

TRIBUNAL DEL POSTGRADO
DE PEDIATRIA

VOLUMEN I N° 2

JULIO - 1980

Quito - Ecuador.

SUPLEMENTO

IMPRESION:

Departamento de Publicaciones
Facultad de Ciencias Médicas

OFICINA DE CORRESPONDENCIA Y
SUSCRIPCION:

Departamento de Graduados,
Hospital Carlos Andrade Marín.

ANEXO 3



DIAGNOSTICO DE SALUD DEL NIÑO EN EL PRIMER AÑO

ESTUDIO COLABORATIVO:

- Postgrado de Pediatría - U.C. *
- Ministerio de Salud Pública e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocer el porcentaje de cobertura de atención al lactante en el I.E.S.S. y en el Ministerio de Salud Pública.
2. Conocer el promedio de concentración de consultas por año.
3. Conocer el grado de cumplimiento de las normas técnicas de atención explícitas e implícitas.
4. Conocer la morbilidad intercurrente.
5. Comparar los resultados que se obtengan entre los pacientes que asistieron al I.E.S.S. y los que lo hacen al Ministerio de Salud Pública.
6. Valorar la calidad de atención a los niños menores de un año.
7. Correlacionar las distintas variables a fin de obtener resultados que nos permitan adquirir mayor -
=====

DOCENTES DE POSTGRADO: Doctores Nicolás Espinosa; Edison Altamirano; Pedro Lovato; Efraín Centeno; Gabriel Ordóñez y Eduardo Noboa.

ALUMNOS DE POSTGRADO: Doctores: Miguel Arauz; Jorge Alvarez; Fernando Aguinaga; Jorge Alvarez; Luis Batallas; Carlos Casares; Dayse Chusan; German Montes; Carlos Herrero; Yaniva de Matute; Julio Moscoso; Alicia Solis.

objetividad de los condicionantes del nivel de salud en este grupo infantil.

8. Proponer soluciones alternativas para los factores que más gravitan sobre la salud infantil.

METODOLOGIA

Este es un estudio colaborativo interinstitucional en el que han participado el Ministerio de Salud Pública, el Curso de Postgrado de Pediatría de la Universidad Central y el I.E.S.S. y que se fundamenta en la información obtenida en los formularios de Historia Clínica de los Niños que se controlaron en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Carlos Andrade Marín y en las Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública seleccionados para el presente estudio durante el lapso de 1976 a 1977. Se tomaron en cuenta solamente los lactantes. Como población general, en el Hospital Carlos Andrade Marín, se tomó los neonatos, de ese servicio que nacieron en 1976.

Se ha contado con la asesoría de estadísticos locales y de un experto de la Organización Mundial de la Salud.

El diseño de estudio implica la aceptación de varios supuestos:

1. Que las Unidades Operativas seleccionados para la presente investigación deben cumplir por lo menos con un grado mínimo de eficiencia en la atención de acuerdo a normas implícitas y/o explícitas.

Se define a la norma como el conjunto de pautas explícitas que reglamentan las actividades del equipo de salud y que son aplicables a la cantidad mayor de casos y que se ajustan a las cir-

cunstancias para sí asegurar niveles adecuados de atención.

2. Otro supuesto planteado implica que todas las Unidades Operativas poseen una infraestructura compatible con una buena prestación de servicios.
3. Que tanto el I.E.S.S. como el Ministerio de Salud Pública deben aplicar con rigor las normas de atención que les ha sido asignadas.

Se asume que una consulta pediátrica debe cumplir como mínimo con las siguientes actividades:

- 3.1. Anamnesis
 - 3.2. Examen Físico
 - 3.3. Crecimiento
 - 3.4. Desarrollo
 - 3.5. Inmunizaciones
 - 3.6. Indicaciones alimentarias
 - 3.7. Educación de salud.
4. Es un supuesto también el aceptar que en los formularios de Historia Clínica deben registrarse todos los datos relativos a cada atención médica.
 5. Se supone también que existe accesibilidad adecuada de los pacientes a las Unidades Operativas de Salud del Ministerio de Salud Pública y del IESS.

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

Fue diseñado con el aporte de varios médicos un formulario precodificado para la recolección de datos. Este fue sometido a varias pruebas y a un estudio piloto hasta obtener el formato definitivo el cual nuevamente fue sometido a prueba.

En base a este formulario se realizó la instrucción standarizada a los miembros del equipo de recolección de datos, los cuales revisaron dos mil Historias Clínicas en el Hospital Carlos Andrade Marín - (Servicio de Consulta Externa de Pediatría). Alrededor de 4.000 historias clínicas pediátricas en los Centros de Salud N° 2 y N° 8, todas correspondientes a Niños Nacidos en el año 1976 y que se controlaron en Consulta Externa en los años 1976-1977.

Los resultados de esta encuesta fueron tabulados en base a una hoja matriz que fue diseñada con el asesoramiento de un estadístico.

Se revisó además el libro de estadística del Servicio de Recién Nacidos del Hospital Carlos Andrade Marín.

En el análisis de los resultados y en la formulación de conclusiones y recomendaciones participaron todos los miembros del equipo de investigación.

RESULTADOS Y ANALISIS

Como es conocido se han catalogado 12 componentes de la salud infantil. Claro está que el niño constituye el centro primerísimo de atención pero es imposible deslindarlo del influjo de la comunidad.

Los logros se apoyan en una base biológica adecuada que van a inferir en un correcto crecimiento y desarrollo.

Las reservas del niño que el médico debe investigar las y procurar que ese potencial de adaptación se vierta en plenitud siguiendo lineamientos de normalidad.

La vulnerabilidad del niño debe ser también calibrada por el médico pediatra quien debe clasificar a los niños según su grado de riesgo lo que constituye un fundamento para establecer prioridades de atención.

La morbilidad infantil y los problemas del niño son factores consabidos y que muchas veces son el único foco de atención del médico.

Ya sea directamente o edificándose en un elemento integrador el pediatra debe colaborar para que se concreten los logros y reservas familiares y comunitarias así como para que se determinen y solucionen los riesgos y problemas familiares y comunitarios.

El papel del pediatra resulta así muy amplio y en base a muchos de los 12 componentes citados se han registrado los siguientes resultados que deberán ser concretados:

1. Se encontraron en el H. Carlos Andrade Marín 49% de varones y 51% de mujeres lo que está de acuerdo con la población de neonatos en ese año. En Centros de Salud la proporción fue de 50% para cada uno de los sexos.
2. En relación a la condición socio-económica en el H. Carlos Andrade Marín 67% pertenecieron al nivel superior, 23% al medio y 3.6% al inferior. Estamos conscientes que los parámetros para esta evaluación deben ser revisados pero se advierte de todos modos un franco predominio de las familias de mejor ingreso per cápita, escolaridad y condiciones de hogar.

En Centros de Salud no hubo preocupación por registrar este dato.

3. La población de prematuros fue de 8.13%. La de nacidos a término de 64.91% y la de post-término 4.0% todos estos porcentajes están disminuidos - en relación a la población general, en razón a - que un 20% de casos no se conoció la edad gestacional por el hecho de que esos pacientes nacieron en clínicas privadas, perdiéndose así un valioso dato para la clasificación de riesgos.

En las Unidades del Ministerio de Salud no se precisó la edad gestacional en un 92% de casos.

4. La captación, es decir el ingreso a la consulta Externa, se realizó en una edad bastante adecuada en el Hospital Andrade Marín con un promedio de 1.35 meses. 85% de los niños nació en el Hospital y 18% en Clínicas privadas.

En las Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública el promedio de captación fue de 3.3. meses.

5. La cobertura fue de un 83% de los niños nacidos en el Hospital Carlos Andrade Marín lo que es un promedio bastante adecuado. En Centros de Salud fue de un 32% .
6. La deserción a los 6 meses en el H. Carlos Andrade Marín fue del 30% y a los doce meses un 60% lo que indicaría defectos serios en la atención de Consulta Externa.;
7. Se realizaron 14.349 consultas en un 59% (8.469) para niños sanos y 41% para enfermos (5.880) valores que revelan una importante corriente de prevención y fomento de salud en el I.E.S.S.

En Centros de Salud se sumaron 5.513 consultas dedicadas en 48,89% para niños sanos y 51% para niños enfermos.

8. La concentración total de consultas fue de 6.8 por niño en el Hospital Andrade Marín, cifra que equivale a un nivel mínimo y en los Centros del Ministerio fue de 3.38 valor que no alcanza el nivel inferior de Consultas en el primer año de vida.

En los rubros de concentración de consultas por niño sano la situación es así en el Hospital Carlos Andrade Marín 4 consultas en el Ministerio de Salud 1.6 lo que revela nuevamente el mayor interés por la prevención de salud que existe al momento en el I.E.S.S.

La concentración de consultas o morbilidad fue de 2.8. en el H. Carlos Andrade Marín y 1.7 en el M.S.P.

9. Interesa en forma particular el cumplimiento de normas de evaluación de crecimiento y desarrollo al respecto se poseen los siguientes datos:

H. CAM: Se evaluó crecimiento en un 34% de los pacientes y un 53% de desarrollo, cifras muy inferiores a las deseadas como óptimas.

Lo que resulta importante es de que el Ministerio de Salud Pública se evaluó crecimiento un 62% lo que supera las cifras de I.E.S.S. No sucede lo mismo con respecto a desarrollo ya que en M.S.P. se evaluó solo un 18.1%.

Haciendo una evaluación percentilar retrospectiva de los datos antropométricos de las Historias

Clínicas se extrajeron los siguientes datos: las cifras de desnutrición en el Hospital Carlos Andrade Marín fue de 7.15% la gran mayoría de primer grado. En los Centros de Salud fue 13.7% en un 9.3% de primer grado, 3.6% de segundo grado y 0.8% de tercer grado. Todas estas cifras están muy por debajo de los promedios nacionales.

El grupo poblacional que se encuentran entre los percentiles 10 a 25 en el Hospital Carlos Andrade Marín fue de 17% y en Centros de Salud 15% contando con un subregistro de datos de un 18%. Este grupo es importante porque podría representar a una zona prepatógena.

El sector poblacional con un peso aceptable o adecuado representan un total de 75% en el Hospital Carlos Andrade Marín mientras en los Centros de Salud fue de 53% aparte del referido subregistro.

10. El rubro de alimentación fue registrado solamente en el H. Carlos Andrade Marín y se encontró un promedio de 5.5. meses para la duración de alimentación materna, un promedio de introducción de biberones de dos meses y de introducción de sólidos desde los 3 meses.
11. Un aspecto por demás interesante es el de las inmunizaciones. En el H. Carlos Andrade Marín hubo una cobertura de 80% en vacunación BCG mientras el Ministerio de Salud Pública hubo un 62%.

Recibieron las dosis completas de vacuna DPT y antipolio es decir han sido supuestamente

inmunizados en el primer año 58% de lactantes del H. Carlos Andrade Marín y 43% en las Unidades del Ministerio de Salud Pública, ambas cifras son significativamente inferiores en relación con las metas nacionales.

El problema es más agudo en lo relativo a vacunas antiserampionosa para la que se registra una cobertura de 19.3% en el H. Carlos Andrade Marín y 8.3% en el Ministerio de Salud Pública.

12. La morbilidad intercurrente demuestra una predominancia obvia de infecciones respiratorias y digestivas con porcentaje de 50% y 17% respectivamente para el Hospital Carlos Andrade Marín y 57.7 y 27.1% para el Ministerio es decir una suma de 67% y 85% respectivamente.
13. Ha sido una preocupación de los participantes el tratar de averiguar los determinantes para el ausentismo a la Consulta Externa del Hospital "Andrade Marín" por parte de 372 niños que no ingresaron a dicha consulta y se encontró que hubo un grupo significativo de prematuros que no fue captado, así mismo preocupa que 16.6% de niños no captados presentó el nacimiento asfixia intrauterina y/o extrauterina. La condición socio económica inferior de los que no asistieron reveló una cifra doble en relación a los que asistieron esto se correlaciona con el ingreso percapita.

La escolaridad de la madre entre los que no asistieron presenta una predominancia de analfabetas, instrucción primaria y viceversa entre los que asistieron.

14. Encuestadas telefónicamente el 10% de las madres de los niños no captados se encontró que el 84%

asisten a consulta particular y en el 6% no se controlan an absoluto.

Las razones esgrimidas para no ocupar los servicios del IESS fueron es su mayoría, por la pérdida de tiempo, la falta de información y dificultad para obtener el turno sumando los tres grupos 70%; el 15% adujo dificultad para obtener permisos en sus trabajos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Existe un claro subregistro de datos que puede ser debido a falta de interés de los médicos asistenciales o a un formulario de Historia Clínica poco ágil.

Se recomienda motivar a los responsables de la atención infantil para que cumplan adecuadamente las normas mínimas de atención al lactante. En la medida de los posible esta atención debería estar en manos de médicos pediatras.

En relación a la Historia Clínica esta debe ser modificada sustancialmente y transformada a la modalidad del formulario precodificado en el que consten fundamentalmente los siguientes capítulos:

- filiación
- anamnesis
- examen físico
- crecimiento
- desarrollo
- alimentación
- inmunizaciones y
- educación en salud.

2. Si bien es cierto que la captación del IESS es alta la deserción es alta y la concentración de consultad es mínima, esto podría estar en relación:
- a) con falta de información y promoción de los servicios ofrecidos a los afiliados.
 - b) falta de adecuada atención y defectos de organización en la distribución de turnos que es antecedente de una larga espera en sitios no adecuados en los cuales se encuentran tanto niños enfermos como sanos dando lugar a una alta incidencia de infección cruzada. Si el 60% de consultas son dedicadas a niños sanos no cabe la imagen de subestimación que sufre la llamada sección de Pediatría Preventiva.
 - c) Deben haber defectos en la atención misma del niño que explicaría la gran deserción.

Su sugiere completar el diagnóstico de salud del lactante haciendo un estudio de los recursos humanos, materiales, etc. puestos a disposición del pequeño paciente. Eventualmente de acuerdo a los resultados recomendamos:

1. Implementación del sistema de atención conjunta materno-neonatal con un mecanismo de preatención que brinde la información e incentivación más completa a la madre para que canalice debidamente la atención de su niño y se logre mayor captación en la Consulta Externa.
2. Clasificación sistemática de grupos de riesgo que deben ser doblemente motivados y si no acuden deben ser citados en alguna forma.
3. Concretar un sistema de atención previa cita, excepto para las emergencias.

4. Perfeccionar a toda costa la consulta de Pediatría Preventiva para que de este modo se logre un mejor fomento de la salud pediátrica evitándose así la infección cruzada. Esta consulta de Pediatría Preventiva actualmente funciona en un local estrecho, hay déficit de médicos y de auxiliares y no hay una enfermera.
5. Realizar encuestas telefónicas periódicas por muestreo a las madres de los niños que no acuden o no regresan a la consulta.
6. Como recomendaciones para mejorar la atención en lo relativo a crecimiento y desarrollo se insiste en la necesidad de disponer en cada historia de los gráficos percentilares para evaluar crecimiento así como de formularios de evaluación psicomotora de Damver los cuales han sido aprobados a nivel nacional.
7. Tanto en la docencia universitaria como a nivel de servicio se debe motivar a los que trabajamos en salud pediátrica al registro y a la atención especial del componente alimentario que como sabemos es vital sobre todo en etapas pediátricas tempranas.
8. En lo relativo a morbilidad se ha podido deducir la gran interurrencia de infecciones respiratorias y digestivas por tanto recomendamos la estructuración de normas detalladas de atención para esta patología y la difusión a nivel docente y de servicio.
9. Se impone la necesidad de realizar estudios de evaluación similares al actual en forma subsecuente a fin de conocer la evolución de nuestro

servicio de atención pediátrica y el aporte de los Residentes del Postgrado de Pediatría que están interviniendo a nivel Hospitalario y de Centros de Salud.

10. Es nuestra preocupación imperativa el administrar una inyección vitalizadora a nivel de Unidades Operativas de atención pediátrica ya que el niño es el capital máspreciado de nuestra sociedad y el fundamento del futuro de la Patria.