



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA**



**CONOCIMIENTO DE LA PURICULTURA Y SU APLICACIÓN  
POR EL MEDICO RESIDENTE EN LOS CENTROS DE  
FORMACIÓN EN LA ATENCIÓN DEL NIÑO**

## **TRABAJO DE GRADO**

**Tesis presentada por: Dra. Alejandra Galarza Gámez**

**Tutor: Dr. Nelson Peña Villafuerte**

**Cochabamba – Bolivia**  
**Marzo - 2008**



## INDICE

RESUMEN.....	PAG.2
INTRODUCCION.....	PAG.2
JUSTIFICACION.....	PAG.3
PLANTEAMIENTO PROBLEMA.....	PAG.4
OBJETIVOS.....	PAG.4
MARCO TEORICO.....	PAG.4
▪ CRECIMIENTO.....	PAG.5
▪ DESARROLLO.....	PAG.6
▪ ASESORIA PREVENTIVA.....	PAG.13
▪ INMUNIZACIONES.....	PAG.15
▪ ALIMENTACIÓN.....	PAG.20
▪ CRIBADO.....	PAG.25
METODOLOGIA.....	PAG.28
MATERIALES Y METODOS.....	PAG.29
RESULTADOS.....	PAG.32
DISCUSION.....	PAG.37
CONCLUSIONES.....	PAG.38
RECOMENDACIONES.....	PAG.39
BIBLIOGRAFIA.....	PAG.39
ANEXOS.....	PAG.40

## **CONOCIMIENTO DE LA PUERICULTURA Y SU APLICACIÓN POR EL MEDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA EN LOS CENTROS DE FORMACION EN LA ATENCION DEL NIÑO**

### **RESUMEN.**

La puericultura en pediatría es una rama importante de la que depende no solo la salud preventiva del niño, sino también es la base para lograr la confianza de los padres en el pediatra de su niño; al escuchar y orientarles sobre aspectos que van mas allá de una platica meramente terapéutica, el profesional debe suministrar educación e información , acerca de aspectos tan básicos como valiosos, como ser un adecuado desarrollo y crecimiento, una alimentación apropiada , así como también la prevención de enfermedades u accidentes.

En ocasiones la consulta numerosa, no permite al pediatra disponer de tiempo para dedicar a un aspecto tan delicado, como es la enseñanza de la crianza de un niño.

En los grandes hospitales de especialidad donde nos formamos aprendemos a tratar patologías y saber reconocerlas, pero es también necesario aprender a tratar al niño en su contexto sano saber brindar a los padres un consejo veraz, científico, satisfacer sus inquietudes y sus dudas.

Se decide realizar este estudio con la finalidad de saber cual es el conocimiento del pediatra en formación, en éste campo, así como también si estos conocimientos son aplicados en la práctica de su formación.

Para la realización de este trabajo se realizo un test de conocimientos en atención primaria de salud y se observo al residente en la consulta externa evaluando su actividad mediante una tabla de cotejo con puntajes asignados previamente. Fueron tomados en cuenta los residentes de los 3 años de formación, en los tres centros médicos de formación autorizados por el CNIDA y la escuela de graduados y educación continua de nuestra ciudad.

Se observo que existe un bajo rendimiento en el 1º año de residencia, que va mejorando de manera estadísticamente significativa al observar el puntaje de los residentes de tercer año, sin embargo este progreso sólo se limita a áreas de crecimiento y asesoría preventiva. Se encontró además que en la práctica, solo se toma en cuenta el área de crecimiento, descuidándose otras áreas, como ser, desarrollo y cribado. Aparentemente, existe una disyunción entre los conocimientos teóricos y la practica, durante la consulta, los conocimientos teóricos no son aplicados o bien en muchos casos, la consulta se limita a la atención que concierne a la patología del paciente, olvidando que ese paciente es un niño, que necesita ser valorado íntegramente ya que podría padecer males silenciosamente escondidos.

### **PALABRAS CLAVE:**

Puericultura, niño(a), conocimiento , aplicación .

### **1. INTRODUCCION**

La puericultura en pediatría resulta ser una rama importante de la que depende no solo la salud preventiva del niño, sino también es la base para lograr la confianza de los padres en el pediatra de su niño. (14)

Una alianza terapéutica entre los padres y el médico, basados en la confianza y el respeto es un requisito para lograr la asesoría preventiva efectiva; al escuchar con respeto, solidarizarse con los padres y orientarles sobre aspectos que van más allá de una plática meramente terapéutica, el profesional debe suministrar educación e información, acerca de aspectos tan básicos como valiosos, como ser un adecuado desarrollo y crecimiento, una alimentación apropiada, así como también la prevención de enfermedades u accidentes. (2)

En los últimos años con el avance de la medicina y la tecnología la atención médica es cada vez más sofisticada, cuenta con equipos de mayor resolución y de alta tecnología, descuidándose el aspecto humanizado y personalizado de la atención médica, dejando así cierto grado de insatisfacción en la población usuaria.

En ocasiones es la consulta numerosa, masiva que no permite al pediatra disponer de tiempo para dedicar a un aspecto tan delicado, como es la enseñanza de la crianza de un niño.

El pediatra, debe estar capacitado en la Puericultura científica, dotado de una formación integral sobre la niñez y la adolescencia. Su acción debe sobrepasar las paredes físicas de su consultorio y constituirse en educador de la comunidad. Debe convertirse en una especie de guardián o custodio de este largo y delicado proceso de la crianza. (13)

## **2. JUSTIFICACION**

La falta de conocimiento y la ansiedad de los padres puede llevarlos a seguir conductas inadecuadas hasta contraproducentes siguiendo el consejo equivocado de personas sin conocimiento acreditado.

Es por esto que el médico pediatra, debe estar capacitado, no solo en la resolución terapéutica de los problemas, sino también debe asesorar a los padres sobre aspectos no patológicos del niño.

En los grandes hospitales de especialidad donde nos formamos aprendemos a tratar patologías y saber reconocerlas, pero es también necesario aprender a tratar al niño en su contexto sano saber brindar a los padres un consejo veraz, científico, satisfacer sus inquietudes y dudas; ganar su confianza.

Cabe resaltar sin embargo que una gran parte de los pediatras (62%) formados durante los últimos 7 años en nuestra institución, se encuentra ejerciendo la pediatría en Centros Médicos de primer nivel, policlínicos y / o en consultorios, y que solamente un 15% que se encuentra desarrollándose en hospitales de 3º Nivel. (Ver anexos)



Mediante el presente trabajo, se pretende conocer cual es el grado de conocimiento de los futuros pediatras en el campo de la puericultura, un campo olvidado, por muchos profesionales en los grandes hospitales del tercer nivel.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Como se esta aplicando el conocimiento de la puericultura por parte del especialista en formación en la atención del niño?

### 4. OBJETIVOS

#### 4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el conocimiento y aplicación de la puericultura de los médicos residentes de la especialidad de pediatría durante su formación, en la atención del niño menor de 5 años.

#### 4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar los conocimientos teóricos de los residentes de pediatría que corresponden a las áreas de atención primaria en puericultura
- Describir el grado de aplicación de la puericultura por áreas de atención primaria en consulta externa por los residentes de pediatría.
- Identificar las áreas de atención primaria del niño menor de 5 años que presentan deficiencias en conocimiento y aplicación en los residentes de pediatría.
- Analizar las diferencias en conocimientos y práctica según el grado de formación de los residentes en pediatría.

### 5. MARCO TEORICO

#### 5.1 PUERICULTURA - DEFINICION

Procede el término del latín puer, niño y cultura, cuidado. Comprende los cuidados que debe recibir el niño para su óptimo desarrollo físico y mental. El ejercicio de esta ciencia se lleva a cabo a través de tres cauces fundamentales: los padres del niño, el médico puericultor y los educadores. Son, sin duda, los progenitores los que, con un asesoramiento científico adecuado, desempeñan el papel más importante, especialmente durante los primeros años de la vida.(12)

Entendemos **la crianza** como el proceso cultural, humano e interpersonal, por medio del cual los padres, madres y demás agentes socializadores aseguran la supervivencia, el cuidado de la salud y el crecimiento físico de niños, niñas y adolescentes, junto con su desarrollo psicosocial, cognitivo y espiritual, lo que les permitirá desarrollarse adecuadamente como personas, integrarse a su entorno social

y contribuir a la construcción, como agentes de cambio social, de la sociedad a la cual pertenecen. (1)

## **5.2.CRECIMIENTO**

La valoración del crecimiento somático es crucial en la evaluación de un niño, ya que el crecimiento es la característica fundamental de los niños normales y cualquier desviación de la norma constituye una advertencia temprana de la existencia de un proceso patológico.

Existen varias herramientas disponibles para esta evaluación; las más importantes son las tablas de crecimiento, construidas con las mediciones periódicas o longitudinales de un mismo grupo de niños o a través de mediciones de grandes números de niños de diferentes edades durante un periodo breve.(2)

Las mediciones más usadas son la talla y el peso y en los lactantes el perímetro cefálico.

De los diferentes diagramas de crecimiento disponibles en la actualidad, el más útil y estandarizados son los diagramas de la National Center for Health Statistics ( NCHS) (ver anexos); estos incluyen longitud para la edad , perímetro cefálico para la edad y el peso para la longitud o estatura. Estos diagramas son separados para niños y para niñas, los percentiles en estos diagramas indican el número de niños normales que se espera estarán por encima y por debajo del índice de medición del niño (2) .Por ejemplo en una niña de 2 años con longitud de 85 cm esta dentro del percentil 50 , se espera que el 50% de las niñas normales de esta edad sean más altas y el 50% sean más bajas.

Otros diagramas de crecimiento indican la media y las desviaciones estándar de la media para la edad cronológica. Las desviaciones estándar (DE) se definen matemáticamente; por ejemplo, 1 DE por encima y por debajo de la media incluye alrededor del 67% de las mediciones y 2 DE por encima y por debajo de la media incluyen alrededor de 95% de las mediciones.

### **5.2.1.TALLA.**

La talla cuando el niño está de pie, puede medirse con bastante precisión en mayores de 2 o 3 años de edad. Algunos diagramas de crecimiento como el diagrama de Stuart, emplean mediciones de la talla a partir de los 6 años. (2)

Los diagramas de la NCHS son los más empleados y trazan las tallas desde los 2 años.

Para tomar la talla pueden realizarse mediciones colocando una cinta métrica en la pared y colocando una superficie plana sobre la cabeza para determinar la talla. Esta medición debe hacerse con el niño de pie con los pies descalzos, con los talones hacia atrás y los hombros casi tocando la pared.

### **5.2.2 LONGITUD**

Esta se mide con más precisión utilizando pequeñas tablas planas colocadas a lo largo y perpendiculares a la mesa de examen , una en contacto con el vértice de la cabeza y la otra con las plantas de los pies; la medición de la longitud se hace en una escala colocada en la superficie de la mesa. (2)



### 5.2.3. PESO

Los bebés se pesan en básculas especiales, vestidos solo con un pañal. Los niños lo suficientemente grandes para mantenerse derechos pueden pasarse en calzoncillos en báscula de pie. Estas debido a que su base es móvil, pueden asustar a los niños de uno a tres años, razón por la que algunas veces puede pesarse al niño restando el peso del padre del peso conjunto del padre e hijo. Lo ideal es realizar las mediciones periódicas utilizando la misma báscula. (2)

Los niños cuyas mediciones están por encima del percentil 97 o por debajo del percentil 3 requieren una mayor evaluación, así como los niños cuyo peso y talla difieren en más de dos percentiles o categorías.

### 5.2.4 PERIMETRO CEFÁLICO

El perímetro cefálico se mide y se traza en un diagrama estándar de crecimiento durante cada examen de mantenimiento de la salud desde el nacimiento hasta los 2 años, que es el período de máxima velocidad de crecimiento del cerebro. La medición se hace colocando una cinta métrica alrededor de la circunferencia máxima occipitofrontal, tomando 3 lecturas separadas y seleccionando la de mayor valor.

#### Perímetro cefálico según edad: (6)

- *El recién nacido normal, nace con 34 cm aproximadamente*
- *El PC aumenta +/- 1,5 cm por mes en el 1° semestre*
- *En el 2° semestre, el incremento es de 0,5 cm mensual.*
- *A los 6 meses mide 43 cm*
- *Al año, mide +/- 47 cm.*
- *A los 3 años alcanza los +/- 49 cm*
- *A los 5 años tiene +/- 50 cm.*

### 5.2.5 CIRCUNFERENCIA TORÁXICA

En recién nacidos la circunferencia torácica se compara con el perímetro cefálico, que es mayor. La circunferencia del tórax, normalmente es igual y después excede al perímetro cefálico durante el primer año de vida. La circunferencia del tórax se mide a la altura de los pezones y en la mitad de la inspiración y espiración.

Otra medición del tórax es en el seguimiento de los niños con enfermedad pulmonar crónica, se obtiene el índice torácico dividiendo el diámetro antero posterior por el diámetro transversal del tórax. Este índice disminuye desde 0,85 al momento de nacer hasta 0,74 a los 6 años debido al crecimiento más rápido del diámetro transversal. (2)

## 5.3 DESARROLLO

Es el proceso que le permite al niño relacionarse, conocer y adaptarse al medio que le rodea. Este proceso incluye aspectos como el lenguaje expresivo y comprensivo, coordinación visomotora, motricidad gruesa, equilibrio y el aspecto social-afectivo, que