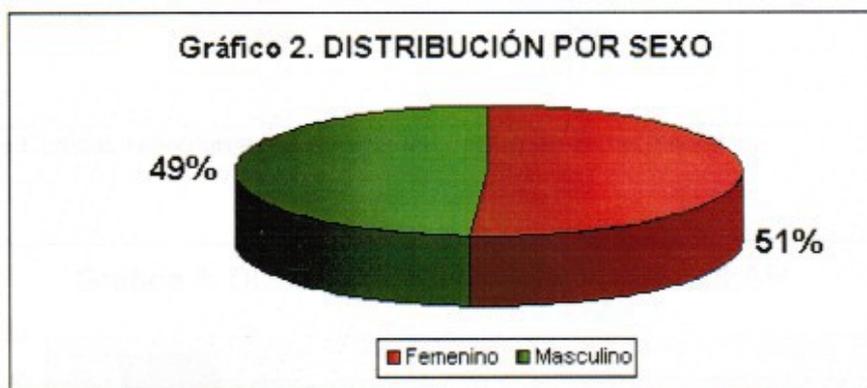
Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

La población estudiada se distribuyó en un rango de **edades** entre 6 y 12 años, predominando el grupo de niños de 8 años que alcanzó el 20% del total de la población estudiada. Siguiéndole, el grupo de niños de 10 años con 17%, a continuación el de 11 años con 15%, con 14% el grupo de niños de 9 años, con 13% los niños de 7 años y por último los grupos de 6 y 12 años con 11% cada uno. La edad que se repite más es 8 años. El 50% de los niños está por encima de 8.45 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor. El promedio de edad es de 9 años. Asimismo se desvían de 9, en promedio, 1.85.

TABLA 2. NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL SEGÚN SEXO. MONTEVIDEO. 2004.

Sexo	FA	FAA	FR%
Femenino	162	162	51
Masculino	155	317	49
<b>Total</b>	<b>317</b>		<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel



Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

La población total presentó una distribución por **sexo** en la que predominaron las niñas con un 51%, mientras que los varones alcanzaron 49% del total de niños en edad escolar (317).

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL SEGÚN EDAD Y SEXO. Montevideo. 2004.

EDAD	SEXO			
	Femenino		Masculino	
	FA	FR%	FA	FR%
6 años	21	13	13	8
7 años	20	12	21	14
8 años	36	22	28	18
9 años	17	10	26	17
10 años	24	15	30	19
11 años	30	19	17	11
12 años	14	9	20	13
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

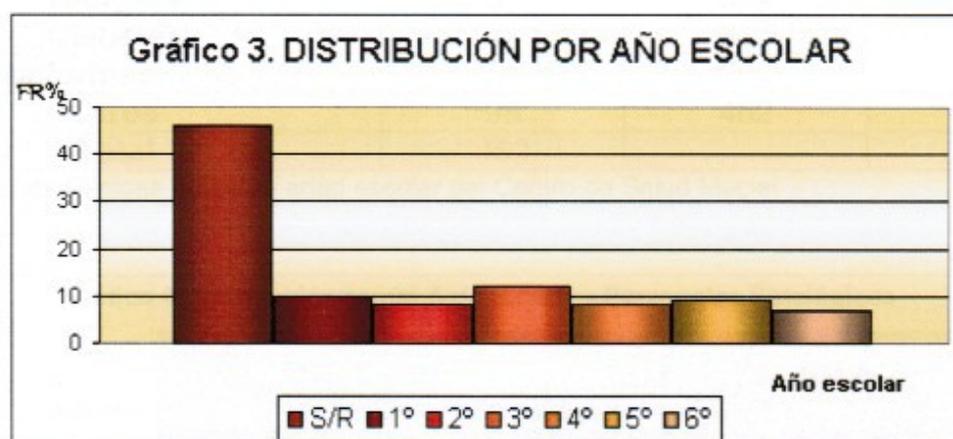
Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

La distribución por **edad y sexo** mostró una mayor proporción de niñas en las edades de 8 años (22%), 11 años (19%) y 6 años (13%) de un total de 162 niñas. Mientras tanto en el grupo de varones, el mayor porcentaje corresponde a las edades de 10 años (59%), 8 años (18%) y 9 años (17%) de un total de 155 varones.

TABLA 4. NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL SEGÚN AÑO ESCOLAR. Montevideo. 2004.

Año Escolar	FA	FAA	FR%
<b>Sin registro</b>	145	145	46
1°	31	176	10
2°	26	202	8
3°	37	239	12
4°	26	265	8
5°	29	294	9
6°	23	317	7
<b>Total</b>	<b>317</b>		<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel



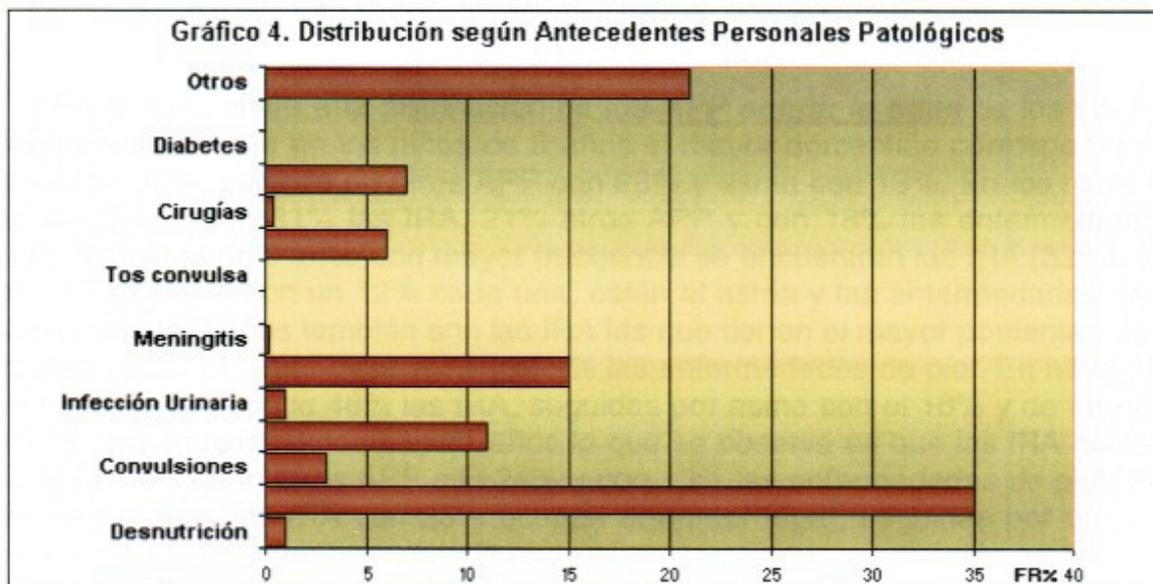
Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

Respecto al **año escolar** es importante destacar el alto porcentaje (46%) en la falta de registro en las historias clínicas. Del restante porcentaje en el que sí hubo registro (172 niños) se obtuvieron valores similares, distribuyéndose, mayoritariamente, con 12% los niños que se encuentran cursando tercer año y con 10% los niños en primer año escolar.

TABLA 5. NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL SEGÚN ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. Montevideo. 2004.

APP	FA	FAA	FR%
Desnutrición	4	4	1
IRA	161	165	35
Convulsiones	13	178	3
Asma	52	230	11
Infección Urinaria	6	236	1
Enfermedades de piel	66	302	15
Meningitis	1	303	0,2
Sarampión	0	303	0
Tos convulsa	0	303	0
Varicela	26	329	6
Cirugías	2	331	0,4
Alergias	33	364	7
Diabetes	0	364	0
Malformaciones	0	364	0
Otros	98	462	21
<b>Total</b>	<b>462</b>		<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel



Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

Con relación a los **antecedentes personales patológicos** (APP) se observó que el mayor porcentaje corresponde a las infecciones respiratorias agudas (IRA) con un 35%, seguido de las enfermedades de piel con 14%, luego con 11% asma, 7% alergias, 6% varicela, 3% convulsiones. De los 98 niños con otros APP, se destacan la diarrea aguda infantil (DAI) con 33% y 16% parasitosis.

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL SEGÚN EDAD Y ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. Montevideo. 2004.

APP	EDAD													
	6 años		7 años		8 años		9 años		10 años		11 años		12 años	
	FA	FR%												
Desnutrición	0	0	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	1	2
IRA	20	38	20	31	29	32	18	31	35	48	28	37	11	23
Convulsiones	4	7	2	3	3	3	1	2	0	0	0	0	3	6
Asma	7	13	6	9	11	12	4	7	12	16	7	9	5	10
Infección Urinaria	0	0	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
Enfermedades de piel	3	6	12	18	11	12	11	19	10	14	10	13	9	19
Meningitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos convulsa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Varicela	2	4	4	6	6	7	5	9	3	4	6	8	0	0
Cirugías	0	0	1	2	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
Alergias	2	4	4	6	6	7	4	7	4	6	5	7	8	17
Diabetes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Malformaciones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	15	28	14	21	21	24	12	21	8	11	18	24	10	21
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

En lo que refiere a la distribución de los **APP según la edad** de los niños nos encontramos con que en los niños de 6 años el mayor porcentaje corresponde a las IRA con un 38%, seguida de otros APP con 28% y asma con 13%. En los niños de 7 años se observa un 31% las IRA, 21% otros APP y con 18% las enfermedades de piel. En los niños de 8 años con mayor frecuencia se encuentran las IRA (32%), luego otros APP (24%) y con un 12% cada una, están el asma y las enfermedades de piel. En los niños de 9 años también son las IRA las que tienen el mayor porcentaje (31%), seguidas con el 21% por otros APP y el 9% las enfermedades de piel. En niños de 10 años se destacan con el 48% las IRA, seguidas por asma con el 16% y de otros APP con 11%. En aquellos niños con 11 años lo que se observa es que las IRA ocupan el 37%, luego le siguen otros APP con 24% y con 13% las enfermedades de piel. En los niños de 12 años las IRA con 23% ocupan el primer lugar, seguidas por otros APP con 21% y 19% las enfermedades de piel.

TABLA 7. NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL SEGÚN CONSULTAS POR PATOLOGÍA. Montevideo. 2004.

Consultas por patología	FA	FAA	FR%
Sin registro	29	29	9
Hace 6 meses o menos	79	108	25
Hace 1 año	65	173	21
Hace 2 años o más	144	317	45
<b>Total</b>	<b>317</b>		<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel



Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

Del total de la población que concurrió a ***consulta por patología***, el 45% lo hizo por última vez hace 2 años o más, el 25% hace 6 meses o menos; el 21% hace 1 año, encontrándose, además un 9% de niños que nunca concurrieron al centro de salud por este motivo.

TABLA 8. NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL SEGÚN MOTIVOS DE CONSULTA POR PATOLOGÍA. Montevideo. 2004.

Motivos de Consulta	FA	FAA	FR%
Alteraciones Respiratorias	99	99	31
Alteraciones Dermatológicas	59	158	19
Alteraciones Gastrointestinales	34	192	11
Alteraciones Odontológicas	10	202	3
Alteraciones y dolencias del SNC	61	263	20
Alteraciones Génito urinarias	4	267	1
Alteraciones Cardiovasculares	3	270	1
Otras causas de consulta	17	287	5
Sin registro	30	317	9
<b>Total</b>	<b>317</b>		<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

Los motivos de consulta más frecuentes fueron las alteraciones respiratorias (31%), seguidos por las alteraciones y dolencias del sistema nervioso central (SNC) (20%), y consultas de origen dermatológico (19%).

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL SEGÚN EDAD Y CONSULTAS POR PATOLOGÍA. Montevideo. 2004.

EDAD	Consultas por patología							
	Sin registro		Hace 6 meses		Hace 1 año		Hace 2 años o más	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
6 años	6	21	8	10	7	11	13	9
7 años	5	17	11	14	10	15	15	10
8 años	8	28	20	25	15	23	21	15
9 años	2	7	6	8	12	19	23	16
10 años	4	13	11	14	10	15	29	20
11 años	2	7	13	16	5	8	27	19
12 años	2	7	10	13	6	9	16	11
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>79</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>144</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

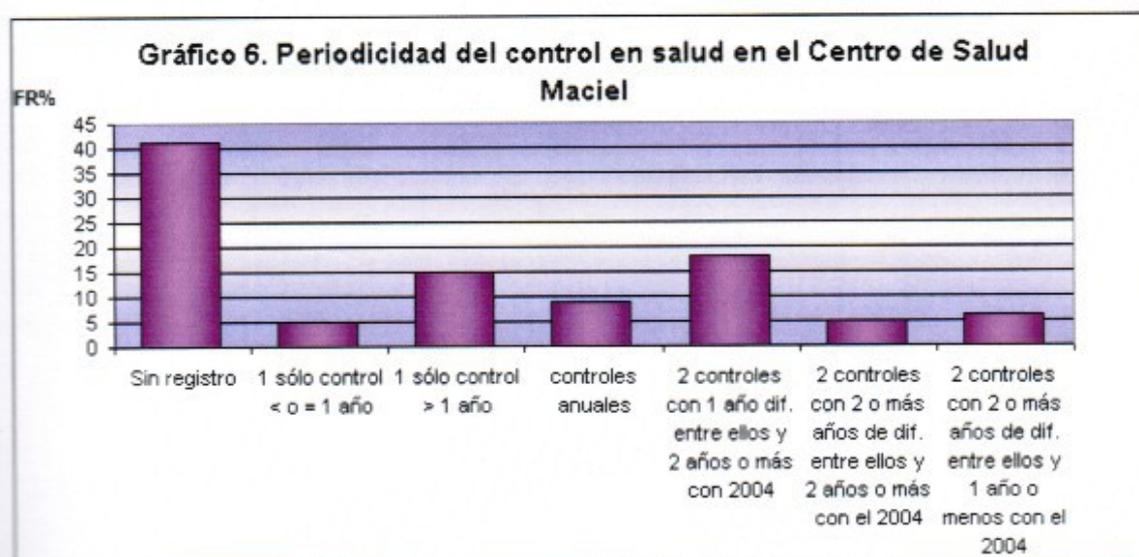
De la distribución de la **consulta por patología según la edad** se desprende que de los niños que nunca consultaron por patología, el 28% tiene 8 años seguido con 21% los niños de 6 años. De aquellos que concurren por última vez hace 6 meses o menos, el 25% tiene 8 años y el 16% 11 años. De los niños que hace 1 año que consultaron por patología, el 23% tiene 8 años, seguido por los niños de 9 años con 19%. Por último de los niños que hace 2 años o más que consultaron por patología el 20% tiene 10 años, seguido por los niños de 11 años con 19%.

**6.2. PERIODICIDAD CON QUE SE REALIZA EL CONTROL EN SALUD LA POBLACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD MACIEL.**

TABLA 10. NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL SEGÚN PERIODICIDAD CON QUE SE REALIZA EL CONTROL EN SALUD. Montevideo, 2004.

Periodicidad	FA	FAA	FR%
Sin registro	129	129	41
1 sólo control realizado hace 1 año o menos	17	146	5
1 sólo control realizado hace más de 1 año	47	193	15
controles anuales	29	222	9
2 controles con 1 año diferencia entre ellos y 2 años o más con el 2004	58	280	18
2 controles con 2 o más años de diferencia entre ellos y 2 años o más con el 2004	17	297	5
2 controles con 2 o más años de diferencia entre ellos y 1 año o menos con el 2004	20	317	7
<b>Total</b>	<b>317</b>		<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel



Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

A continuación presentamos como se comporta la periodicidad del control en salud realizado a los niños en el Centro de Salud Maciel. Del total de la población (317 niños), el 18% tiene realizado sus últimos 2 controles con 1 año de diferencia entre ellos, y el último dista en 2 años o más con respecto al 2004. Un 15% tiene realizado un solo control, y de éste hace más de un año. El 7% de la población tiene sus 2 últimos controles realizados con 2 años o más de diferencia entre ellos, y el último de ellos dista en un año o menos del 2004. Se encontraron niños que tienen realizado un solo control en salud y de este hace menos de un año, y niños con sus 2 últimos controles con 2 años o más de diferencia entre ellos y que distan en 2 años o más con el 2004, cada uno de los cuales representa un 5%. Sólo un 9% de los niños concurre anualmente a realizarse el control en salud. Cabe destacar el elevado porcentaje de niños que no tienen registros en las historias clínicas de controles en salud, representando, éstos, el 41% de la población.

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL SEGÚN PERIODICIDAD CON QUE SE REALIZAN EL CONTROL EN SALUD Y EDAD. Montevideo. 2004.

PERIODICIDAD	EDAD													
	6 años		7 años		8 años		9 años		10 años		11 años		12 años	
	FA	FR%												
Sin registro	9	26	7	17	32	50	20	47	21	39	22	47	18	53
1 sólo control menor o igual a 1 año	1	3	2	5	1	2	2	5	7	13	2	4	2	6
1 sólo control mayor a 1 año	3	9	8	19	14	22	4	9	9	16	2	4	7	20
Controles anuales	9	26	6	15	2	3	1	2	5	9	6	13	0	0
2 controles con 1 año diferencia entre ellos y 2 años o más con 2004	10	30	11	27	5	8	10	23	8	15	10	21	4	12
2 controles con 2 o más años de diferencia entre ellos y 2 años o más con el 2004	0	0	1	2	4	6	3	7	2	4	4	9	3	9
2 controles con 2 o más años de diferencia entre ellos y 1 año o menos con el 2004	2	6	6	15	6	9	3	7	2	4	1	2	0	0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

De la distribución de la **periodicidad**, con la que los niños concurren al control en salud, y la **edad**, se obtuvo la siguiente información:

De un total de 34 niños de 6 años, el 30% hace 2 años o más que no concurre a control en salud y los últimos 2 controles registrados difieren en un año entre ellos. A estos le siguen, con 26% aquellos que no tienen registro en las historias clínicas de control en salud, y con igual porcentaje los niños que concurren anualmente a controlarse en salud. Luego, y con porcentajes más aproximados entre sí se hayan el resto de las categorías.

De 41 niños de 7 años se destaca que el mayor porcentaje (27%) corresponde a aquellos que sus últimos 2 controles tienen una diferencia de 1 año o menos entre ellos pero difieren con el 2004 en 2 años o más. A éstos le siguen los niños que tienen registro de un solo control en salud hace más de 1 año (19%). Luego con 17% se hayan los niños que no poseen registro de controles en salud en las historias clínicas. Un 15% de los niños en esta edad concurre anualmente a control en salud, y en igual porcentaje se ubican los niños que sus últimos 2 controles difieren en 2 o más años entre sí, pero distan en un año o menos con el 2004.

Merece ser destacado que el 50% de los niños de 8 años de edad no posee registro en las historias clínicas de control en salud. A estos le siguen con 22% los que tienen un solo control en salud registrado y de este hace más de un año. Y luego con porcentajes considerablemente menores se encuentran el resto de las categorías, resaltando con 3% los que concurren anualmente.

Referente a los niños de 9 años (43 niños), se observa un elevado porcentaje de niños que no cuentan con registro en las historias clínicas de control en salud (47%). Un 23% pertenece a los niños que sus 2 últimos controles difieren en 1 año entre ellos y distan con el año que cursa en 2 años. A continuación, y con valores más aproximados entre sí, se encuentran el resto de las categorías. Por último, con un 2% están los que concurren anualmente.

De los niños de 10 años (54), el 39% no tiene registro de control en salud. El 16% concurre a un solo control hace más de un año. En el 15% de los niños los últimos 2 controles difieren entre ellos en un año y 2 o más años con el 2004. Un 13% se realizó 1 sólo control hace un año o menos. Un 9% concurre anualmente. Y con el 4% se encuentran los niños que se ubican en las demás categorías.

Casi la mitad de los niños de 11 años (47%) no cuenta con registro de controles en salud. A estos le siguen, con 21% los niños que hace 2 o más años que no concurren a control en salud y sus últimos 2 controles difieren entre sí en un año o menos. El 13% se controla anualmente.

En los niños de 12 años (34 niños), se observa que más de la mitad (53%) no tiene registro en las historias clínicas de controles en salud. A estos le siguen, con 20%, los que se realizaron 1 sólo control hace más de un año, luego, con 12% los niños que sus últimos 2 controles difieren en un año entre sí y distan en 2 años o más con el 2004. Un 9% sus últimos 2 controles difieren en 2 o más años entre sí y 2 o más años con el actual. En último lugar, con 6% están los niños que tienen un solo control y de éste hace menos de un año.

TABLA 12. DISTRUBUCIÓN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL SEGÚN PERIODICIDAD CON QUE SE REALIZAN EL CONTROL EN SALUD Y SEXO. Montevideo. 2004.

PERIODICIDAD	SEXO			
	Femenino		Masculino	
	FA	FR%	FA	FR%
Sin registro	67	41	62	40
1 sólo control realizado hace 1 año o menos	8	5	9	6
1 sólo control realizado hace más de 1 año	20	12	27	19
controles anuales	14	9	15	9
2 controles con 1 año diferencia entre ellos y 2 años o más con el 2004	36	22	22	14
2 controles con 2 o más años de diferencia entre ellos y 2 años o más con el 2004	7	4	10	7
2 controles con 2 o más años de diferencia entre ellos y 1 año o menos con el 2004	10	6	10	7
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

Los hallazgos encontrados en lo que refiere a la distribución de ***periodicidad*** en control en salud ***por sexo*** fueron, que del total de las niñas, el 4% nunca concurrió a control en salud. El 22% tiene sus últimos 2 controles con una diferencia de 1 año entre sí y de 2 o más años con el 2004. y tan sólo el 9% concurre anualmente. En tanto, en los varones se destaca que el 40% nunca concurrió al control en salud, el 17% se realizó un solo control hace más de un año. Y al igual que en las niñas, un 9% de los varones concurre anualmente a controlarse en salud.

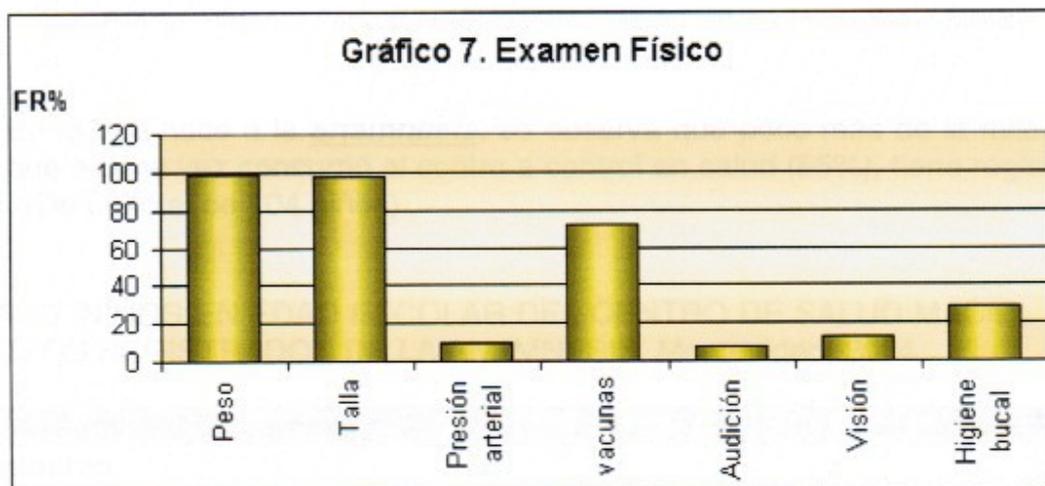
### 6.3. ASPECTOS CARACTERÍSTICOS DEL CONTROL EN SALUD EN EL CENTRO DE SALUD MACIEL

Analizaremos, a continuación, los aspectos característicos del control en salud de los niños en edad escolar en el Centro de Salud Maciel. En este sentido, los elementos que se incluyen en el control en salud son el examen físico y la anamnesis.

TABLA 13. NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL SEGÚN EXAMEN FÍSICO. Montevideo, 2004.

Examen Físico	Nº de Niños	FA	FR%
Peso		103	99
Talla		102	98
Presión arterial		11	10
Vacunas		74	72
Audición		8	7
Visión		14	13
Higiene bucal		30	29
<b>Total de niños = 104</b>			

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel



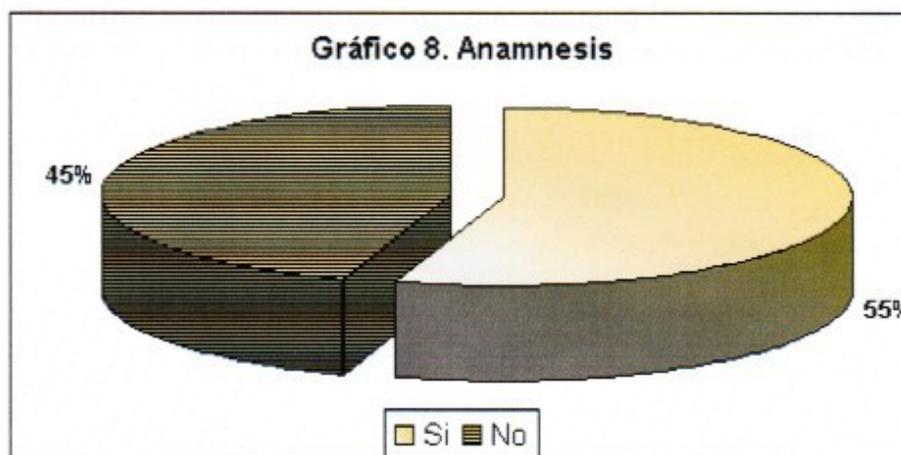
Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

En lo que refiere al ***examen físico*** se destaca, que de los 104 niños en edad escolar que concurren en alguna oportunidad a controlarse su salud, el 99% fue pesado, al 98% se le controló la talla, al 72% se le controló la vigencia del carné de vacunas. Al 29% se le hizo higiene bucal, al 13% se les controló la visión. Fue controlada la presión arterial en un 10% y la audición en 7%.

TABLA 14. NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL SEGÚN ANAMNESIS. Montevideo. 2004.

Anamnesis	FA	FAA	FR%
Si	57	57	55
No	47	104	45
<b>Total</b>	<b>104</b>		<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel



Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

En lo que hace a la anamnesis, se observa que poco más de la mitad de los niños, que alguna vez concurrió al centro a control en salud (55%), tiene registro de la misma. (De un total de 104 niños)

TABLA 15. NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL SEGÚN ASPECTOS REGISTRADOS DE LA ANAMNESIS. Montevideo. 2004.

Aspectos de Anamnesis	FA	FAA	FR%
Alimentación	33	33	57
Deportes y recreación	6	39	10
Educaciones en salud	5	45	9
Escolarización	4	49	7
Buen crecimiento y desarrollo	4	53	7
Descanso y sueño	3	56	6
Indicación control en 1 año	1	57	2
Dificultad al pronunciar la letra Z	1	58	2
<b>Total</b>	<b>58</b>		<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

De los aspectos registrados de la anamnesis, los más frecuentes fueron, con 57% alimentación, seguido de deporte y recreación con 10%, educaciones en salud con 9%, con 7% escolarización al igual que buen crecimiento y desarrollo. Descanso y sueño con 6% y con 2% nos encontramos aquellos a los que se le dijo que volvieran a control en un año, así como los que presentaban dificultad en la pronunciación de la letra Z.

Al referirnos a la relación existente entre *anamnesis y examen físico* nos encontramos que al 14% de la población contaba con registro de anamnesis en la historia clínica y tenía, a su vez, realizado el examen físico con los elementos que fueron considerados como indispensables en la definición (antropometría y vacunas). Y es de real importancia destacar que tan sólo un niño tenía registro de anamnesis y se le realizó el examen físico completo (incluyendo todas las categorías).

#### 6.4. CONTROL EN SALUD.

TABLA 16. NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL SEGÚN CONTROL EN SALUD. Montevideo. 2004.

CONTROL EN SALUD	FA	FAA	FR%
Si	16	16	5
No	301	317	95
<b>Total</b>	<b>317</b>		<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel



Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

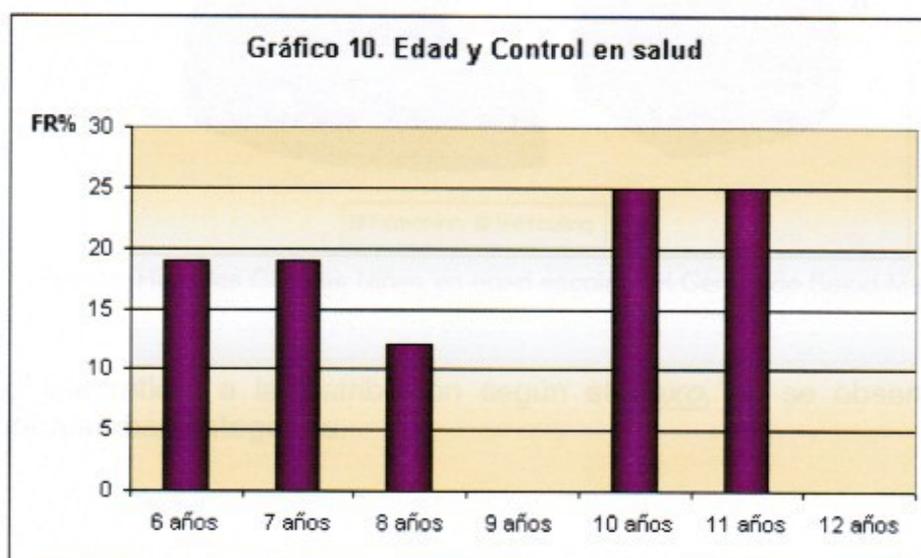
Del total de la población (317 niños) nos encontramos que solamente en 16 casos el **control en salud** fue realizado con las características definidas previamente en el marco teórico. Estos representan sólo el 5% de dicha población.

TABLA

TABLA 17. NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL QUE CONCURREN A CONTROL EN SALUD SEGÚN EDAD. Montevideo. 2004.

EDAD	FA	FR%
6 años	3	19
7 años	3	19
8 años	2	12
9 años	0	0
10 años	4	25
11 años	4	25
12 años	0	0
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel



Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

De la distribución del ***control en salud según la edad*** destacamos, que la mitad de los niños controlados tienen entre 10 y 11 años representados con un 25% cada uno. Seguidos por los niños de 6 y 7 años con un 19% cada uno.

TABLA 18. NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL QUE CONCURREN AL CONTROL EN SALUD SEGÚN SEXO. Montevideo. 2004.

SEXO	FA	FR%
Femenino	7	44
Masculino	9	56
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel



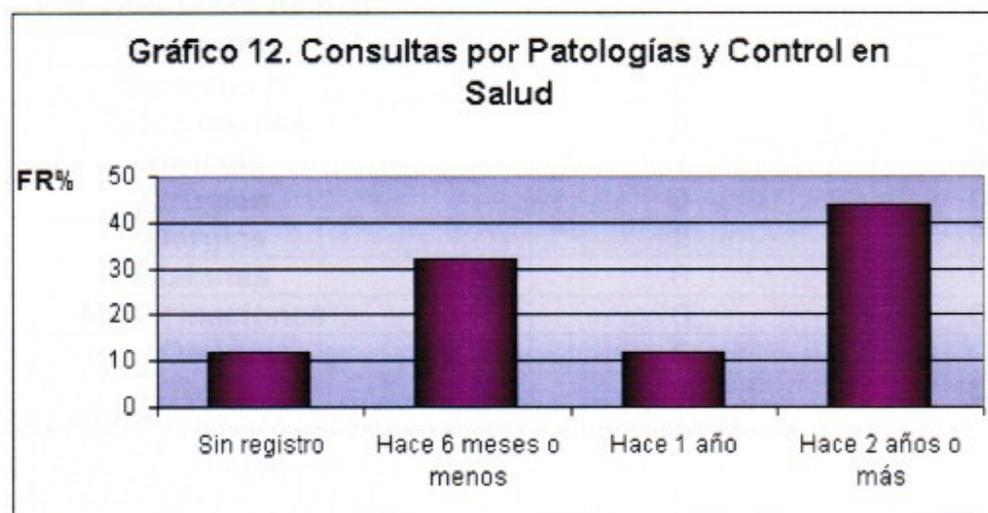
Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

En lo que refiere a la distribución según el sexo, no se observan grandes diferencia entre ambas categorías.

TABLA 19. NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL QUE CONCURREN AL CONTROL EN SALUD SEGÚN CONSULTAS EN PATOLOGÍA. Montevideo, 2004.

CONSULTAS POR PATOLOGÍA	FA	FR%
Sin registro	2	12
Hace 6 meses o menos	5	32
Hace 1 año	2	12
Hace 2 años o más	7	44
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel



Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

El 44% de los niños que se realizan control en salud, hace 2 años o más que no concurre a consultar por patologías, y un 32% lo hizo hace 6 meses.

TABLA 20. NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL CENTRO DE SALUD MACIEL QUE CONCURREN AL CONTROL EN SALUD SEGÚN ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. Montevideo. 2004.

APP	FA	FR%
Desnutrición	0	0
IRA	11	36
Convulsiones	2	7
Asma	3	10
Infección Urinaria	0	0
Enfermedades de piel	5	17
Meningitis	1	3
Sarampión	0	0
Tos convulsa	0	0
Varicela	1	3
Cirugías	0	0
Alergias	2	7
Diabetes	0	0
Malformaciones	0	0
Otros	5	17
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel

En cuanto a los APP de los niños que se realizan el control en salud, el 36% fueron portadores de IRA, el 17% tuvo enfermedades de piel y un 10% son asmáticos.

---

# 7- CONCLUSIONES

## 7- CONCLUSIONES



## **7. CONCLUSIONES**

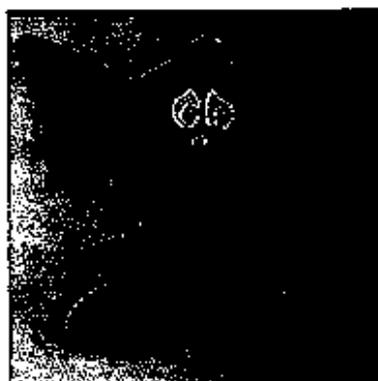
De acuerdo a los objetivos propuestos en nuestra investigación se extrajeron las siguientes conclusiones:

- Se estudió una población de 317 niños en edad escolar que en alguna oportunidad concurrió al Centro de Salud Maciel.
- Las características de la población estudiada mostraron algunos elementos a destacar:
  - ✓ Mayor concentración de niños de 8 años (20%)
  - ✓ Leve predominio de niñas por sobre los varones (51%)
  - ✓ Alto porcentaje en la falta de registro del año escolar en las historias clínicas (46%). De los niños con registro de esta variable, se obtuvieron valores similares de acuerdo a la edad.
  - ✓ El 45% de la población realizó una consulta por patología en el centro de salud por última vez hace 2 años o más, mientras que un 9% nunca concurrió al centro por este motivo. Las causas más frecuentes de consulta fueron las alteraciones respiratorias (31%)
- En cuanto a la periodicidad con que los niños llevan a cabo el control en salud en el centro, cabe destacar que el 41% de la población no cuenta con registro de control en salud en las historias clínicas, mientras que tan sólo un 9% de los niños concurre anualmente al centro a realizarse el control en salud.
- En cuanto a los aspectos característicos del control en salud en el centro, resaltamos sólo un caso en el que el mismo se ajustó en su totalidad a la definición de control en salud expuesta en el marco teórico. Un 14% sólo cuenta con los elementos que en la definición fueren considerados como indispensables: anamnesis y del examen físico antropometría y vacunas. Si además tenemos en cuenta la periodicidad con que este se realiza diremos que el control en salud, como nosotras lo definimos, sólo fue realizado en 16 niños.
- El logro de los objetivos planteados nos permite determinar que los niños en edad escolar bajo el área de cobertura del Centro de Salud Maciel no se controlan en salud.

---

# 8- SUGERENCIAS

## 8- SUGERENCIAS



## 8. SUGERENCIAS

---

Los aspectos que hemos visualizado sobre el control en salud en los niños en edad escolar, nos permiten realizar algunas sugerencias y recomendaciones:

- Sería oportuno crear equipos de trabajo donde se propongan líneas de acción que posibiliten la planificación de actividades tendientes a provocar un cambio gradual hacia la promoción, la prevención, y la educación para la salud en ésta etapa. Nos referimos más bien, a la necesidad de abrir espacios desde la perspectiva interdisciplinaria para la cual la Universidad está particularmente habilitada.
- Elaboración de planes para el seguimiento de la población escolar que apunten a la atención íntegra de los niños en edad escolar a través del control en salud.
- Nos parece importante la realización de estudios que develen las causas y/o los factores que puedan estar influyendo en el no control en salud.
- El personal de enfermería como integrante del equipo de salud ocupa una posición clave para que los individuos participen en sus propios cuidados. La evaluación es esencial en este proceso y la investigación una de las mejores formas de evaluar. Por lo tanto el personal de enfermería debe intervenir más en la investigación y aplicar los resultados obtenidos a su práctica.

---

9- REFERENCIAS  
9- REFERENCIAS  
BIBLIOGRAFÍA  
BIBLIOGRAFÍA



## **9. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA**

---

### **Metodología científica**

1. Canales F.H, Metodología de la Investigación, 1ºed. 1986 OPS
2. Hernández Sampieri R, Fernández Callado C, baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 2ª edición. Ed. Mc Grawhill. 1998. Méjico.
3. Pólit D.F, Investigación Científica en ciencias de la salud, 3ºed, editorial Interamericana, 1987, México.

### **Pediatría**

4. El Manual Merck, 9º ed., editorial Harcourt Brace 1997 Madrid, España.
5. Hockelman R.A, Friedman J.B, Nelson N.M, /et.al/, Atención primaria en pediatría. 3ª edición. Harcourt Bral. Madrid 1998
6. La supervisión de salud del niño y el adolescente, UNICEF, ed. Mediterráneo, Pontifacio Univ. Católica de Chile, 2000, Chile.
7. Morelli A, Quesada G, Salud Infantil en el Uruguay 2, MSP, Uruguay, UNICEF, Diciembre 1989.
8. Nelson, Tratado de Pediatría, 5ºed. NY Mc. Graw Hill, Interamericana 1997
9. Parker S. Zuckerman B, Pediatría del comportamiento y del desarrollo, Ed. Masson, 1996
10. Patri Alfredo, Crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente, 1993, Santiago de Chile, Chile.
11. Wong, Enfermería Pediátrica, 4º ed. Vol. 2 Mosby 1995 Madrid, España

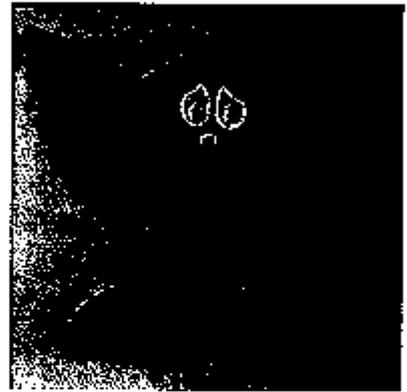
### **Atención Primaria**

12. APS en el Uruguay, resultados y perspectivas R.O.U, Documentos Especiales MSP, UNICEF, 1990.
13. APS, R.O.U Documento N° 4, MSP, UNICEF 1988.
14. Bustos R, Toledo A y Col., Documentos de APS (N°1 al N°9), Ministerio de Salud Pública Uruguay, UNICEF Manual sobre el enfoque de riesgo. OPS, serie PALTEX (n°7)
15. Fortalecimiento de los Ministerios de Salud para el fomento de la Atención Primaria. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos (766). OMS, Ginebra, 1988.
16. MSP asesoría de planificación. Establecimientos de Salud en el Uruguay. 1999. Montevideo. Uruguay.
17. Zuckerman B, Manual para la asistencia primaria, Masson, Little, Brown, 1996
18. Zurro M, Manual de APS Barcelona, España

---

# 10- ANEXOS

## 10- ANEXOS



# **ANEXO 1**

---

**ENTREVISTAS**

---

**CENTRO DE SALUD MACIEL.****Dir.: 25 de Mayo 183****Entrevista a Lic. en Enf. Gabriela Pesce****¿Qué zona abarca la policlínica?**

El área de cobertura es muy extensa y abarca a su vez, la de otros centros como por ejemplo, Tirapará, etc., incluye Ciudad Vieja, barrios Sur y Palermo, Centro, etc.

**¿Qué características socioculturales tiene el barrio y la población asistida?**

La población que se asiste es muy particular, muy diversa, hay muchos extranjeros principalmente peruanos. El hecho de que hayan muchas pensiones en la zona hace que la gente muchas veces esté "de paso" y visiten el centro en una sola oportunidad. En lo económico, la mayoría proviene de un medio más bien bajo, mucha gente desocupada, "changadores", etc.

**¿Realizan el seguimiento de los niños que tienen que concurrir al control en salud?**

Principalmente se realiza el seguimiento de los niños menores de un año a través del Plan Aduana. Tampoco hay un registro exacto de la cantidad de población que se asiste en el centro. Recién por estos meses, al estar informatizando la información, se está organizando la misma. También se realiza el seguimiento de las madres adolescentes, si bien se realiza el control en salud a los niños en edad escolar que asisten, no hay un registro y seguimiento adecuados.

**¿Existe un período de tiempo estipulado para que los niños concurren al control?**

Los recién nacidos vienen una vez por semana, luego una vez por mes hasta el año, cada 6 meses hasta los cuatro años. Después de estas edades si bien el control debería ser una vez al año, muchas veces se limita a lo que recomiende el pediatra para cada caso en particular.

**¿En qué consiste el control que se realiza?**

Se valora al niño por parte de enfermería y luego se realiza el examen médico. Se trata de abarcar aspectos tales como alimentación, crecimiento y desarrollo, inmunización, escolarización, hábitos, etc.

**¿Llevan un registro de los niños que concurren a controlarse en salud?**

Lo único que hay son los partes diarios en donde aparece el motivo de consulta, pero nada más.

**¿Cuáles serían los factores del por qué los niños en edad escolar no concurren al control?**

Pesa mucho la convicción de que al médico se va cuando se está enfermo, cuesta mucho crear conciencia de promoción de salud. El hecho de que el área de cobertura

de este centro sea tan amplia dificulta el traslado en muchos casos, sobre todo si no siempre se cuenta con los medios económicos para hacerlo.

**¿Cuántas consultas pediátricas se realizan?**

Sin discriminar edades, son unas 700 consultas mensuales.

**¿Existe algún programa que se aplique en el centro, a los niños entre 6 y 12 años?**

No.

**Entrevista a la Directora del Centro de Salud Maciel****¿Qué zona abarca la policlínica?:**

El área de cobertura es muy extensa incluye Ciudad Vieja, barrios Sur y Palermo, Centro. Pero dentro de ésta hay otros centros efectores (tres policlínicas de la IMM), a los que la gente también concurre.

**¿Cada cuanto se realiza el control en salud en niños en edad escolar?**

Una vez al año salvo que por riesgo social o nutricional se lo visita con asistente social.

No se los cita para el control, se educa a la madre. Los niños concurren cuando en la escuela piden el certificado de gimnasia.

**¿En qué consiste el control en salud en estos niños?**

Depende del criterio del pediatra y del niño.

**¿Cuántas consultas pediátricas se llevan a cabo en el centro?**

El mayor número de consultas pediátricas, sin discriminar edades, alcanzado fue 800. En el mes de Febrero del 2004 se llevaron a cabo 516 consultas, de las cuales 212 fueron programadas. Las causas variadas, no se contabilizaron quienes concurrieron por control y quienes por patología. Esa información sí esta registrada en los parte diarios.

**¿Existen programas de atención para los niños de 6 a 12 años que se aplique en el centro?**

Específicos para la población de esta edad no hay programas. Está el Plan Aduana para recién nacidos y menores de 1 año. Hay también programas para la higiene bucal en niños. Y el programa Setiembre para adolescentes embarazadas.

**CENTRO DE SALUD "DR. MISURRACA" (EX SANTA RITA).**

Dir.: Enrique Castro 4149 esq. Aparicio Saravia

Tel.: 216 18 86

**Entrevista al Lic. en Enf. José Segundo****¿Qué zona abarca la policlínica?**

Barrios Ituzaingó, Marconi, Casavalle, Nuevo Ellauri, Borro, Gruta de Lourdes, Municipal, Coppola.

**¿Qué características socioculturales tiene el barrio y la población asistida?**

Situación económica deficiente, con un bajo nivel de vida y necesidades básicas insatisfechas en un alto porcentaje de la población. Nivel socioeconómico bajo que en la gran mayoría no supera el nivel de educación primaria, existiendo casos de analfabetismo.

**¿Realizan el seguimiento de los niños que tienen que concurrir al control en salud?**

Sí, a través del fichero del programa Aduana y/o el cuaderno donde se anotan las fechas del próximo control (cuaderno de citas). La asistente social hace una visita de seguimiento y se los cita al control.

**¿Existe un período de tiempo estipulado para que los niños concurren al control?**

RN: cada 7 días.

1 mes – 12 meses: 1 vez por mes

1 año – 2 años: cada 3 meses

2 años – 4 años: cada 6 meses

4 años – 14 años: anual

**¿En qué consiste el control que se realiza?**

Consiste en realizar la valoración del niño el cual incluye la antropometría: talla, peso, perímetro cefálico, alimentación, vacunas, educación para la salud, hábitos alimenticios e higiénicos.

**¿Llevan un registro de los niños que concurren a controlarse en salud?**

Sí, hasta el año de vida a través del fichero del programa Aduana y luego por el cuaderno de citas.

**¿Cuáles serían los factores del por qué los niños en edad escolar no concurren al control?**

Factores educativos: no hay hábitos de control en salud, se recurre al servicio cuando el niño presenta una patología.

Factores geográficos: distancia, estado del tiempo.

Factores económicos: carencia de dinero para pagar el boleto

**¿Cuáles son los días de consulta de pediatría?**

Lunes a viernes de 7 a 17 horas.

**¿Cuántas consultas pediátricas se realizan?**

Aproximadamente, 60 consultas diarias.

**¿Existe algún programa que se aplique en el centro, a los niños entre 6 y 12 años?**

No existe.

## **POLICLÍNICA ENTRE VECINOS**

Dir.: San Juan 2668

Tel.: 203 16 24

### **Entrevista a la Lic. en Enf.**

**¿Qué zona abarca la policlínica?**

Arroyo seco, Prado, Capurro.

**¿Qué características socioculturales tiene el barrio y la población asistida?**

Gente que ha perdido sus trabajos. Se observa una parte de la población con grandes carencias y otra parte que no

**¿Realizan el seguimiento de los niños que tienen que concurrir al control en salud?**

La consulta pediátrica planificada es un gran desafío, por lo general se programa con fecha a primera hora. Los niños de 6 a 14 años son los que concurren al centro con menor frecuencia. Los jueves se presta un espacio adolescente, trabajando en conjunto con el liceo Armenio

**¿Existe un período de tiempo estipulado para que los niños concurren al control?**

Se considera propicio que los niños en esta edad concurren a control en salud anualmente

**¿En qué consiste el control que se realiza?**

se realiza la valoración del niño a través del control de talla, peso, exámen físico, vacunas, y educación.

**¿Llevan un registro de los niños que concurren a controlarse en salud?**

No, pero hay cuaderno de citas con fechas de control y edad de los niños.

**¿Cuáles serían los factores del por qué los niños en edad escolar no concurren al control?**

Porque los padres los ven "bien", o sea, "sanos". Sobretudo son factores culturales ya que se piensa que si no hay afección no se va al médico. Las noxas más comunes son alteraciones en la visión, audición y el comportamiento, que generalmente son descubiertas por las maestras en la escuela e incentivan a los padres para que los traigan a la policlínica

**¿Cuáles son los días de consulta de pediatría?**

Lunes y viernes de 10 a 12

**¿Cuántas consultas pediátricas se realizan?**

Aproximadamente, 60 consultas diarias.

**¿Existe algún programa que se aplique en el centro, a los niños entre 6 y 12 años?**

No existe. Trabajamos con un programa para guardería en donde se concurre 1 vez por semana a la guardería "nuestros niños" y se realiza educación con padres y maestros.

# ANEXO 2

## **CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO**

En este departamento se encuentra la capital del país. Está situado al sur del territorio nacional y es el de menor superficie: 0.30% del área terrestre total. El 42,5% de la población vive en él, lo que determina una densidad de población de 2.506 habitantes por Km<sup>2</sup>.

La distribución de la población en el departamento es desigual: la zona centro sur, al este de la bahía tienen las densidades más altas (120 159 hab./Km<sup>2</sup>); rodeando esta zona por el norte y el este se encuentran las zonas con densidades de 80 a 119 hab./Km<sup>2</sup>; por el norte de esta zona y al oeste de la bahía se encuentran las zonas con densidades de 40 79 hab./ Km.<sup>2</sup>. El resto del departamento tiene densidades entre 3.4 a 39 hab/Km<sup>2</sup>.

# **ANEXO 3**

Universidad de la República  
Facultad de Enfermería  
Departamento Niño y Adolescente

## **INSTRUCCIONES**

### **FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS** **CONTROL EN SALUD EN LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR**

El propósito del formulario es conocer si los niños en edad escolar concurren al control en salud.

El presente será completado únicamente por quienes llevamos adelante esta investigación.

#### **Instrucciones:**

- 1- Se utilizará únicamente lápiz
- 2- Deberá completarse con letra imprenta, clara y legible.
- 3- Los casilleros serán marcados con cruces.
- 4- Se deberá responder específicamente lo que se pregunta, de tener que acotar algo más, se utilizará el espacio destinado para observaciones (sección IV del formulario)

Universidad de la República  
 Instituto Nacional de Enfermería (Asimilado a Facultad)  
 Departamento Niño y Adolescente

Investigador: \_\_\_\_\_

Formulario N°: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**  
**CONTROL EN SALUD EN LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR**

Centro de Salud Maciel

N° registro: \_\_\_\_\_

**I – DATOS GENERALES:**

1- Edad: \_\_\_\_\_

2- Sexo:

(1) Femenino:       (2) Masculino:

3- Antecedentes Personales Patológicos:

- |                        |                          |                          |                          |                     |                          |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| (1) Desnutrición       | <input type="checkbox"/> | (6) Enfermedades de piel | <input type="checkbox"/> | (11) Cirugías       | <input type="checkbox"/> |
| (2) IRA                | <input type="checkbox"/> | (7) Meningitis           | <input type="checkbox"/> | (12) Alergias       | <input type="checkbox"/> |
| (3) Convulsiones       | <input type="checkbox"/> | (8) Sarampión            | <input type="checkbox"/> | (13) Diabetes       | <input type="checkbox"/> |
| (4) Asma               | <input type="checkbox"/> | (9) Tos Convulsa         | <input type="checkbox"/> | (14) Malformaciones | <input type="checkbox"/> |
| (5) Infección urinaria | <input type="checkbox"/> | (10) Varicela            | <input type="checkbox"/> | (15) otros _____    |                          |

4- Año escolar que cursa:

- (1) 1°       (2) 2°       (3) 3°   
 (4) 4°       (5) 5°       (6) 6°   
 (7) Sin escolarizar

II – VISITAS AL CENTRO DE SALUD MACIEL:

1- Última visita por patología específica (fecha y causa): \_\_\_\_\_

2- Últimos dos controles en salud (fecha): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

III – ASPECTOS CARACTERÍSTICOS DEL CONTROL EN SALUD:

1- Examen físico:	(1) SI	(0) NO
a- Antropometría: <i>Peso:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Talla:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b- Control de PA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d- Vacunas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e- Audición:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f- Visión:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g- Higiene bucal:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2- Anamnesis:

Aspectos registrados de la anamnesis: (1) SI  Especificar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(2) NO

IV – Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# **ANEXO 4**

## **PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**DESCONOCIMIENTO DE LA REALIZACIÓN DEL CONTROL DE SALUD DE LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR (6 A 12 AÑOS) BAJO EL ÁREA DE COBERTURA DEL CENTRO DE SALUD MACIEL.**

Silvia Castaño  
Valeria Pereira  
Noelle Rivero

***Tutora responsable:*** Prof. Lic. en Enf. Lía Fernández

Montevideo, 4 Mayo 2004

# **NATURALEZA DEL PROTOCOLO**

## **INTRODUCCIÓN**

Esta investigación será llevada a cabo por tres estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, en el periodo comprendido entre Mayo 2003 a Julio 2004.

La misma esta enfocada a conocer si los niños en edad escolar (6 a 12 años), bajo el área de cobertura del Centro de Salud Maciel concurren a realizarse el control en salud.

La importancia de trabajar en este ámbito radica en que la edad escolar corresponde a la etapa de mayor desarrollo y capacidad de aprendizaje, por ello hay que hacer un mayor esfuerzo para favorecer sus potencialidades previniendo de forma precoz todos aquellos problemas que puedan interferir en un óptimo desenvolvimiento de sus capacidades y promoviendo prácticas saludables que permitan que estos individuos culminen esta etapa de la forma más óptima. El control en salud de un niño es una oportunidad única de apoyar a la familia desde el comienzo, privilegiando la promoción y el conocimiento de las capacidades del niño según su edad, la importancia del juego, etc. Es también una oportunidad para el personal de salud para relacionarse con el niño como persona responsable de su salud, formándolo paso a paso en la adquisición de hábitos de vida saludables.

Teniendo en cuenta la falta de información sobre el tema se consideró justificado la realización de una investigación que permita conocer esta situación. Para realizarla utilizamos un diseño metodológico de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo. Nuestro universo serán los registros de todos los niños en edad escolar en las Historias Clínicas. Se analizarán los datos de todo el universo, por ser una población pequeña. El instrumento de recabación de datos será un formulario con preguntas estructuradas y no estructuradas que será completado por las investigadoras.

## FUNDAMENTO

Nuestro interés por investigar el control en salud de los niños en edad escolar (6 a 12 años) surge a partir de las diferentes experiencias prácticas que fuimos desarrollando a lo largo de la carrera en los distintos centros de salud de atención primaria, en los cuales observamos que los niños comprendidos en estas edades, en la mayoría de los casos, consultaban por noxas específicas y no por control en salud. Así mismo, distintos integrantes de los equipos de salud manifestaron su inquietud sobre este problema.

Al iniciar nuestra búsqueda nos entrevistamos con representantes de distintas instituciones como: Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE); Ministerio de Salud Pública (MSP) (Dr. Quesada: Director de la División Salud); Intendencia Municipal de Montevideo (División Salud); Sindicato Médico del Uruguay (Biblioteca); Administración Nacional de Educación Primaria (ANEP) (representante del Dpto. Salud); Instituto Nacional De Enfermería (INDE) (Trabajos de Investigación); Facultad de Medicina (Archivos de Estudios de Investigación), en ninguna de ellas encontramos registros, datos estadísticos ni trabajos anteriores sobre si los niños se controlan su salud o no, en consecuencia, no existe una evaluación sobre el éxito o fracaso del control en salud en esta población. Además de no existir un programa sobre control en salud de los niños en edad escolar, los programas existentes solo alcanzan la etapa de ejecución y no definen claramente indicadores de evaluación que permitan una retroalimentación del impacto de los mismos, situación que está presente en Uruguay y América Latina.

En Healthy People, Programa Nacional de Estados Unidos adaptable al programa de la OMS "Salud para todos en el año 2000", la Promoción de la Salud se define como "El desarrollo de las medidas individuales y colectivas que pueden ayudar (a las personas) a desarrollar estilos de vida capaces de mantener y manejar el/los estado/s de bienestar.

En el segmento de vida que se extiende desde los 6 a los 12 años, el niño enfrenta una de las etapas más exigentes de su desarrollo personal la cual será determinante para la consolidación de su personalidad y de sus capacidades emocionales, laborales y sociales. Este concepto implica una visión dinámica, evolutiva y prospectiva del ser humano y es una característica diferencial en la asistencia del niño.

Por lo anteriormente expuesto el control en salud constituye una oportunidad valiosa y única para inducir cambios favorables en la salud del niño. Si hablamos de la importancia del control en salud en esta etapa diremos, que durante la supervisión de salud del niño se recopila una variedad de información acerca de él y su familia, que constituye para el equipo de salud una herramienta vital para el seguimiento de su estado de salud. Su supervisión, cuidado y fomento es una actividad compleja y de la mayor importancia, aunque no tenga la urgencia o espectacularidad de la actividad del equipo asistencial orientada hacia la enfermedad.

Por tal motivo, y por todo lo mencionado anteriormente, consideramos necesario comprobar científicamente si los niños en edad escolar concurren al control en salud.

Teniendo en cuenta que en diferentes zonas de Montevideo se observan distintos grados de satisfacción de las Necesidades Humanas Básicas Fundamentales, nos entrevistamos con Licenciadas/os en Enfermería responsables de Centros de Salud de diversas zonas, las mismas manifestaron que en estos Centros no se realiza el seguimiento del control en salud de los niños en edad

escolar, contando sí con programas específicos para niños menores de 1 año y adolescentes. (Ver anexo 1)

A partir de lo antes mencionado y para poder llevar adelante nuestra investigación de acuerdo a los recursos (Humanos, Tiempo y Financieros) con los que contamos es que seleccionamos un solo Centro de Salud. Para la selección del mismo nos basamos en las características demográficas de la ciudad de Montevideo en donde se observa que la mayor densidad de población se ubica en la zona centro-sur al este de la bahía, esta zona esta comprendida bajo el área de cobertura del Centro de Salud Maciel (ubicado en 25 de Mayo 183) lugar donde llevaremos a cabo nuestra investigación. (Ver anexo 2)

Esta investigación podrá ser punto de partida para la elaboración de planes de trabajo que aborden esta problemática así como investigaciones posteriores que lleven a la profundización del control de salud. De esta forma surgirán nuevos campos laborales en los que la Enfermería Profesional tendrá otra oportunidad de participar activamente dentro de la comunidad al atender sus necesidades, intereses y problemas.

<b>PROBLEMA Y OBJETIVOS</b>
-----------------------------

**PROBLEMA**

Desconocimiento de la realización del Control de Salud de los niños en edad escolar (6 a 12 años) bajo el área de cobertura del Centro de Salud Maciel.

**PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN**

¿Los niños en edad escolar, bajo el área de cobertura del centro de Salud Maciel, concurren al control en salud?

**OBJETIVOS**

**OBJETIVO GENERAL**

Determinar si se realiza o no el control en salud en los niños en edad escolar del Centro de Salud Maciel.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- a- Caracterizar la población del Centro de Salud Maciel.
- b- Determinar la periodicidad con que se realiza el control en salud de la población en estudio en este Centro
- c- Describir los elementos que se incluyen en el control en salud de los niños en edad escolar realizado en el Centro de Salud Maciel.

## MARCO TEORICO

### CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

Se entiende por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez. Este concepto implica una visión dinámica, evolutiva y prospectiva del ser humano y es una característica diferencial en la asistencia del niño.

El objeto de la atención a su salud no consiste solamente en satisfacer sus necesidades actuales, sino también en promover un crecimiento y desarrollo normales para que llegue a ser un adulto sano.

Crecimiento y desarrollo son el resultado de una interacción de factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo.

Si las condiciones de vida (físicas, biológicas, nutricionales, biopsicosociales, etc.) son favorables, el potencial genético de crecimiento y desarrollo podrá expresarse en forma completa, pero en caso de ser desfavorables, éste se verá limitado de acuerdo a la intensidad y persistencia del agente agresor.

Crecimiento y desarrollo del niño constituyen excelentes indicadores positivos de salud. La evaluación periódica del crecimiento ofrece la posibilidad de observar como, ante una variación positiva de las condiciones de salud y nutrición, mejora los parámetros del crecimiento físico de los niños.

### CRECIMIENTO DEL NIÑO

Crecimiento ha sido definido como el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular. Podemos estudiar el crecimiento en el ámbito de la masa corporal total, con mediciones antropométricas que tiene una gran aplicación clínica, tales como el peso y la estatura.

Los factores que regulan el crecimiento son:

- ✓ Factores nutricionales: Se refieren a la necesidad de contar con una adecuada disponibilidad de alimentos y la capacidad de utilizarlos para el propio organismo, con el fin de asegurar el crecimiento.
- ✓ Factores socioeconómicos: el hecho de contar con pocos recursos económicos tiene importancia sobre el crecimiento.
- ✓ Factores emocionales: se relacionan con la importancia de proporcionar al niño un ambiente psicoafectivo adecuado desde su nacimiento y a lo largo del crecimiento.
- ✓ Factores genéticos: ejercen su función en forma permanente durante el transcurso del crecimiento.
- ✓ Factores neuroendocrinos: participan en el funcionamiento normal de un organismo. Todas las hormonas y factores que regulan el crecimiento ejercen su acción a través de mecanismos específicos y a edades determinadas de la vida, tanto en la etapa prenatal como en la postnatal.

### Períodos de crecimiento.

#### *Períodos de crecimiento intrauterino:*

- ✓ Período embrionario
- ✓ Período fetal

#### *Períodos de crecimiento postnatal:*

- ✓ Primera infancia: Abarca desde el nacimiento hasta los 3 años de edad y se caracteriza por un crecimiento rápido, si bien con una notable desaceleración respecto al período intrauterino. Esta es una etapa de riesgo, sensible a las carencias nutricionales, infecciones y otras enfermedades (diarreas, enfermedades respiratorias, parasitosis, etc.).
- ✓ Segunda infancia: A partir de los 3 años y hasta el comienzo de la edad puberal, transcurre un período en el cual la velocidad de crecimiento se mantiene constante. Desde el punto de vista del desarrollo se producen cambios importantes en la motilidad fina y la adquisición de conocimientos que posibilitan la integración a una educación formal.
- ✓ Etapa de aceleración o empuje puberal: Este empuje señala los grandes cambios que sufre el niño en su constitución somática y su desarrollo psicosocial. Es un período de rápidas transformaciones que en las mujeres alcanza su máxima velocidad a los 12 años y en los varones a los 14 años y condiciona en gran parte el ajuste que ha de tener el joven en su ambiente.
- ✓ Fase de detención final del crecimiento: Se da a la segunda mitad de la segunda década de la vida. El individuo se encuentra en condiciones físicas que, sumadas a las experiencias de aprendizaje, posibilitan su expresión en el medio social.

Para la evaluación del crecimiento del niño, el registro de peso y talla constituye el método más apropiado en el ámbito de atención primaria para detectar desviaciones del crecimiento, a la vez que permite realizar un diagnóstico del estado nutricional. También podemos evaluarlo mediante el índice de masa corporal (IMC). Este es un método que permite establecer si una persona pesa menos o más de lo debido. Con este dato y tomando en cuenta la edad y sexo se puede determinar mediante tablas especiales si la persona tiene un peso deficiente, normal o excesivo.

### DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO

Por desarrollo neuropsíquico se entiende el proceso a través el cual se ponen en actividad los diferentes mecanismos de la vida intelectual y de relación. Avanza a través de fases sucesivas cualitativamente diferentes, que si bien comparten factores comunes, también reflejan ciertas irregularidades y enormes diferencias interindividuales que hacen a la personalidad de cada uno.

Siguiendo a expertos autores se define al desarrollo psicomotor como "el proceso continuo mediante el cual el niño adquiere habilidades gradualmente más complejas que le permiten interactuar cada vez más con las personas, los objetos y los sistemas de su medio ambiente, abarcando las funciones de inteligencia y afectividad por medio de las cuales el niño entiende y organiza su medio, incluyendo también la capacidad de relacionarse con los demás y el modo de sentir y expresar sus emociones".

Cada etapa sucesiva del desarrollo se caracteriza por problemas definidos que el niño debe resolver para poder progresar con confianza hacia los siguientes. Los logros

sucesivos no se encuentran rígidos y definitivamente establecidos sino que pueden ser reforzados o amenazados a través de la vida.

Es importante recordar que el desarrollo psicológico tiene lugar dentro de un medio cultural. No solamente la forma de las grandes instituciones sociales sino también el marco familiar, la actitud de los padres y su conducta en la crianza del niño, están condicionadas por la cultura de una época determinada.

El desarrollo psicológico en la niñez puede ser dividido en 5 etapas:

Lactancia (del nacimiento a los 18 meses), infancia temprana (de los 18 meses a los 5 años), infancia tardía (de los 5 a los 12 años), adolescencia temprana (de los 12 a los 16 años), adolescencia tardía (de los 16 años a la madurez).

Los factores que afectan el desarrollo son:

- ✓ Factores hereditarios
- ✓ Factores de acción del ambiente físico
- ✓ Factores de acción del ambiente social
- ✓ Factores de equilibrio que gobiernan particularmente las interacciones de los 3 anteriores y favorecen la adaptación del individuo

Para la evaluación del desarrollo, la identificación de los logros alcanzados por el niño en cada una de las etapas de su desarrollo constituye la base de su evaluación. Con sentido práctico, se ha sistematizado el desarrollo en etapas "claves", a fin de que el personal del equipo de salud pueda efectuar fácilmente esta evaluación. Alcanzar un logro en una conducta determinada significa que se ha cumplido anteriormente una serie de etapas en las cuales se apoya esta nueva adquisición, la falta de determinado logro significa la posibilidad de riesgo elevado o de retraso.

## **NIÑO ESCOLAR**

Al segmento de la vida que se extiende desde los 6 años hasta aproximadamente la edad de 12 años se le ha dado una gran variedad de denominaciones, cada una de las cuales describe una característica importante del período. Por lo general se denomina a estos años intermedios edad escolar o los años escolares. Comienza con la entrada en la esfera de mayor influencia para los niños, el entorno del colegio, que tiene un impacto importante en el desarrollo y en las relaciones.

El niño enfrenta una de las etapas más exigentes de su desarrollo personal, la cual será determinada para la consolidación de su personalidad y de sus capacidades emocionales, laborales y sociales. Por primera vez en su vida deberá desenvolverse en un ambiente formal que le exigirá un desempeño objetivo en campos hasta ahora no explorados por él.

Para cumplir con éxito este desafío, el escolar deberá echar mano a las fortalezas acumuladas en las etapas anteriores de su desarrollo. Se podría decir que es el momento en que se resume la historia previa y el niño se vuelca hacia el descubrimiento y conquista de un mundo más amplio, atrayente, competitivo y agresivo.

Simultáneamente el niño continuará con más fuerza el proceso de separación de sus padres, logrando así el grado necesario de autonomía para incursionar en otro medio social, donde sus compañeros comienzan a constituirse en referentes significativos. De esta manera los padres dejan de ser los únicos modelos, apareciendo otros adultos en este rol, como profesores, deportistas, etc.

En la medida que el niño va enfrentando con éxito estos desafíos, irá logrando un grado mayor de autoestima o valoración de sí mismo, lo que a su vez repercutirá en un mejor desempeño global, cerrando de esta manera un círculo virtuoso.

La salud física es, por lo general, buena y es una etapa cómoda de adaptación física. Los procesos psicológicos casi siempre han alcanzado un estadio de desarrollo que permite su mantenimiento en niveles estables, bajo condiciones normales, y su rápido reajuste a las situaciones cambiantes de estrés. En circunstancias normales, estos niños son generalmente capaces de cumplir las demandas físicas y psicológicas que se les imponen.

Con una base firme de confianza autonomía e iniciativa, el niño está listo y ansioso por conocer el amplio mundo que lo rodea y por competir, todo ello unido al desarrollo de un sentido de laboriosidad. El niño evoluciona desde el egocentrismo de la primera infancia al período de dominio cognitivo denominado de las operaciones concretas. Hasta hace poco, esta fase de la infancia despertaba un interés y preocupación escasas entre los psicólogos y otros profesionales, por considerar que las experiencias vividas en este momento influían poco en la capacidad de adaptación posterior.

Sin embargo, se ha encontrado que en este periodo el niño aprende las habilidades más importantes de su cultura y desarrolla el sentido de la propia competencia y autoestima. Es un período de crecimiento intelectual y de dedicación al trabajo, en el que se realiza el primer compromiso real con una unidad social ajena y mayor que la familia.

Para tener una visión más detallada de este período, se abordan las características del crecimiento y desarrollo de los niños divididos en dos franjas etarias:

#### De los 6 a los 8 años:

La inserción en la escuela, comenzar a descubrir un mundo más amplio, hacerse de amigos y lograr destrezas físicas, van enmarcando un grado de autonomía frente a los padres. Estos últimos deben otorgar todo el cariño, comprensión, apoyo y la valoración de logro que el niño va alcanzando en un momento donde las exigencias han aumentado significativamente y se ponen en juego la seguridad que va adquiriendo para desenvolverse en el ambiente extrafamiliar. Así mismo, los padres deben imponer los límites y reglas en forma consistente, pero comprendiendo la necesidad de que el niño comience a aventurarse en nuevos ambientes con libertad progresiva.

Durante estos años se pondrán a prueba las destrezas intelectuales y físicas del niño, razón por lo cual son especialmente relevantes las limitaciones que pueda tener en estos aspectos. El aprendizaje de la lectoescritura y de las primeras operaciones matemáticas, requieren de una serie de destrezas sensoriales, intelectuales y motoras, que se supone han sido entrenadas en los años previos. La actividad deportiva es otro ámbito importante, pues favorece el crecimiento armónico y el desarrollo social, para la cual se necesita de buena coordinación, mayor fuerza física y persistencia anímica

#### De los 9 a los 12 años:

Superada la primera etapa de la edad escolar, el niño transita hacia la adolescencia a través de un período donde los cambios están relacionados principalmente con la esfera psicosocial. El escolar de esta edad ya es autónomo de

sus padres para mucha de las tareas cotidianas como bañarse, vestirse, preparar sus materiales para el colegio, prepararse algo de comer y para asumir ciertas responsabilidades menores, como hacer su cama. Es recomendable que los padres estimulen y exijan estas conductas más autónomas. El cariño incondicional y la disciplina siguen siendo trasfondos necesarios para el niño.

Fuera de la casa el colegio permanecerá como el ámbito de mayor relevancia. Las materias académicas los obligan a ejercitar funciones de pensamiento más complejas y a mantener hábitos de estudio y concentración mayores. Resumir, sintetizar, analizar, abstraer, resolver, jerarquizar, concluir, constituyen algunos ejemplos de las funciones intelectuales que se les empiezan a exigir.

Se constituyen grupos de amigos quienes comparten interés y habilidades, con quienes el niño comparte su tiempo libre. La influencia progresiva de estos grupos de pares obliga a los padres a mantener una actitud vigilante, pero respetuosa sobre el tipo de influencias que su hijo está recibiendo. Es recomendable mantener un diálogo frecuente y favorecer la confianza permanente, con el fin de poder ayudarlo a ser crítico frente a las ideas y conductas de terceros.

La actividad física especialmente con fines recreativos es fundamental para muchos aspectos de su crecimiento y desarrollo. Un niño pasivo que se entretenga principalmente en actividades solitarias e individuales, debe ser considerado de riesgo y se debe intervenir buscando causas y soluciones.

El escolar debe ir adquiriendo auto responsabilidad en el cuidado de su salud para lo cual es necesario que se informe sobre los temas relacionados y tome una actitud frente a ellos. Esto debería ser incentivado en el hogar y en la escuela.

## **ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

En el año 1978 se desarrolló la Conferencia Mundial de la Salud, en la ciudad de Alma-Ata, en la ex URSS. En la misma los países miembros de la OMS elaboran la siguiente declaración:

"La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y de autodeterminación".

### **APS comprende ocho elementos esenciales:**

- 1 La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondiente.
- 2 La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.
- 3 Un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.
- 4 Asistencia materno - infantil, con inclusión de la planificación de la familia.
- 5 La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- 6 La prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales.
- 7 El tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes.
- 8 Suministro de los medicamentos esenciales.

APS como estrategia global tendiente a mejorar las condiciones sanitarias de la población mundial, es válida y aplicable a toda la población y no solamente a segmentos o sectores de ella.

Es un enfoque de atención integral de la salud.

APS no es atención de segunda clase destinada sólo a comunidades rurales o grupos de la población y para ser llevada a cabo por personal auxiliar.

Sin embargo, teniendo en cuenta que las metas de salud demandan el incremento de los niveles de bienestar y la disminución de las desigualdades existentes, la aplicación de la APS como estrategia debe orientarse prioritariamente a asegurar la satisfacción de las necesidades básicas de salud de los grupos humanos postergados.

Son muchas las razones por las cuales los sectores pobres de la población están expuestos a un mayor número y variedad de factores de riesgo para la salud que las personas en los grupos de mayor ingreso económico.

A pesar del enorme progreso que han tenido en los últimos años las creencias y las técnicas sanitarias, el estado de salud de un número importante de individuos sigue siendo en extremo deficitario.

Existen crecientes sectores de la población que están cada vez más sometidos al ciclo de pobreza y enfermedad que repercute en todos los aspectos de la vida.

### **APS en Uruguay.**

Con excepción de esfuerzos aislados, implementados por organizaciones no gubernamentales (religiosas, comunitarias) que contaron en muchas ocasiones con el apoyo financiero y tecnológico de organizaciones internacionales, poco se había realizado en Uruguay en beneficio del desarrollo de la estrategia de APS hasta el año 1985.

Desde el inicio de su gestión el MSP ha definido priorizando y comenzando a implementar la estrategia de APS como el núcleo principal del accionar operativo de todos sus servicios.

También ha propuesto insistentemente líneas de acción que posibiliten la planificación de actividades tendientes a provocar un cambio gradual hacia la promoción, la prevención y la educación para la salud.

Como inicio de actividades se consideró oportuno realizar un encuentro de carácter nacional en el cual se analizaron las experiencias nacionales, se identificaron los principales problemas que obstaculizan el desarrollo de APS y se formuló una estrategia tendiente a concientizar al sector salud acerca de la necesidad de transformar la prestación de los servicios a través de un enfoque más integral, con apoyo de otros sectores y con una mayor participación de la comunidad.

Un elemento importante a tener en cuenta al hablar de APS en el Uruguay es que si bien el término nace y se populariza a partir de 1978 como una estrategia básica para el logro de la salud para todos en el año 2000, muchas de las acciones propuestas en la misma no son desconocidas y más aún ya fueron aplicadas con anterioridad en nuestro país obteniéndose excelentes resultados.

En suma, podemos afirmar que si bien existen importantes dificultades para lograr el pleno desarrollo de APS, en nuestro país existe una tendencia hacia las tareas preventivas, acciones comunitarias, educación para la salud y coordinación de servicios, pilares todos ellos de la APS, todo lo cual permite mirar con optimismo hacia el futuro.

La necesidad de fortalecer la estrategia de APS se ve frecuentemente obstaculizada por dificultades tales como:

- ✓ La constante necesidad de resolver problemas administrativos que entorpecen la prestación de asistencia sanitaria.

- ✓ La toma de decisiones con conocimiento suficiente de información para precisar adecuadamente las prioridades y metas.
- ✓ La selección de las tecnologías apropiadas.
- ✓ La utilización de todos los recursos disponibles.
- ✓ La excesiva centralización de la gestión del proceso administrativo.
- ✓ La resistencia al cambio que ofrece el personal de salud que se refugia en el "asistencialismo" y enfatiza poco la promoción de salud y prevención de enfermedad.
- ✓ La falta de información en el ámbito local es una de las mayores carencias que dificultan el proceso de gestión y decisión y al mismo tiempo obstaculizan una imprescindible y periódica labor de supervisión y evaluación a fin de apreciar las mejoras realizadas en lo que respecta a la cobertura y la calidad de la atención.
- ✓ Una tradicional incoordinación de las instituciones públicas entre sí, sumada a la escasa participación social, reduce la eficiencia y eficacia de los programas.
- ✓ Escasa coordinación intersectorial capaz de comprometer la responsabilidad de las instituciones en el que hacer de la salud.

### **Enfermería y atención primaria**

El desarrollo de la APS y en consecuencia, la constitución de equipos multidisciplinares, cuyo núcleo básico está formado por profesionales médicos, enfermería y trabajadores sociales, implica la definición de las funciones a desempeñar por dicho equipo y cada uno de sus miembros.

Actualmente las actividades que desempeñan los profesionales de enfermería, además de la prestación de cuidados curativos se dirigen por un lado, a la atención de personas sanas mediante la prevención de enfermedad y promoción de salud del individuo potenciando su autocuidado. Este trabajo, englobado en la labor del equipo, condiciona el que la enfermera no sea un elemento aislado, sino que realmente participe en todo un conjunto basado en un planteamiento multidisciplinario.

Se enumeran a continuación algunas de las actividades que realiza enfermería en la estrategia de APS:

- ✓ Promueve la participación comunitaria, de grupos, de familia y de individuos en el proceso de atención de enfermería.
- ✓ Realiza educación para la salud en los ámbitos que cree convenientes.
- ✓ Participa en programas elaborados por los niveles centrales y locales de salud.
- ✓ Coordina actividades con otros sectores comunitarios, educativos, municipales, comerciales y otros.
- ✓ Participa activamente en actividades de vigilancia epidemiológica.
- ✓ Realiza visitas domiciliarias.
- ✓ Coordina con el equipo las estrategias de salud a llevar adelante para desarrollar los programas del servicio.
- ✓ Administra los cuidados de enfermería de los usuarios, a través de la consulta de enfermería.
- ✓ Administra los recursos materiales y humanos del servicio.
- ✓ Realiza educación en servicio, al personal de enfermería y otros técnicos.
- ✓ Realiza actividades extramurales de acuerdo a las necesidades de la comunidad.
- ✓ Contribuye al cuidado y mantenimiento del medio ambiente.
- ✓ Realiza investigaciones de enfermería y/o junto con el equipo, sobre temas relacionados a su área de competencia o necesidades locales de salud.

## **CONTROL EN SALUD**

Es la programación o planificación de los encuentros periódicos del usuario con el equipo de salud orientado a valorar (conocer) el estado de salud en relación a las necesidades del usuario.

Sus objetivos son:

- ✓ Mejorar la calidad de vida por medio de la actuación hacia el cambio o mantenimiento de la situación de salud.
- ✓ Conocer el estado de salud para promover la misma.

Se basa en aspectos como:

- ✓ Aspectos epidemiológicos del país / región (morbi - mortalidad)
- ✓ Etapa del ciclo vital (grupos etáneos)
- ✓ Factores de riesgo
- ✓ Necesidades generales
- ✓ Características específicas: sexo, edad, raza, tipo de trabajo, etc.

## **CONTROL EN SALUD INFANTIL**

El control en salud de un niño es una oportunidad única de apoyar a la familia desde el comienzo, privilegiando la promoción y el conocimiento de las capacidades del niño según su edad, la importancia del juego, etc. Es también una oportunidad para el personal de salud, para relacionarse con el niño como persona responsable de su salud, formándolo paso a paso en la adquisición de hábitos de vida saludables.

La consulta en salud tiene 3 componentes distintos y es preciso considerar con cuidado y administrar de forma sistemática cada uno de ellos: 1) detección, 2) promoción de la salud y prevención de la enfermedad y 3) orientación y seguimiento del paciente.

1 - Detección: en la visita del niño sano se incluyen las siguientes actividades: obtención de antecedentes, exploración física con examen visual y auditivo, observación del paciente y de sus padres y las pruebas analíticas. Se ha demostrado que también resultan útiles los cuestionarios que los padres completan en la antesala, antes de la consulta. El propósito de la detección selectiva radica en definir una población que precisa una evaluación más profunda.

2 - La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se dirigen a los determinantes y causas de la salud y la enfermedad. Aunque el equipo de salud poco puede hacer por influir en el entorno general del niño o en la organización de la atención sanitaria, si pueden influir eficazmente, en sus propias consultas, en los aspectos relacionados con la biología y el estilo de vida humano. La prevención de la enfermedad, introducida a través de un enfoque biológico se consigue mediante la identificación del caso y su tratamiento, así como a través de la vacunación, la eficiencia y la efectividad de la prevención son más fáciles de medir gracias a su base biológica.

En Healthy People (Programa Nacional de Estados Unidos adaptable al Programa de la OMS salud para todos en el año 2000), la promoción de la salud se define como "el desarrollo de las medidas individuales y colectivas que pueden ayudar (a las personas) a desarrollar estilos de vida capaces de mantener y manejar el/los estado/s de bienestar". Dado que las actividades se refieren al estilo de vida, casi todas ellas están relacionadas con el comportamiento, puesto que los resultados de la modificación de estilos de vida no se manifiestan siempre de inmediato, la efectividad de los programas de promoción de la salud es más difícil de evaluar.

Las actividades de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades del niño y de su familia y plantearse en el contexto de la comunidad en su conjunto. El asesoramiento sobre la crianza de los hijos o sobre el ejercicio físico es una forma de promoción de la salud. Sin embargo, y teniendo en cuenta que las raíces de la enfermedad son multifactoriales en muchos casos es preciso emplear técnicas más sofisticadas, no es posible que los simples consejos o prohibiciones basten para modificar algunos de los factores que influyen en la salud, los médicos deben considerar meticulosamente aquellos aspectos sobre los que pueden influir en su consulta, tales como la forma de una alianza terapéutica y el compromiso de una atención global al niño; la vigilancia de la salud física del niño a través de la identificación de casos, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas, la vacunación y el asesoramiento sobre el estilo de vida, la promoción de la seguridad en el hogar y en la comunidad, y el apoyo de la familia en su misión de crianza.

3 - El tratamiento y seguimiento de los pacientes forman parte de la consulta que permite coordinar la atención. Si no se descubre problema alguno durante los procedimientos de detección, el equipo de salud puede pasar al asesoramiento sobre promoción de la salud. Sin embargo, ello requiere, a menudo una intervención complicada o prolongada. En estos casos, el equipo asume el papel de coordinador de servicios, bien citando al paciente para una nueva visita y prestando la atención necesaria, bien remitiendo al paciente a la institución más adecuada. Para que el equipo de salud pueda desempeñar eficazmente esta misión esencial, debe conocer íntimamente las necesidades de atención sanitaria del paciente, incluyendo su cobertura de seguros y su situación económica, comprender las barreras físicas, emocionales y organizativas que dificultan la obtención de esa atención y tener un conocimiento profundo de los recursos comunitarios de que pueda disponer (así como de la eficacia de los programas).

La frecuencia y el contenido de las consultas están determinados por la edad del niño, la población atendida y la opinión del medio y de los padres sobre su valor.

Las investigaciones respecto del desarrollo intelectual y psicosocial del niño son esenciales en la asistencia preventiva de la salud.

La valoración de la percepción que los padres tienen de su hijo y de las relaciones entre ellos y el niño no se puede conseguir fácilmente por ningún método convenientemente estandarizado, sino que requiere una entrevista y una observación hábiles. Ayudando a establecer una buena interacción entre padres-hijo, así el equipo de salud está desempeñando una responsabilidad continua e integral que requiere una atención individualizada.

La American Academy of Pediatrics (AAP) ha recomendado unas pautas para los cuidados preventivos de la salud para los niños que no han presentado ningún problema importante de la salud y que crecen y se desarrollan de forma satisfactoria. Para los niños que no cumplen estos criterios, suelen requerirse visitas más frecuentes y complejas. Si un niño es atendido por primera vez en un punto avanzado

de la pauta o si cualquier punto de ésta no se consigue a la edad sugerida, la pauta debe ponerse al día lo más pronto posible, la pauta recomendada está basada en la opinión de los miembros de la AAP, no existen pruebas científicas de que el seguimiento de estas recomendaciones (salvo las referidas a la inmunización) tenga algún efecto más global sobre la mortalidad y la morbilidad infantil o que ejerza algún tipo de influencia significativa sobre el desarrollo y el funcionamiento social definitivos.

## **CONTROL EN SALUD EN EL NIÑO ESCOLAR**

El control en salud de los niños que comienza desde el nacimiento, se continúa también en esta etapa intermedia; incluye revisiones anuales y asesoramiento. Cuando los niños en edad escolar comienzan a ir al colegio, dejan el entorno relativamente protegido del hogar y del vecindario y experimentan contactos interpersonales con otros muchos niños. Muchas enfermedades infantiles pueden prevenirse o disminuirse con una supervisión sanitaria cuidadosa. Por ejemplo, la mayoría de las enfermedades contagiosas que antes eran causa de una alta morbilidad entre los escolares, pueden prevenirse con las vacunas. Las defensas orgánicas naturales contra las enfermedades pueden reforzarse mediante una atención cuidadosa de la dieta, descanso y ejercicio y una protección contra el estrés mental o físico extremo.

Teniendo en cuenta la división antes mencionada, el control en salud en cada etapa incluye lo siguiente:

### **De 6 a 8 años**

#### **Anamnesis**

En primer lugar se debe considerar que la historia será en parte entregada por los padres y en parte por el niño. Siempre es recomendable comenzar con preguntas abiertas que permiten a la familia expresar sus preocupaciones y dudas ¿cómo está? ¿Ha habido algún problema?. Posteriormente deben revisarse sistemáticamente los aspectos más cruciales del crecimiento y desarrollo en esta edad: alimentación, rendimiento escolar, actividades recreativas, hábitos de sueño e higiene; relaciones familiares.

La idea es detenerse a dar mayor importancia a aquellos que representan los mayores riesgos para cada uno. Si se detecta algún problema es conveniente profundizar en él, en su relación con los factores asociados, como está siendo enfrentado por el niño y su familia y que síntomas o problemas asociados se están produciendo.

En forma sistemática es recomendable preguntar sobre la ocurrencia de accidentes y las circunstancias de los mismos, en busca de patrones de conducta susceptibles de ser corregidos. Preguntar también sobre el cumplimiento del calendario de vacunas

#### **Examen físico**

Comienza desde que el niño ingresa a la consulta, pues se debe observar su conducta, la interacción con sus padres y la reacción de éstos frente a las preguntas y temas planteados durante la historia.

Al momento del examen físico debe asegurarse un ambiente tranquilo, calefaccionado y privado. Se debe explicar al niño en que consistirá y las molestias que puede tener en forma anticipada, solicitándole su colaboración.

Dada la baja frecuencia de consulta médica en esta etapa, corresponde realizar un examen físico completo, colocando especial atención en algunos aspectos de mayor relevancia para la edad, las cuales se detallan a continuación:

- ✓ Antropometría: medición de peso y talla, para lo cual el niño debe estar solo con la ropa interior y descalzo.
- ✓ Presión Arterial (PA): el esfigmomanómetro debe tener un manguito adecuado a la dimensión del brazo (en ancho debe cubrir 2/3 del brazo).
- ✓ Audición: existen métodos como la audioscopia y la prueba de la voz cuchicheada que sirven como pruebas de tamizaje en la consulta, hay que considerar que para ambas pruebas se requiere como condición básica un buen aislamiento acústico del lugar del examen.
- ✓ Visión: el Test de Snellen es el principal método para evaluar agudeza visual, considerar que requiere de una buena iluminación, proveniente de una buena fuente ubicada detrás del niño.
- ✓ Columna: el niño debe estar desnudo
- ✓ Higiene bucal y oclusión dental
- ✓ Genitales

### Indicaciones

- ✓ Alimentación completa y equilibrada: es recomendable mantener al menos 3 comidas al día. El desayuno debe ser abundante y bien balanceado, las colaciones deben completar las necesidades calóricas del niño, idealmente a través de carbohidratos complejos, limitando el abuso de golosinas y los alimentos ricos en grasas (papas fritas, mayonesa). Es importante establecer comidas de carácter familiar, donde se aproveche de conversar en forma amena y cercana. Se trata de asociar el acto a instancias formales y atractivas de socialización.
- ✓ Hábitos saludables: mantener hábitos familiares adecuados como horarios estables para comer y dormir, hábitos de higiene, recreación mediante práctica de deportes, lectura frecuente, etc. Recordar que los padres siguen siendo modelos para los niños de esta edad, razón por la cual es importante que ellos mantengan hábitos saludables y eviten las conductas de riesgo como fumar.
- ✓ Prevención de accidentes: establecer reglas claras sobre aspectos que signifiquen riesgos para el niño: salir a la calle, accesos a medicamentos, conversar con extraños, uso de equipos eléctricos, uso de cinturón de seguridad del auto, protecciones recomendadas para la práctica de deportes (casco, protectores articulares), supervisión permanente de la natación o juegos en el agua, etc.
- ✓ Promover el desarrollo de la autoestima y de las competencias sociales: es fundamental que los padres muestren interés por las actividades del niño, sus problemas y sus éxitos. Las expresiones de cariño le dan seguridad de ser querido y le entregan un modelo de conducta social e incluso sexual apropiado. Es importante que el escolar se sienta responsable del cuidado de su salud, motivo por el cual el equipo de salud debe establecer un diálogo directamente con él sobre estos temas. Los padres podrán complementar la historia en presencia del niño, el reconocimiento de sus logros refuerza su autoestima y la confianza para enfrentar nuevos desafíos. Es conveniente estimular la visita de amigos y la participación de fiestas y cumpleaños. Las actividades recreativas y paseos son oportunidades para enseñarle a cumplir reglas, respetar a los demás y a la autoridad, colaborar con sus pares, ser solidario, autocontrolar impulsos negativos y ejercitar la autodisciplina.

## De 9 a 12 años

### **Anamnesis**

Es importante que el escolar se sienta responsable del cuidado de su salud, motivo por el cual el equipo de salud debe establecer un diálogo directamente con él sobre estos temas, los padres podrán complementar la historia en presencia del niño. Comenzar con preguntas generales como ¿cómo estas?, ¿Cómo te ha ido en el colegio? ¿Qué te gusta hacer? ¿Has tenido algún problema?, etc. Posteriormente deben revisar los aspectos más significativos para la edad:

- ✓ Alimentación: hábito y calidad.
- ✓ Rendimiento escolar: áreas fuerte y débiles.
- ✓ Recreación: deportes, actividad física, recreación individual o colectiva, uso del tiempo libre.
- ✓ Relación con los pares: actividades compartidas, intereses.
- ✓ Relaciones familiares
- ✓ Intereses personales
- ✓ Accidentes
- ✓ Hábitos de higiene e sueño
- ✓ Detenerse en aquellos temas que signifiquen algún problema para el niño, profundizando en él y en las circunstancias en que se da.

### **Examen físico**

La observación general del escolar puede entregar valiosa información sobre su estado físico y mental, sus actividades frente al examinador y sus padres y el grado de confianza que demuestra durante la consulta.

Comenzar el examen solicitando la colaboración del niño. Se deben considerar sus aprehensiones y pudor, debiendo realizarse en privado y explicando claramente en que va a consistir. El examen debe ser completo, colocando especial énfasis en los siguientes aspectos de mayor relevancia para la edad:

- ✓ Antropometría
- ✓ PA
- ✓ Salud bucal: caries oclusión
- ✓ Columna
- ✓ Audición y visión
- ✓ Genitales aparición de los primeros cambios puberates especialmente en las niñas.

### **Indicaciones**

- ✓ Hábitos saludables: mantener hábitos adecuados como un orden básico en los horarios de comida y de sueño y hábitos de higiene, los padres deben entregar la responsabilidad al niño sobre este punto, supervisando sus conductas y recordando sistemáticamente estas recomendaciones. Consistentemente es necesario que ellos mantengan estilos de vida saludables.
- ✓ Recreación: es importante fomentar y reforzar la práctica de deportes en niños y niñas, siendo recomendable que los padres también los practiquen con ellos, sin desmedro que predomina la compañía de sus padres. Se debe permitir y orientar la aparición de nuevas formas de recreación como el escuchar música, lectura, juegos y redes computacionales, TV, cine y videos, etc. Estas actividades son potencialmente positivas, debiendo los padres estar atentos a que su calidad y

magnitud sean adecuadas. Es recomendable que la recreación sea en una forma de socialización donde el niño encuentre y desarrolle relaciones de amistad con sus pares. El escolar debe tener conciencia de los riesgos y daños que acompañan al consumo de tabaco, drogas, alcohol, para los cuales la familia y la escuela constituyen instrumentos formativos esenciales. En la medida que el niño se desenvuelva en ambientes donde estos riesgos están controlados, se estará actuando en forma preventiva, frente a los problemas de difícil tratamiento posterior.

- ✓ Prevención de accidentes: debido a que los niños a esta edad tienen una coordinación y un control muscular más refinado y pueden aplicar sus capacidades cognitivas para actuar de forma más juiciosa, la incidencia de lesiones disminuye. El escolar debe adquirir conciencia del riesgo de accidentes. La importancia de su prevención y las conductas personales más seguras frente a estos riesgos. Cabe recordar que a esta edad los accidentes ocurren con mayor frecuencia fuera del hogar. La causa más común de lesión grave y de muerte en esta etapa son los accidentes de vehículos motorizados (como peatón y como pasajero). Es imprescindible, por tanto, hacer hincapié en la importancia de las 3 medidas de seguridad para automóvil: los sistemas de seguridad eficaces, los mecanismos de cierre de las puertas y la adecuada localización en los asientos dentro del vehículo.
- ✓ A estas edades, el deseo del niño de montar en bicicleta aumenta el riesgo de lesión en las calles y en caminos poco frecuentados.
- ✓ La mejor medida preventiva es la educación del niño y de la familia acerca de la conveniencia de evitar los riesgos y de usar de forma adecuada el equipo. Los cascos de seguridad, los escudos protectores de los ojo y la boca y las almohadillas protectoras están muy recomendadas para los niños que realizan deportes activos, aunque no sea un equipamiento requerido.
- ✓ Alimentación completa y equilibrada: aunque las necesidades calóricas disminuyen en relación con el tamaño corporal durante esta etapa, se están almacenando reservas para el incremento de necesidades del crecimiento característicos del período adolescente. Es importante hacer comprender a los niños y a los padres el valor de una dieta equilibrada para fomentar el crecimiento.
- ✓ Los gustos y las aversiones establecidas en los primeros años perduran en la infancia intermedia, aunque la tendencia a preferir solo unas pocas comidas comienza su fin y a los niños comienza a gustarles una mayor variedad de comidas. Sin embargo, debido a la fácil disponibilidad a los restaurantes de comida rápida, a la influencia de los medios de comunicación y a la inmensa variedad de "comida basura" tentadora que existe es también muy fácil que los niños se llenen de calorías vacías, es decir, de comidas que no fomenten el crecimiento, los azúcares, los hidratos de carbono y demasiadas grasas. La fácil disponibilidad de comidas altas en calorías, junto con la tendencia a actividades sedentarias, contribuye a un aumento en la prevalencia de la obesidad infantil. Durante todo el período escolar el niño debe impartirse cursos de educación nutricional e integrados a otras actividades de enseñanza. En el colegio se enseñarán los grupos de alimentos básicos y los elementos como el procesamiento y preparación de los alimentos.
- ✓ Educación sexual: es importante que el niño esté informado y preparado para los cambios puberales más allá del aspecto físico, es necesario crear los espacios de comunicación para que los temas vinculados con la sexualidad y afectividad se planteen sin dificultad. El modelo de relación afectiva que viven los padres será un referente para los hijos, por este motivo es recomendable que esta comunicación

se dé con naturalidad. La expresión de cariño es una herramienta de comunicación que probablemente el niño recibió y aprendió desde su primera infancia, no siendo este el momento para interrumpirla.

- ✓ Promover el desarrollo de las competencias sociales: la atención de los padres sobre los intereses y actividades del niño es la base fundamental para situar una relación de cercanía y confianza, esta relación puede ser la principal herramienta de prevención de riesgo y de apoyo frente a las dificultades que el niño puede enfrentar en las próximas etapas.
- ✓ Deben modificarse los límites establecidos para las actividades sociales de acuerdo a la mayor autonomía y responsabilidad que el escolar demuestra. Sin embargo, estos límites y marcos de referencia deben seguir existiendo. Es necesario que el escolar adquiera un sentido crítico frente a la amplia gama de estímulos que recibe del entorno, para lo cual conviene estimular la lectura y la discusión de tópicos de interés para él, reconociendo y cuestionando los diferentes puntos de vista posibles. La perspectiva valórica debe iluminar estas discusiones.
- ✓ Estimular la perseverancia en la consecución de los objetivos que el escolar se plantee. Reconocer sus logros, discutir las razones que explican los fracasos buscando siempre las alternativas de corrección. Recordar que nunca debe ponerse en juego el cariño y confianza hacia el niño, éstos son aspectos que el niño debe considerar asegurados desde sus padres.

## **ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

Las actividades asistenciales se desempeñan tanto en el centro de salud en consulta de enfermería o consulta conjunta con otros profesionales, como el propio domicilio de los pacientes y en la comunidad a la que atiende.

Todas estas actividades se interrelacionan y, por lo tanto, deben desarrollarse de forma integrada y coordinada con el equipo de salud:

- ✓ Seguimiento y control de pacientes con patología crónica.
- ✓ Atención al niño.
- ✓ Atención a la mujer.
- ✓ Atención al anciano.
- ✓ Prevención y control de las enfermedades transmisibles.
- ✓ Relación de curas y técnicas de enfermería.
- ✓ Colaboración en la exploración, diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
- ✓ Controles periódicos en salud.

La función de la enfermería está dirigida en gran parte, a la atención de grupos específicos de población con factores de riesgo, ya sea en el nivel de promoción de la salud, en el de prevención y detección precoz de enfermedades o en el de asistencia y rehabilitación.

### **Papel de la enfermería pediátrica**

El personal de enfermería interviene en cada aspecto del crecimiento y desarrollo del niño. Las funciones de enfermería varían de acuerdo con las normas laborales de cada zona, con la educación y experiencia individuales y con los objetivos profesionales personales. Pero, sea cual fuere la experiencia individual, la principal preocupación de cualquier enfermera pediátrica debe ser siempre el bienestar del niño y de su familia.

### Defensa y cuidado de la familia

El personal de enfermería debe trabajar con los miembros de la familia, identificando sus objetivos y necesidades y planificar las intervenciones del mejor modo posible para resolver los problemas definidos. La enfermera debe tratar de asegurar que las familias conozcan todos los servicios sanitarios disponibles, y lograr que participen en la atención del niño cuando sea posible, animándoles a cambiar o apoyar las prácticas de atención existentes.

A veces el papel de defensora de la familia entra en conflicto con otros papeles de la enfermera, como los impuestos por la institución, las normas inflexibles, las reglas diseñadas con fines administrativos más que para el bienestar óptimo del niño, y las relaciones con otros profesionales que desconocen las necesidades infantiles, crean a veces conflictos importantes al personal de enfermería dedicado a cuidar a la familia y a atender sus necesidades individuales.

### Rol de la Licenciada en Enfermería en el control en salud

Los cuidados de enfermería en el niño incluyen principalmente el control del desarrollo físico, psíquico y social, actividades de promoción de la salud respecto a los hábitos dietéticos, higiénicos y de conducta, prevención de enfermedades y accidentes más frecuentes en la infancia, además de los cuidados terapéuticos habituales.

En los controles periódicos en salud se deben valorar los aspectos de crecimiento y desarrollo físico, psíquico y social del niño en sus distintas etapas, entre los que destacan: valores antropométricos, audición, visión, desarrollo psicomotor, movilidad, motricidad, reflejos y relaciones familiares y escolares. En el recién nacido se orienta y se enseña a la familia respecto a la lactancia, así como modificación e incorporación paulatina a los diferentes alimentos. En las sucesivas etapas de crecimiento se controla la adecuada nutrición del niño en cuanto al tipo de alimentos, horarios y otros hábitos dietéticos.

También se educa a la familia y al propio niño respecto a los hábitos higiénicos que deben adquirir. Principalmente cuando se trata de un recién nacido se enseñan a la madre los cuidados propios del lactante respecto al baño, ombligo, vestimenta y pañales, entre otros.

Otros aspectos de la educación sanitaria se refieren a los hábitos y conductas (sueño, ejercicio, juegos, deposiciones, sexualidad, etc.).

En estos controles se realiza la administración de vacunas sistemáticas en el niño, informando de la misma, así como de los cuidados y posibles reacciones.

Profilaxis de caries dental: en las revisiones buco dentales periódicas se ha de educar al niño y a su familia, en los aspectos más importantes de su higiene bucal y alimentaria, e informar de los problemas detectados. Asimismo se aplican las medidas profilácticas determinadas en los programas de cada centro para prevención de las caries.

Los controles periódicos en salud tienen como objetivo principal promover y proteger la salud del niño el individuo y su comunidad.

### Coordinación y colaboración

El personal de enfermería, como integrante del equipo sanitario, colabora y coordina sus servicios con otras actividades profesionales. El concepto de "atención holística" solo se puede realizar mediante un enfoque interdisciplinario unificado.

Las enfermeras ocupan una posición clave para lograr que los sujetos participen en sus propios cuidados, de forma directa o indirecta, incluyéndolos en un proceso de toma de decisiones.

### Investigación

El personal de enfermería debe contribuir a la investigación, ya que se trata de personas que observan las respuestas humanas a la salud y a la enfermedad. Por desgracia, pocas veces se analizan y registran de forma sistemática tales observaciones. Por ejemplo, a menudo las enfermeras pediátricas diseñan métodos innovadores para animar a los niños a seguir sus tratamientos. Así mismo, solo si se investigan clínicamente esas intervenciones y se comparten con otros profesionales, se podrá desarrollar un cuerpo de conocimientos sobre las prácticas de enfermería. La evaluación es esencial para el proceso de enfermería y la investigación es una de las mejores formas de evaluar. Por lo tanto, el personal de enfermería debe intervenir más en la investigación y aplicar los resultados obtenidos a su práctica.

### La salud en la escuela

El mantenimiento de salud del niño es, en último caso, responsabilidad de los padres, sin embargo, las escuelas públicas y los departamentos de salud de EEUU han contribuido a su mejora, proporcionando un ambiente escolar saludable, con servicios sanitarios y de educación para la salud, que hacen hincapié en las medidas necesarias para mantener un estado de salud estable. Los programas de salud escolares o de las clínicas contribuyen a la educación y al desarrollo de los niños.

Los programas sanitarios escolares pretenden el mantenimiento de la salud en desarrollo, mediante actos de valoración, de investigación, y de remisión. La educación sanitaria de los escolares se dirige principalmente a proporcionar conocimientos sobre la salud y a fomentar hábitos, actitudes, y conductas relacionadas con ella y con la prevención de lesiones.

De forma tradicional, el personal de enfermería de las escuelas se ha visto desde una perspectiva limitada, que le colocaba en el papel de detectar las enfermedades, aplicador de tiritas y cuidador oficial en caso de enfermedades y lesiones. Aunque estas siguen siendo funciones importantes y no debe minimizarse su relevancia, este papel tradicional está adquiriendo más dimensiones mucho más amplias. En efecto, las enfermeras escolares, están preparándose para proporcionar una atención primaria en una escala mucho mayor, que incluye la valoración de la conducta física, psicomédica y psicoeducacional, y aprendiendo los problemas inherentes a las enfermedades y a proporcionar un cuidado infantil comprensivo.

# **DISEÑO METODOLÓGICO**

## **TIPO DE ESTUDIO**

Estudio Descriptivo, Transversal, Retrospectivo.

## **ELECCIÓN DEL CAMPO**

Este trabajo se realizará en la ciudad de Montevideo en el Centro de Salud Maciel, ubicado en la calle 25 de Mayo 183. Para la elección del mismo nos basamos en las características demográficas de la ciudad de Montevideo, en donde se observa que la mayor densidad poblacional se ubica en la zona centro sur, al este de la bahía, zona que coincide con el área de cobertura del Centro de Salud antes mencionado.

## **UNIVERSO**

Tomaremos como universo los registros en las historias clínicas de todos los niños entre 6 y 12 años que hayan concurrido en algún momento al Centro de Salud Maciel. Trabajaremos con toda la población (317 registros de niños en las historias clínicas), por ser esta una población pequeña.

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La unidad de análisis de nuestro estudio son los niños en edad escolar que tengan al menos un registro en las historias clínicas. Dicho registro es realizado por integrantes del equipo de salud que hayan tenido el encuentro con el niño y/o familia. Para recolectar la información se elaboró un formulario que será completado por quienes llevamos adelante la investigación.

El orden seguido por las secciones del formulario se corresponde con los objetivos planteados en la investigación. Para ello se pautaron preguntas estructuradas (dicotómicas y de respuesta múltiple) y dos pregunta abiertas.

El formulario elaborado será sometido a prueba en una muestra de un número de 30 registros que serán seleccionados al azar del total de nuestra población. Se asegurará que estos no formen parte de la muestra final a quien se aplicará el instrumento utilizado en el estudio.

(Ver anexo 3)

## **ANÁLISIS DE DATOS**

Para poder analizar los datos recabados haremos uso de la estadística descriptiva, realizando análisis uni y bivariados. Estos últimos a través de tablas de contingencia.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

### I- Control en salud: variable cualitativa ordinal.

**Definición conceptual:** Es la programación o planificación de los encuentros periódicos del usuario con el equipo de salud orientado a valorar (conocer) el estado de salud en relación a las necesidades del usuario. Los objetivos del mismo apuntan a mejorar la calidad de vida por medio de la actuación hacia el cambio o mantenimiento de la situación de salud y conocer el estado de salud para promover la misma.

Algunos aspectos fundamentales en los que se basa son:

- ✓ Aspectos epidemiológicos del país / región (morbi - mortalidad)
- ✓ Etapa del ciclo vital (grupos etáricos)
- ✓ Factores de riesgo
- ✓ Necesidades generales
- ✓ Características específicas: sexo, edad, raza, tipo de trabajo, etc.

**Definición operativa:** El control en salud debe reunir las siguientes características:

- ✓ Periodicidad: periodo de tiempo que existe entre un control y otro (1 año)
- ✓ Anamnesis: entrevista realizada por los integrantes del equipo asistencial al niño y su familia para valorar aspectos tales como alimentación, rendimiento escolar, actividades recreativas, hábitos de sueño e higiene, relaciones familiares, ocurrencia de accidentes, entre otros.
- ✓ Examen físico: incluye control de antropometría, presión arterial, audición, visión, higiene bucal y vacunas.

**Categorización:** sí / no

*Sí se controlan:* consideramos que los niños concurren al control en salud si lo hacen una vez al año y este consta de anamnesis y examen físico (que incluya por lo menos control de antropometría, vacunas)

*No se controlan:* si los dos controles realizados difieren en más de un año uno del otro, el último control hace más de un año y/o no cumpliera con los requisitos previstos en la anamnesis y el examen físico.

### II- Periodicidad: variable cuantitativa ordinal

**Definición conceptual:** Espacio de tiempo determinado por la reproducción, a intervalos regulares, de un fenómeno.

**Definición operacional:** periodo de tiempo que debe existir entre un control en salud y otro (1 año).

**Categorización:**

- 1- 2 controles realizados con 1 año de diferencia entre ellos y 1 año de diferencia con respecto al 2004.
- 2- 2 controles con 2 o más años de diferencia entre ellos y 1 año o menos con el año que cursa.
- 3- 1 sólo control realizado hace 1 año o menos.
- 4- 2 controles con 1 año de diferencia entre ellos y 2 años o más con el 2004.
- 5- 2 controles con 2 años o más de diferencia entre ellos y 1 año o menos con el año que cursa.

- 6- 1 sólo control realizado hace más de 1 año.
- 7- Sin registro de control en salud.

### III- **Examen físico:** variable cualitativa ordinal

Definición conceptual: observación general del individuo que permite recabar valiosa información sobre su estado físico y mental.

Definición operativa: incluye control de antropometría, presión arterial, audición, visión, higiene bucal y vacunas.

Categorización: sí / no

Si: incluye al menos control de antropometría y vacunas.

No: no cumple con ninguno de los requisitos del examen físico

#### **a- Antropometría:** variable cuantitativa ordinal

Definición conceptual: es la medición del peso y la talla. Entendiéndose por peso lo resultante de la acción de la gravedad sobre un cuerpo expresado en Kg., y por talla la altura de una persona expresada en cm.

Definición operativa: registro del control del peso y la talla del niño en la Historia Clínica.

Categorización: sí – no

#### **b- Presión Arterial:** variable cuantitativa ordinal

Definición conceptual: Fuerza que ejerce el corazón enviando la sangre al organismo, es modulada por la resistencia vascular periférica. Su unidad de medida es en mm de Hg.

Definición operativa: registro del control de la presión arterial en la Historia Clínica.

Categorización: sí - no

#### **c- Test de audición:** variable cualitativa ordinal

Definición conceptual: Valoración del sentido de la audición a través de métodos como audioscopía y prueba de la voz cuchicheada.

Definición operativa: registro de audioscopía o prueba de la voz cuchicheada del niño en la Historia Clínica.

Categorización: sí - no

#### **d- Test de visión:** variable cualitativa ordinal

Definición conceptual: Valoración del sentido de la vista a través del Test de Snellen.

Definición operativa: registro del Test de Snellen en la Historia Clínica.

Categorización: sí – no

#### **e- Higiene Bucal:** variable cualitativa ordinal

Definición conceptual: Observación de mucosa bucal y piezas dentarias.

Definición operativa: registro de valoración bucal en la Historia Clínica del niño.

Categorización: sí – no

#### **f- Vacunas:** variable cualitativa ordinal

Definición conceptual: tratamiento o profilaxis de enfermedades infecciosas por medio de la inoculación de cualquier virus profiláctico inoculable.

Definición operativa: registro del plan de vacunas del niño en la Historia Clínica.

Categorización: sí - no

**IV- Anamnesis:** variable cualitativa ordinal.

Definición conceptual: entrevista realizada por los integrantes del equipo asistencial al niño y su familia para valorar aspectos tales como alimentación, rendimiento escolar, actividades recreativas, hábitos de sueño e higiene, relaciones familiares, ocurrencia de accidentes, entre otros.

Definición operativa: registro en la historia clínica de la entrevista realizada por los integrantes del equipo de salud al niño y familia.

Categorización: sí / no

Si: cualquier aspecto de la anamnesis que se hallé registrado en la historia clínica.

No: ausencia de registro de la anamnesis.

**V- Año escolar:** variable cuantitativa ordinal y de intervalo

Definición conceptual: grado que se encuentra cursando el niño en la institución escolar.

Definición operativa: grado que está cursando el niño en la escuela.

Categorización: 1º; 2º; 3º; 4º; 5º; 6º.

**VI- Edad:** variable cuantitativa de intervalo

Definición conceptual: Tiempo de vida que va desde el nacimiento a la fecha actual

Definición operativa: Años cumplidos

Categorización: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 años

**VII- Sexo:** variable cualitativa nominal

Definición conceptual: Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer o macho de hembra.

Definición operativa: Nombres o características secundarias

Categorización: Femenino; Masculino.

**VIII- Antecedentes Personales Patológicos:** variable cualitativa nominal

Definición conceptual: Conjunto de circunstancias y/o signos y síntomas anteriores que provocaron alteraciones en determinados sistemas del niño que sirven para juzgar hechos posteriores.

Definición operativa: Enfermedad o circunstancias vividas por el niño

Categorización: desnutrición, IRA, convulsiones, asma, infección urinaria, enfermedades de piel (impétigo, alergias, erupciones, lesiones, etc.), meningitis, sarampión, tos convulsa, varicela cirugías, alergias, diabetes, malformaciones congénitas, otros.

**IX- Consulta por patología:** variable cualitativa nominal.

Definición conceptual: son las visitas realizadas por los niños al pediatra por causa de patología.

Definición operativa: registro de la última visita por patología y el motivo de consulta.

Categorización: Fecha: sin registro; hace 6 meses; hace 1 año; hace 2 o más años.

Causa: motivo de consulta registrado.

## **LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

- ✓ No tener consentimiento de las autoridades del centro.
- ✓ Recursos materiales.
- ✓ Paro general, de transporte, o de salud pública.
- ✓ Historias clínicas incompletas (que no reúnan la cantidad de datos que requerimos).
- ✓ Utilización de variables complejas.

# **PLAN DE TRABAJO**

## **PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES**

- ✓ Mayo y Junio 2003 búsqueda de antecedentes y recolección de información sobre el tema
- ✓ Diciembre 2003 –Febrero 2004 elaboración de objetivos generales y específicos, marco teórico, diseño metodológico.
- ✓ La elección de la población y recolección de datos se realizará en los meses de Mayo – Junio 2004, previo autorización de la directora del Centro.
- ✓ En Julio 2004 se realizará la tabulación y análisis de datos.
- ✓ En Julio 2004 se realizará la conclusión de la investigación.
- ✓ Julio - Agosto 2004, elaboración del informe final

## **RECURSOS HUMANOS**

3 estudiantes de Licenciatura en Enfermería

## **RECURSOS MATERIALES**

- ✓ computadora e impresora
- ✓ papelería
- ✓ lapicera
- ✓ boletos

## **RECURSOS FINANCIEROS**

- ✓ transporte
- ✓ fotocopias

## **PROCESO**

Previo autorización de la dirección del Centro de Salud Maciel se recabarán los datos a través de una revisión de los registros de los niños en edad en las historias clínicas mediante la utilización de un formulario.

## REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA

### Metodología científica

1. Canales F.H, Metodología de la Investigación, 1°ed. 1986 OPS
2. Hernández Sampieri R, Fernández Callado C, baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 2ª edición. Ed. Mc Grawhill. 1998. Méjico.
3. Pólit D.F, Investigación Científica en ciencias de la salud, 3°ed, editorial Interamericana, 1987, México.

### Pediatría

4. El Manual Merck, 9° ed., editorial Harcourt Brace 1997 Madrid, España.
5. La supervisión de salud del niño y el adolescente, UNICEF, ed. Mediterráneo, Pontificio Univ. Católica de Chile, 2000, Chile.
6. Morelli A, Quesada G, Salud Infantil en el Uruguay 2, MSP, Uruguay, UNICEF, Diciembre 1989.
7. Nelson, Tratado de Pediatría, 5°ed. NY Mc. Graw Hill, Interamericana 1997
8. Parker S. Zuckerman B, Pediatría del comportamiento y del desarrollo, Ed. Masson, 1996
9. Patri Alfredo, Crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente, 1993, Santiago de Chile, Chile.
10. Wong, Enfermería Pediátrica, 4° ed. Vol. 2 Mosby 1995 Madrid, España

### Atención Primaria

11. APS en el Uruguay, resultados y perspectivas R.O.U, Documentos Especiales MSP, UNICEF, 1990.
12. APS, R.O.U Documento N° 4, MSP, UNICEF 1988.
13. Bustos R, Toledo A y Col., Documentos de APS (N°1 al N°9), Ministerio de Salud Pública Uruguay, UNICEF Manual sobre el enfoque de riesgo. OPS, serie PALTEX (n°7)
14. Fortalecimiento de los Ministerios de Salud para el fomento de la Atención Primaria. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos (766). OMS, Ginebra, 1988.
15. MSP asesoría de planificación. Establecimientos de Salud en el Uruguay. 1999. Montevideo. Uruguay.
16. Zuckerman B, Manual para la asistencia primaria, Masson, Little, Brown, 1996
17. Zurro M, Manual de APS Barcelona, España