

Encuesta a los padres sobre el Programa de Salud Infantil

MR. Martínez Fernández*, M. Sánchez Calderón*,
B. Hindi y El Kassis*, C. Palomino Bueno*,
M.J. Grifo Peñuelas**,

*Pediatra.

**Médico de Familia.

CS Mejorada del Campo, Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5: 21-30

Resumen

Objetivos: Evaluar los conocimientos de los padres sobre finalidad, utilidad y necesidad del programa de Salud Infantil.

Diseño: Estudio transversal descriptivo basado en una encuesta de diseño y evaluación internos.

Material y métodos y población a estudio: Cien cuestionarios realizados a padres y madres de niños de 0 a 14 años durante la revisión del programa.

Principales resultados: El niño acude acompañado solamente por su madre en un 91%. El 33% desconoce el objetivo de las revisiones. El 69% cree que benefician al niño principalmente en la detección de problemas en estadio precoz. El 95% cree que las revisiones son importantes para todos los hijos y en todas las edades. El número de revisiones le parece adecuado al 87%. El 96% opina que el pediatra puede encontrar problemas no percibidos. El 99% de los padres se siente más tranquilo después de la revisión. El 40% acudiría con más frecuencia al pediatra y el 45% con la misma en caso de no existir revisiones.

Conclusiones: Alto grado de satisfacción de los padres con el programa de Salud Infantil al que atribuyen un valor principal en la detección precoz de enfermedades.

Palabras clave: Examen de salud, Prevención de la enfermedad, Promoción de la salud, Programa de Salud Infantil.

Abstract

Objetives: Study the parents information about the aims, usefulness and need of the routine children health examinations ("healthy child program").

Design: Descriptive, transversal study based on a questionnaire of internal design and evaluation.

Methods and participants: 100 questionaries filled by the 0-14 years old children parents when they came to the routine examination.

Main results: Most (91%) part of the children were accompanied only by their mothers. 33% answered not to know the final objective of these examinations. 69% believed they

are convenient for the early detection of some problems. 95% thought they are important for all the children at all ages. The number of controls seemed correct to 87% and 96% thought the paediatrician could find problems they were unaware of its existence. 99% declared to feel more relieved after the examination. 40% would visit more frequently and 45% with the same frequency the doctor if this program didn't exist.

Conclusions: Parents high satisfaction with the program. They give it main credit for the early detection of health problems.

Key words: Health examination, Clinical prevention, Health promotion, Child program.

Introducción

Existe en la actualidad una concepción dicotomizada entre la medicina preventiva y la asistencial. Las medidas preventivas se introdujeron en el sistema sanitario de manera paralela, no integrada a la medicina tradicional, preocupada casi en exclusiva por la enfermedad. Históricamente, ambas han estado separadas. Hasta hace poco los centros de Atención Primaria (ambulatorios y consultorios) tenían consultas masificadas y difícilmente permitían la realización de actividades de medicina preventiva. Cuando se produce la reforma del sistema sanitario se intenta integrar la prevención y promoción de la salud con la práctica asistencial, implicando un nuevo estilo de práctica sanitaria: el médico no solo se dedica al restablecimiento de la salud sino que se adelanta a la enfermedad y a las peticiones de los pacientes^{1,2}. Empieza a entenderse que la Atención Primaria es el primer paso del acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria, y que debe integrar la atención

preventiva, curativa, rehabilitadora y de promoción de la salud.

En cuanto a la salud infantil, con la mejora de los factores económicos y sociales de la últimas décadas ha cambiado sustancialmente el estado de salud del niño^{2,3}. No son ya las grandes patologías infecciosas y carenciales las principales causas de morbimortalidad y los motivos de consulta pediátrica han cambiado paralelamente. Como consecuencia el pediatra ha debido adaptar su práctica a esta nueva situación; así, además de su labor puramente asistencial tiende también a estimular el desarrollo físico e intelectual del niño¹.

Los programas del "niño sano" surgen para dar respuesta a estas nuevas necesidades de salud de una población más informada y formada y con mejor calidad de vida². Sus objetivos son:

1. Prevención de la enfermedad (prevención secundaria): *screening* neonatal de metabolopatías y detección precoz en los primeros años de la vida de patologías como la luxación

congénita de cadera, sordera, estrabismo, mal descenso testicular... y en etapas posteriores caries, defectos sensoriales, etc.

2. Promoción de la salud (prevención primaria): inmunizaciones y educación sanitaria⁴⁻⁶.

Las recomendaciones para la elaboración de estos programas se han basado en una combinación de consideraciones científicas y experiencia clínica^{3,10}. Para ello han participado diferentes profesionales e instituciones⁵ aunque en pocos casos se ha solicitado la colaboración directa de los padres.

El PSI es, en general, muy positivamente valorado por los pediatras de Atención Primaria. Éstos verifican cada día su utilidad, ya que gracias a la detección precoz se consigue que hoy en día apenas veamos algunas enfermedades con la sintomatología florida y completa con la que son descritas en los textos.

Sin embargo, son muchos los padres que están confundidos ante la siguiente aparente contradicción: se les indica que no es necesario acudir continuamente al pediatra por problemas banales (rinitis...) y, en cambio, se les pide que acudan en momentos en que ellos no aprecian ningún problema en el niño (revisiones del "niño sano"). Esta situación provoca inseguridad en algunas madres y padres

que creen que no pueden confiar en su criterio para discriminar entre problemas banales e importantes, lo que conduce, en algunos, casos a una hiperfrecuentación del paciente.

Por otro lado, las numerosas consultas de que consta el PSI en el primer año de vida crean el hábito de acudir al médico con frecuencia. Este hábito comienza en la lactancia y se prolonga hasta la pubertad en las consultas ya de medicina general.

El estudio que hemos realizado tiene como objetivo principal evaluar los conocimientos que tienen los padres sobre el PSI en cuanto a su finalidad, utilidad para el niño y para los padres y necesidad (comparada con la consulta a demanda). Secundariamente hemos querido estudiar su influencia en cuanto a la frecuentación: creación de sensación de inseguridad en el propio criterio, fomentar la necesidad de delegar en terceras personas y estimular el hábito de acudir al médico.

Material y métodos

Diseño: Estudio transversal descriptivo basado en una encuesta de diseño y evaluación internos.

Población diana: Cien padres y madres de niños de 0 a 14 años que acuden acompañando a sus hijos para la re-

visión por el pediatra dentro del programa del "niño sano".

Registro de datos: Los padres rellenaron una encuesta proporcionada por los pediatras cuando acudieron a la revisión del programa. En el Área 2 de Madrid este programa consta de un total de diez revisiones repartidas del siguiente modo: cuatro en el primer año de vida (15 días, 2, 6 y 12 meses), dos en el segundo (18 y 24 meses) y cuatro revisiones en etapas posteriores (4, 6, 11 y 14 años). La distribución fue de diez encuestas por cada tipo de revisión.

Criterios de inclusión: Padres o madres que acudieron acompañando al ni-

ño a la revisión programada y que accedieron a responder al cuestionario.

Criterios de exclusión: Acompañantes que no fueran el padre o la madre y consultas a demanda o revisiones distintas a las del programa del niño sano.

Cuestionario: Se diseñó un cuestionario con diez preguntas sencillas sobre el programa del niño sano (Tabla I). En cada pregunta solo se daba la opción de una respuesta válida; una de ellas era abierta.

Todos estos datos se registraron en un protocolo que fue sometido al comité de investigación del Área 2 del Instituto Madrileño de Salud.

1. ¿Quién contesta el cuestionario?	Padre	Madre	Ambos
2. ¿Para qué cree usted que se realizan las revisiones del niño?			
3. Usted cree que las revisiones del programa del niño sano benefician al niño principalmente en:			
– Control de la alimentación, peso y talla			
– Detección de problemas en estadio precoz			
– No lo sabe exactamente			
4. Usted cree que las revisiones del programa del niño sano benefician a los padres en:			
– Especialmente en el primer hijo			
– Son útiles en el primer año de vida			
– Son importantes en todos los hijos y edades			
5. El número de revisiones le parece:			
– Adecuado			
– Escaso			
– Excesivo			
6. ¿Cree usted que el pediatra puede encontrar problemas que usted no ha percibido en estas revisiones?	Sí	No	
7. ¿Se siente usted más tranquilo/a después de la revisión?	Sí	No	Igual
8. Si no hubiera revisiones usted cree que acudiría al pediatra:			
– Con más frecuencia			
– Con menos frecuencia			
– Con la misma frecuencia			
9. ¿Preferiría usted venir solo cuando lo necesita?	Sí	No	
10. ¿Le crea inseguridad pasar al médico de adultos?	Sí	¿Porqué?	No

Resultados

Se rellenaron un total de cien cuestionarios (diez por cada tipo de revisión).

La persona que acude acompañando al niño fue la madre en el 91% de los casos, el padre en el 3%, ambos en un caso y en tres no se registró.

El 94% refiere acudir siempre a las revisiones, el 4% especialmente a las del pediatra y tan solo uno cuando hay vacuna.

En cuanto al conocimiento sobre el objetivo de las revisiones, un 5% demostró conocer su valor en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud, un 52% solo en la prevención, un 5% solo en la promoción y un 33% se mostró ambiguo. Tan solo un 26% introduce el concepto "salud" en sus respuestas.

El 69% cree que las revisiones del programa benefician al niño principalmente en la detección de problemas en estadio precoz, el 18% en el control de la alimentación, peso y talla y el 2% no sabe en qué benefician al niño. Un 11% de los cuestionarios no fue válido para esta respuesta.

El 95% de los padres cree que las revisiones son importantes para todos los hijos y en todas las edades, el 3% que son especialmente útiles el primer año de vida y en un caso que son especialmente útiles en el primer hijo.

El número de revisiones le parece adecuado al 87% de los padres y un 13% cree que es escaso.

El 96% opina que el pediatra puede encontrar problemas no percibidos por ellos y un 3% cree que no.

El 99% de los padres se siente más tranquilo tras la revisión.

Si no existieran estas revisiones de control el 40% cree que acudiría con más frecuencia al pediatra, el 45% con la misma frecuencia y el 15% con menos frecuencia.

El 18% preferiría venir solo cuando lo necesita, mientras que el 82% prefiere acudir también a estas revisiones.

Por último, al 24% de los encuestados les crea inseguridad pasar a los catorce años al médico de adultos.

Discusión

Una de las principales características de la etapa infantil es su gran plasticidad. El gran desarrollo psicomotor de estos primeros años posibilita los aprendizajes básicos para la vida, de manera que los hábitos aprendidos durante la infancia formarán la estructura de la personalidad y se mantendrán durante toda la vida incidiendo de forma decisiva en la salud¹.

Las principales causas de mortalidad en el adulto se relacionan con estilos de vida que se adquieren en edades tem-

pranas (infancia o adolescencia) y que se desarrollan a medio y largo plazo en patologías crónicas e irreversibles^{4,6}. Es evidente que para hacer frente a estos problemas no es suficiente el enfoque clásico de signos, síntomas, diagnóstico y tratamiento: algunas de estas causas de mortalidad, y también de morbilidad o incapacidad en el adulto, deben también ser abordadas desde la prevención primaria y/o secundaria. Puesto que no es posible abarcar todas las patologías crónicas desde este planteamiento es necesario concentrar los esfuerzos en aquellas realmente importantes y vulnerables en alguna medida a acciones preventivas^{1,7}.

Los padres buscan en la actualidad en los profesionales sanitarios la información sobre los cuidados de sus hijos que antes obtenían de su entorno familiar. Por tanto, las intervenciones preventivas y de promoción de la salud realizadas en los programas infantiles pueden ser fácilmente aceptadas por las familias, lo que repercutirá en un impacto social positivo³.

La persona que acompaña al niño a las revisiones en nuestro centro de salud es en un 91% la madre exclusivamente. En parte puede explicarse por el trabajo paterno, pero dado que en nuestro centro existen consultas de pediatría por la

mañana y por la tarde, la magnitud de este resultado evidencia que la salud de los niños en nuestro medio sigue considerándose un problema casi exclusivo de las madres. Sería importante lograr una mayor implicación del padre en el cuidado del niño. La figura paterna es un modelo que el niño admira y copiará cuando crezca tanto sus virtudes como sus conductas en cuanto a tabaco, bebida, alimentación, violencia, etc. No será fácil corregir esta situación, cultural y heredada, que tanto madres como padres aceptan como natural, pero debería de constituir un punto prioritario a mejorar en la atención infantil. Quizá, como primer paso, debieran de tenerse en cuenta los horarios paternos para las citas programadas, para darle la oportunidad de poder acudir con el niño y la madre; y en segundo lugar, debería indicarse claramente a las familias la conveniencia de que acudan ambos progenitores.

El 94% refiere acudir siempre a las revisiones. Esta encuesta se ha realizado en el momento de acudir a las mismas por lo que este resultado no puede ser interpretado como grado de cumplimiento por la población general. Sin embargo, sí es revelador de un alto grado de satisfacción con el programa por parte de los que acuden, que de lo con-

trario hubieran optado por respuestas menos categóricas.

Como ya hemos reseñado, el PSI sano tiene una doble finalidad: promoción de la salud y prevención de la enfermedad y su motivación última es la salud. Al preguntarles directamente sobre este punto un 33% desconoce su finalidad o se muestra confuso y tan solo una cuarta parte hace referencia al concepto salud. Ambas respuestas constituyen probablemente un reflejo de que los padres reciben una información insuficiente sobre los objetivos globales del programa. Debiera de constituir una prioridad sanitaria mejorar los niveles de información y divulgación a la población sobre los programas de salud en general, para lograr una mayor implicación de la sociedad en sus problemas de salud.

En sus siguientes respuestas manifiestan mayoritariamente que creen que el objetivo y beneficio principal es la prevención, es decir, solo perciben una de las finalidades del programa. No son conscientes de la parte que atañe a la promoción de la salud o le atribuyen una importancia menor. Aunque, en general, se tiene conciencia de la repercusión que la adquisición y/o mantenimiento de malos hábitos en la infancia puede tener en la salud a largo plazo no preocupa de igual modo.

Hasta un 18% cree que la finalidad exclusiva consiste en el control de la alimentación, peso y talla. Tanto la cantidad como la calidad de lo que come el niño están directamente relacionados en la mente de la madre con el concepto de desarrollo físico y buena salud. La madre atribuye a una alimentación deficitaria la responsabilidad de que pueda enfermar y el sentimiento de no ser una buena madre⁸, por ello, y a pesar de la mejora de las condiciones económicas y sociales persiste el arraigo profundo de estas ideas en nuestra población.

El 95% cree que las revisiones son importantes para todos los hijos y en todas las edades. Es esta una opinión compartida por los profesionales sanitarios y la administración. Hasta hace poco los esfuerzos de los programas sanitarios se concentraban en la edad perinatal, primeros años de la vida, vacunaciones y cribaje de metabolopatías. En la actualidad, se consideran también prioritarias la edad escolar y la primera adolescencia pero por motivos diferentes: son edades clave para la "educación para la salud". Es posible que la repetición de consejos sobre estilos de vida saludables hasta la adolescencia pueda contribuir a mejorar la salud de nuestros futuros adultos².

El número de revisiones le parece adecuado al 87% de nuestros padres y

un 13% cree que es escaso. El número y contenido óptimo de las visitas se desconoce en la actualidad⁴. En el subprograma de infancia y adolescencia del PAPPS^{1,10}, el calendario de visitas mínimo requerido (además de las vacunas) cuenta con una visita al mes de vida, dos controles entre los meses 7 y 17 y un control cada dos años a partir de los 24 meses, aunque la mayor parte de los programas realizan más. La cronología está pensada para niños de bajo riesgo en los que previsiblemente no se van a detectar problemas y que reciben unos cuidados adecuados. La intención es emplear menos tiempo en niños de bajo riesgo para poder dedicarlo a niños en los que se detecten alteraciones reales o potenciales, en los que será necesario programar visitas adicionales³.

El 96% de nuestros encuestados opina que el pediatra puede encontrar problemas no percibidos por ellos y el 99% manifiesta sentirse más tranquilo después de la revisión. Estas respuestas denotan, por un lado, confianza y satisfacción con el pediatra pero por otro, tener conciencia de esta posibilidad puede generar en ocasiones ansiedad y ser origen de dudas y de un aumento de la necesidad de delegar. Aunque no es posible asegurarlo con certeza, es razonable pensar que puede influir en el gran

aumento de la frecuentación en las consultas de pediatría que se vive en la actualidad. Paradójicamente en este punto el resultado del programa es el contrario al buscado.

Una cuarta parte de los padres refiere sentir inseguridad al pasar a los 14 años con el médico de adultos. Esta respuesta, reflejo de un cierto pesar por el abandono de la infancia de un hijo al que siguen considerando un niño, en algunos casos es producto del temor a la brusca integración del adolescente en el mundo sanitario de los adultos. Además, los padres suelen valorar como pérdida la ausencia de continuidad con un programa similar al del "niño sano" pasada la edad pediátrica. Por todo ello, y siguiendo la experiencia de otros países, se plantea cada vez con mayor fuerza y frecuencia la posibilidad de aumentar la edad de cobertura en las consultas de pediatría hasta los 16 o 18 años.

La opinión general es que la consulta de Atención Primaria ofrece una excelente oportunidad para realizar prevención y promoción de la salud, sin embargo, los diferentes estudios muestran que aún se está lejos de alcanzar un nivel óptimo⁵. Ello se debe a múltiples factores: dificultades en cuanto al tiempo, organización práctica, falta de cumplimiento del paciente, etc. Las actividades

en estos campos constituyen un reto tanto para el médico general como para el pediatra, en general muy ocupados, ya que este tipo de intervención requiere un esfuerzo de educación personalizado a cada paciente^{5,9}. Comprobar con este estudio la excelente aceptación por parte de nuestras familias de los programas de salud infantil, constituye un estímulo para intentar mejorar a todos los niveles su funcionamiento.

Conclusiones

1. Gran satisfacción de las familias con el programa del "niño sano". Éste es especialmente valorado por su papel en la prevención de enfermedades. Convendría mejorar la información de los padres en cuanto a los objetivos globales del pro-

grama y en concreto sobre la promoción de la salud.

2. Escaso nivel de asistencia del padre a las revisiones. Deberían estudiarse medidas para facilitar y estimular su presencia con la intención de aumentar, en consecuencia, su participación en los cuidados generales de los niños.
3. Existencia de cierta sensación de inseguridad al abandonar la consulta de pediatría a los 14 años en una parte de la población. Debería de ser valorada la posibilidad de prolongar la edad de asistencia pediátrica más allá de los 14 años así como el establecimiento de una continuidad en las consultas de adultos de las labores de prevención y promoción de los programas infantiles.

Bibliografía

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat y Seguretat Social. Protocols de medicina preventiva a l'edat pediàtrica. Programa de seguiment del nen sa. Barcelona, 1995.
2. Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Guía de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Granada, 1999.
3. INSALUD. Área 2. Programa del Niño Sano. Madrid, 1997.
4. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. Manual de la Cartilla de Salud Infantil. Vitoria, 1987.
5. Canadian Task Force on the Periodic Health Care. Preventive Guidelines: Their Role in Clinical Prevention and Health Promotion. Can Med Assoc J, June 10, 1998.
6. US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 2ª Ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996.
7. Bras i Marquillas, Galbe Sánchez-Ventura J, Pericas Bosch J y col. Subprograma de infancia y adolescencia del PAPPs. Aten Primaria 2001; 28: 209-223.
8. Junta de Comunidades de Castilla La Mancha. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Programa del Niño Sano: Controles periódicos de Salud. Guadalajara, 1994.
9. Govern Balear. Palma de Mallorca. Programa del nin sa. 1998.
10. <http://www.medynet.com/usuarios/PrevInfad>.

