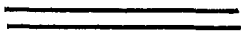


11226
2ej
72

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores de Postgrado



CONTROL DEL NIÑO SANO EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 35 DEL I.M.S.S.

TRABAJO DE INVESTIGACION

Para obtener la Especialidad en
M E D I C I N A F A M I L I A R
P r e s e n t a:

Dr. José Luis Cruz Villegas

México, D. F.

Enero 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

índice

| | |
|---------------------------------|----|
| 1.- Justificación | 1 |
| 2.- Introducción | 3 |
| 3.- Antecedentes Científicos .. | 5 |
| 4.- Planteamiento del Problema. | 9 |
| 5.- Objetivos | 10 |
| 6.- Hipótesis | 10 |
| 7.- Material y Métodos | 10 |
| 8.- Resultados | 12 |
| 9.- Tratamiento Estadístico .. | 31 |
| 10.- Discusión | 32 |
| 11.- Conclusiones | 35 |
| 12.- Bibliografía | 37 |

Justificación.

Desde la creación de los programas de Medicina Preventiva no se ha realizado, aparentemente, una evaluación de los mismos, para informar de los resultados obtenidos a través del tiempo, - que nos orienten de la situación actual de los mismos.

Algunas veces se realizan sólo para cumplir con el requisito establecido por la institución, sin considerar la importancia que tienen estos dentro del campo de la Salud Pública, ya que el concepto que prevalece en la medicina actual es el de curativo y no el preventivo.

Si consideramos que el fin último de la medicina no es el de curar sino el de prevenir, ya que con estas medidas disminuira en forma importante la morbimortalidad de la población, con - un costo mínimo y un beneficio amplio.

Los reportes encontrados se refieren a la práctica privada o bien a instituciones que atienden a una parte selecta de la población, económicamente hablando y no se tienen hasta la fecha - estudios realizados a la población abierta, cuyos recursos econó micos son bajos y son en estas clases en donde se debe hacer ónfasis en la atención que se les brinde.

La población derechohabiente del IMSS en su gran mayoría - comprenden clases sociales que se encuentran marginadas de una u otra forma, en las cuales encontramos hábitos que se han estable cido a lo largo del tiempo entre una generación y otra, por lo - que es difícil modificar estas.

Si tomamos en cuenta que el Médico Familiar resuelve el 95 ó más del 95 % de la patología en un primer nivel y que es a - éste a quien toca realizar y llevar a cabo los programas de Medi cina Preventiva a la población derechohabiente, así como influir en los hábitos familiares, para obtener un desarrollo individual y familiar adecuado.

Es por ello que consideramos conveniente realizar el pro--

grama del Control del Niño Sano para valorar los resultados, conocer los factores que impiden que se lleve a cabo este, así como la repercusión en los hábitos familiares y de salud del niño.

Introducción.

Si hacemos un breve análisis de la atención médica en nuestro país, encontraremos que han sucedido cosas importantes.

En la época de la colonia en 1532, don Vasco de Quiroga, - entra en sociedad con Hernán Cortés, para la formación de los - hospitales-pueblo, instituciones de asistencia médica que tenían como objetivo el manejo y cuidado de los enfermos. Posteriormente en 1944 y en 1960 se llevó a cabo la formación e integración de instituciones como son el I.M.S.S. y el I.S.S.S.T.E. respectivamente, y otras a nivel privado, las cuales montaron hospitales con equipo y material moderno para poder continuar con el manejo y tratamiento de las enfermedades y sus complicaciones, - pero la medicina no sólo es el arte y ciencia de curar las enfermedades, sino también de prevenirlas, limitar el daño cuando este se establece o realizar una rehabilitación y adecuada cuando las secuelas se han presentado, correspondiendo cada una de estas actividades a los diferentes niveles de atención de Salud.

Es así como el Instituto Mexicano del Seguro Social preocupado en brindar al derechohabiente una atención de la más alta - calidad, con eficiencia y prontitud, crea a través de los distintos niveles de atención médica, personal médico altamente capacitado para resolver los problemas médicos a cada nivel. Es así como surge en 1971 la Residencia de Medicina Familiar quien brindará profesionales con un cuerpo de conocimientos técnico-médicos, técnico-administrativos, de enseñanza e investigación, - que a través de su práctica diaria, en el primer nivel de atención, atenderá el 95% o más de los padecimiento y sólo el 5 % se enviará a un segundo o tercer nivel de atención.

Pero el Médico Familiar no sólo brinda atención médica integral y continua, sino también actividades de prevención primaria, mediante el diagnóstico de su población derechohabiente, -

asi como acciones de promoción de la salud, protección específica y colaborar con el equipo de salud en los programas específicos de Salud Pública y Medicina Preventiva como son: Planificación Familiar, Orientación Nutricional, Educación Higienica, detección de padecimientos Crónico-Degenerativos, etc.

Ahora bien si tomamos en cuenta que la población del país esta constituida en su mayor parte por niños y es, en estos, en los cuales la morbilidad y la mortalidad hacen los mayores estragos, fue necesario crear un programa para brindar a estos los cuidados necesarios, para disminuir así la morbimortalidad, tratando de prevenir que se presenten los fenómenos morbosos y disminuir así los factores que influyen de manera importante en el desarrollo del niño.

Es por esto que aprovechando la dotación lactea, se lleva a cabo el programa del Control del Niño Sano, con la finalidad de prevenir la desnutrición y las enfermedades infecto-contagiosas, que predominan en estas edades, favoreciendo con ello un desarrollo adecuado del niño. (1,2,3,4,5,8,10,11,14,15,19.)

Antecedentes Científicos.

La vida surge al ser fertilizado un ovulo por el espermatozoide (13), la cual lleva consigo una carga genética (20), que dará determinadas características al producto, y que se verán influenciadas por las condiciones generales y de salud en que se encuentre la madre, la interrelación que existe entre el producto, la placenta y el útero (9), al nacer y romperse la dependencia madre-hijo, este último presenta una serie de adaptaciones orgánicas y funcionales que lo ayudarán a soportar las agresiones del medio ambiente que lo rodea y que van a influir en su crecimiento y desarrollo ulterior (6).

Si tomamos en cuenta que una parte muy importante de la población se encuentra en estas edades y que ésta es la más expuesta a los riesgos de contraer enfermedades y aumentar su morbilidad (2,3,4,9,11).

Actualmente en México existen aproximadamente 32 millones de personas menores de 15 años, que representan el 46% de la población total y de estos mueren anualmente unos 172 000 (con una tasa de mortalidad de 5.3 por 1000 menores de 15 años) de las 435 000 defunciones que se registran en todas las edades, y que la mortalidad del grupo se integra proporcionalmente con la perinatal, la infantil, la pre-escolar y la escolar, cuyas tasas correspondientes son de 24.6 por 1000 nacidos vivos, de 49.0 por 1000 nacidos vivos, de 42.9 y 9.7 por 1000 personas de los grupos específicos (4,9).

Dentro de las causas de muerte en el menor de un año en orden de importancia tenemos (10 primeras causas):

- 1.- Influenza y Neumonías.
- 2.- Enteritis y otras enfermedades diarreicas.
- 3.- Ciertas causas de mortalidad perinatal.

- 4.- Avitaminosis y otras enfermedades nutricionales.
- 5.- Enfermedades del corazón.
- 6.- Otras anomalías congénitas.
- 7.- Bronquitis, Enfisema y Asma.
- 8.- Accidentes, envenenamientos y violencias.
- 9.- Tosferina.
- 10.- Anomalías congénitas del corazón.

Las 5 causas de mortalidad en el pre-escolar son las siguientes:

- 1.- Enteritis y otras enfermedades diarreicas.
- 2.- Influenza y neumonías.
- 3.- Accidentes, envenenamientos y violencias.
- 4.- Tosferina.
- 5.- Sarampión.

Las 5 primeras causas de mortalidad en el escolar fueron:

- 1.- Accidentes, envenenamientos y violencias.
- 2.- Enteritis y otras enfermedades diarreicas.
- 3.- Influenza y Neumonías.
- 4.- Enfermedades del corazón.
- 5.- Fiebre tifoidea, Paratifoidea y otras salmonelosis.

Como se pudo observar, las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas se mantienen dentro de los 3 primeros lugares en todos los grupos etarios de 0-14 años, ocupan otros lugares preponderantes: patologías transmisibles como el sarampión y la tosferina, que pueden ser modificables por las campañas de vacunación. (4,9).

La patología perinatal ocupa el tercer lugar en el grupo específico de menos de un año.

Los problemas nutricionales, a pesar de que es conocido su papel como factor conyuvante en otras patologías del niño, y su notificación casi siempre incompleta, aparece como cuarta causa de muerte en el grupo de menores de un año.

llama la atención que la mortalidad por accidentes, envenenamientos y violencias a alcanzado al escolar, desplazando a los cuadros entericos y respiratorios agudos, probablemente se deba al desarrollo económico y social en que se encuentra el país. (2, 3,4,5)

La información existente de las causas más importantes de la morbilidad corresponden a:

- 1.- Gastroenteritis.
- 2.- Influenza.
- 3.- Parasitosis.
- 4.- Disenteria en todas sus formas.
- 5.- Paludismo.
- 6.- Sarampión.
- 7.- Tosferina.
- 8.- Tuberculosis.
- 9.- Varicela.

Por lo que al ser analizados estos datos (4) se afirmó que un porcentaje muy alto de la morbimortalidad infantil obedece a causas modificables o evitables, y es en base a todas estas observaciones como surge la necesidad de brindar atención de carácter preventivo a estos grupos de edad, para que a través de la atención médica disminuya la morbimortalidad. (2,3,4,5,9,11)

Es en Estados Unidos donde aparece la atención del niño sano, como consecuencia de un análisis donde se encontró que el -

36% de la consulta pediátrica se destinaba a niños que no presentaban ninguna patología, la cual sólo se llevaba por médicos pediatras teniendo acceso a ella sólo una parte de la población en donde se les enseña a los padres en forma adecuada, el vigilar por el bienestar del nuevo hijo. (12,17)

Al observar los resultados obtenidos en Estados Unidos en México se inició el mismo programa en forma institucional, y es en la Clínica Nova de Monterrey quien reporta una disminución de la morbimortalidad, así como un mejor crecimiento y desarrollo, con un costo mínimo, y con cambios positivos en los hábitos tradicionales de los padres. (7).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se lleva a cabo dicho programa, una vez que el recién nacido es atendido en la sala de parto, donde se le brinda la primera atención médica, se envía a su clínica a los 15 días de nacido para continuar su control, para lograr esto se lleva a cabo la forma MF8 en la cual se anotan: el tipo de parto, el apgar, el peso al nacer, la talla, peso y perímetro cefálico por mes, desarrollo psicomotriz, inmunizaciones y dotación lactea, además de consulta abierta en caso de presentar alguna patología. (18).

Planteamiento del Problema.

Diferentes factores impiden el control del niño sano:

- 1.- Desinterés e ignorancia de la familia.
- 2.- Desinterés del médico.
- 3.- Enfoque curativo y no preventivo.

La consulta médica se debe principalmente a:

- a.- Dotación lactea, no siempre justificada.
- b.- Enfermedades infecciosas.

Lo que da por consecuencia que no se siga el crecimiento y desarrollo del niño supuestamente sano, por lo que no se puede - en realidad medir el nivel de salud en estos grupos de edad, además, de que no se puede afirmar que ésta sola atención médica de termine la salud del niño.

El programa del Control del Niño Sano fue creado para orientar a la madre, como una medida preventiva, sin embargo, poco caso se hace de ello, y se perpetúan las mismas creencias en relación con las medidas higienico-dietéticas, dando por consecuencia la morbimortalidad de tipo infeccioso y nutricional de siempre, ya que no se ve una disminución de estas patologías a pesar del programa.

Por lo expresado anteriormente consideramos útil realizar un estudio, en donde efectivamente se lleve a cabo todas las acciones médico-preventivas, para evaluar los resultados y hacerlos - comparativos con la práctica tradicional, para poder hablar de - las bandadas que nos brindan estas acciones.

El costo del programa sería bajo y el beneficio elevado a pesar de las condiciones ambientales en que se encuentre la familia.

Objetivos.

- 1.- Evaluar el control del niño sano en 50 niños de la U.M.F. No. 35 del I.M.S.'S. durante un período de seis meses.
- 2.- Conocer los factores familiares que impiden el buen control del niño sano.
- 3.- Conocer las repercusiones en el estado de salud, como consecuencia del abandono del control del niño sano.

Hipótesis.

Hipótesis Nula.

No existe diferencia de morbilidad en niños en quienes se lleva a cabo el control del niño sano y niños en quienes no se lleva dicho programa.

Hipótesis Alternativa.

Sí existe diferencia de morbilidad en niños en quienes se lleva el programa del control del niño sano y niños en quienes no se lleva dicho programa.

Material y Métodos.

Se formaron dos grupos de 50 niños Recién Nacidos que acudieron por primera ocasión a la U.M.F. No. 35 del I.M.S.S., a dotación lactea, no se realizó criterios de exclusión para el estudio.

Un grupo testigo, en donde se lleve el control que se lleva en forma habitual en el servicio, valorando el número de niños que enfermaron durante el estudio y las causas principales de estas, durante un período de seis meses que abarca de Julio a Diciembre de 1983.

Un grupo de estudio, a quienes además de llevar el control habitual, se impartieron pláticas de orientación a los padres sobre: embarazo, parto, crecimiento, desarrollo, nutrición, higie-

ne, cuidado, efecto, enfermedades infecto-contagiosas, y presupuesto familiar, durante el mismo período, valorando a su vez el número de niños que enfermaron llevando éste sistema, así como las causas más frecuentes que originaron su ausencia a su cita.

Por otro lado aunque no es la finalidad del estudio, se mencionan otros datos que consideramos importantes, como son :

1.- De la familia.

- a.- Escolaridad de los padres.
- b.- Ocupación de los padres.
- c.- Número de miembros por familia.
- d.- Tenencia de la tierra.
- e.- Número de cuartos por miembro de familia.
- f.- Servicios públicos.
- g.- Salario mensual por familia.

2.- Del niño.

- a.- Duración en meses del embarazo.
- b.- Tipo de parto.
- c.- Peso.
- d.- Talla.
- e.- Desarrollo psicomotriz.
- f.- Hablactación.
- g.- Inmunizaciones.

Resultados.

Primeramente mencionaremos los resultados obtenidos de los incisos anteriores y posteriormente los objetivos del estudio.

| Escolaridad | Paterno | | Materno | |
|------------------------|---------|-------|---------|-------|
| | No. | % | No. | % |
| Analfabetas | 0 | 0 | 2 | 4.08 |
| Saben leer y escribir. | 2 | 4.08 | 2 | 4.08 |
| Primaria. | 19 | 38.77 | 19 | 38.77 |
| Secundaria. | 19 | 38.77 | 17 | 34.69 |
| Preparatoria. | 7 | 14.28 | 7 | 14.28 |
| Profesional. | 2 | 4.08 | 2 | 4.08 |
| Total. | 49 | 99.99 | 49 | 99.99 |

Fuente: Estudio Méd. Soc.

| Ocupacion | Paterno | | Materno | |
|----------------|---------|-------|---------|---|
| | No. | % | No. | % |
| Obrero. | 44 | 83.79 | 0 | 0 |
| Técnico. | 3 | 6.12 | 0 | 0 |
| Profesionista. | 2 | 4.08 | 0 | 0 |
| Total. | 49 | 99.99 | 0 | 0 |

Fuente: Estudio Méd. Soc.

| |
|--------------------------------|
| Número de miembros por familia |
|--------------------------------|

| |
|---------------|
| Promedio= 5.5 |
|---------------|

Fuente: Estudio Méd. Soc.

| |
|-------------------------------|
| Número de cuartos por familia |
|-------------------------------|

| |
|---------------|
| Promedio= 2.9 |
|---------------|

Fuente: Estudio Méd. Soc.

| |
|---|
| Número de cuartos por miembros de familia |
|---|

| |
|--------------------------|
| Promedio= 1.8 por cuarto |
|--------------------------|

Fuente: Estudio Méd. Soc.

| Tenencia de la tierra | | |
|-----------------------|----|-------|
| | No | % |
| Propietarios | 38 | 77.55 |
| No Propietarios | 11 | 22.44 |
| Total | 49 | 99.99 |

Fuente: Estudio Méd. Soc.

| |
|--------------------|
| Servicios Públicos |
| Promedio= 100 |

Fuente: Est. Méd. Soc.

| |
|-----------------------------------|
| Salario por familia |
| Promedio= \$23,817. ⁰⁰ |

Fuente: Est. Méd. Soc.

| Meses de gestación | No | % |
|--------------------|----|-------|
| 7 meses | 3 | 6.12 |
| 8 meses | 1 | 2.04 |
| 9 meses | 45 | 91.83 |
| Total | 49 | 99.99 |

Fuente: Registro de Aten. de S.

| Vía de parto | No | % |
|--------------|----|-------|
| Vaginal | 34 | 69.38 |
| Cesarea | 14 | 28.57 |
| Forceps | 1 | 2.04 |
| Total | 49 | 99.99 |

Fuente: Registro de Aten. de S.

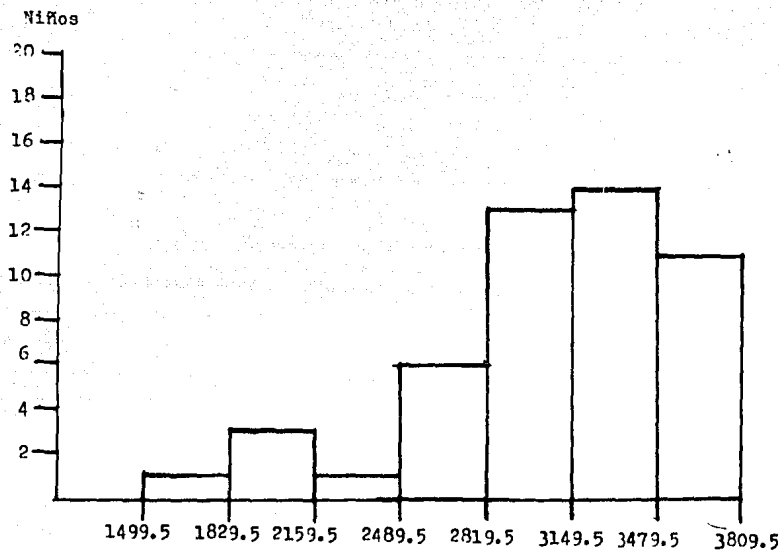
| Tipo de parto | No | % |
|---------------|----|-------|
| Eutocico | 34 | 69.38 |
| Distocico | 15 | 30.61 |
| Total | 49 | 99.99 |

Fuente: Registro de Aten. de S.

| Tipo de distocias | No | % |
|---------------------------------------|----|-------|
| Desproporción Cefalo-pelvica | 8 | 53.33 |
| Trabajo de parto prolongado | 2 | 13.33 |
| Sin trabajo de parto | 1 | 6.66 |
| Desprendimiento prematuro de placenta | 1 | 6.66 |
| Ruptura prematura de membranas | 1 | 6.66 |
| Sufrimiento fetal | 1 | 6.66 |
| Presentación podalica | 1 | 6.66 |
| Total | 15 | 99.96 |

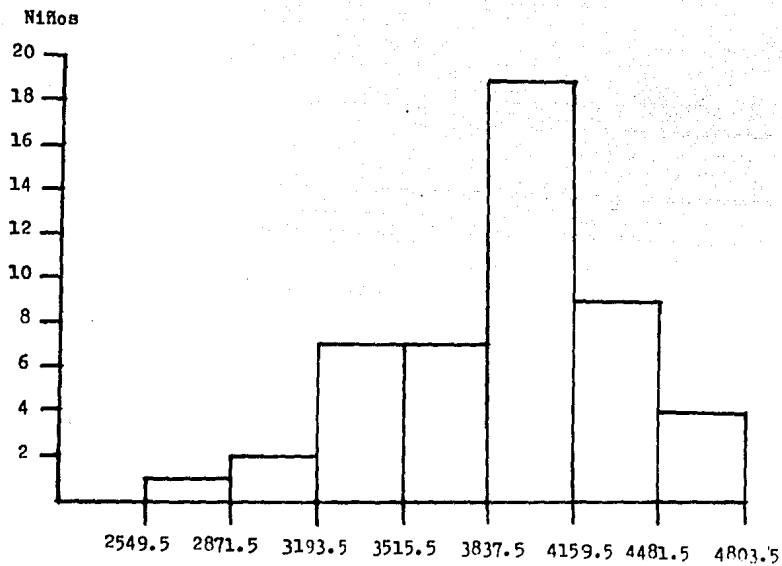
Fuente: Registro de Aten. de Sal.

Recién Nacido



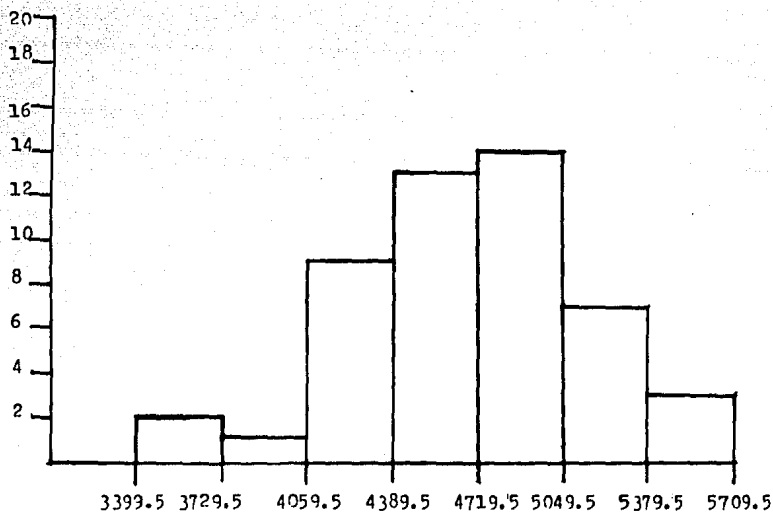
\bar{x} 3095 + 1s 492

1 mes

 \bar{x} 3915 \pm 1s 452

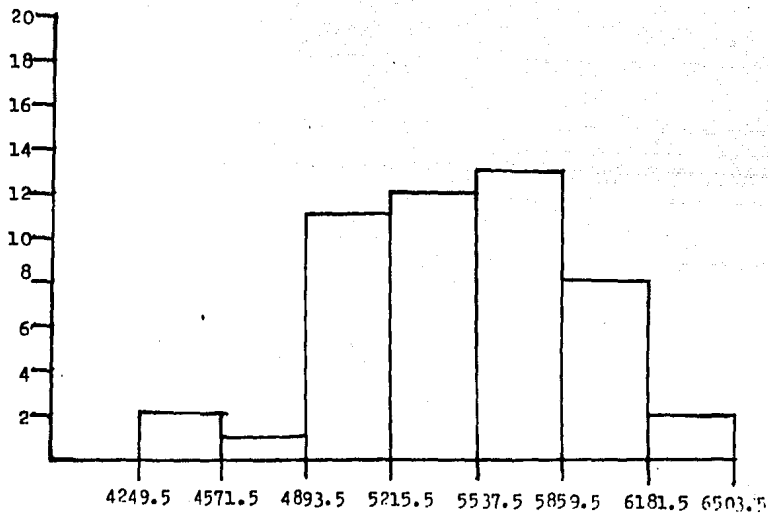
Niños

2 meses

 $\bar{x} = 4698 \pm 18433$

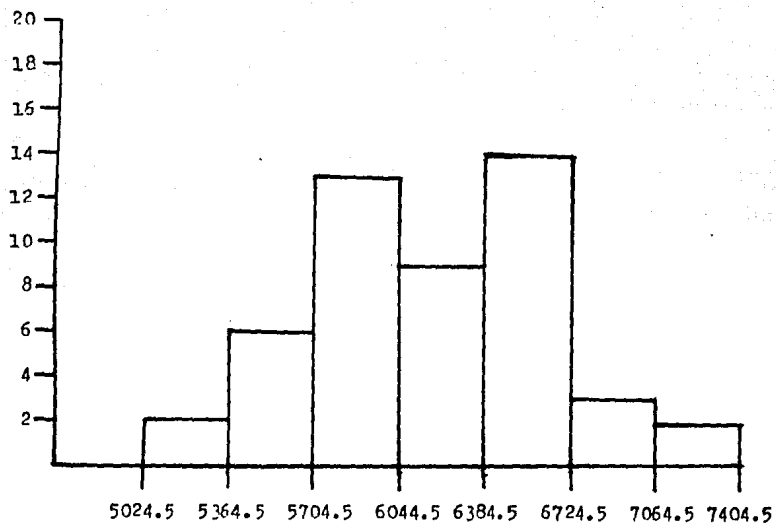
Niños

3 meses


 \bar{x} 5443 \pm 1s 466

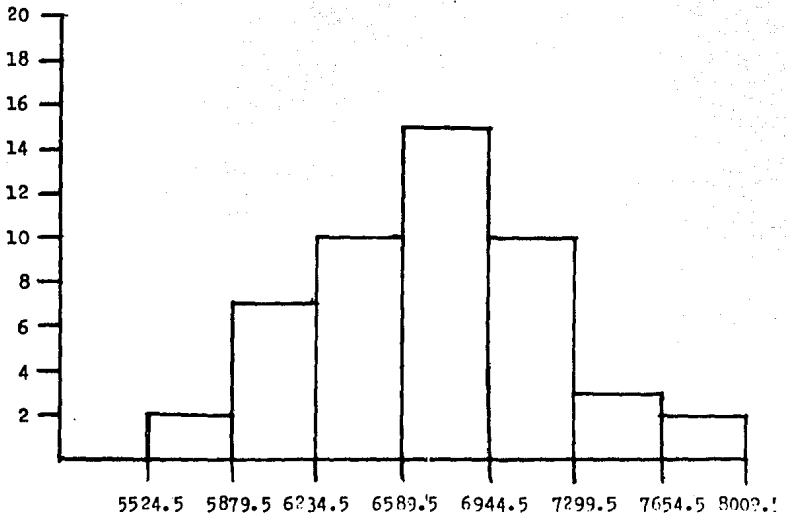
Niños

4 meses

 \bar{x} 6181 \pm 15 492

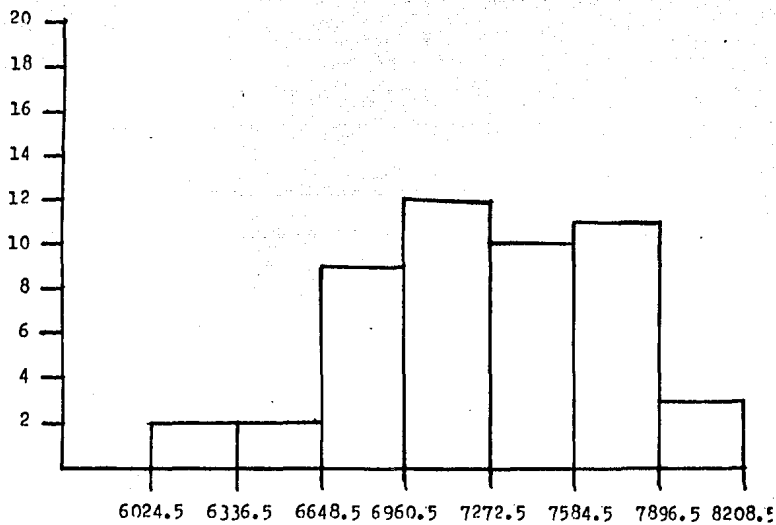
Niños

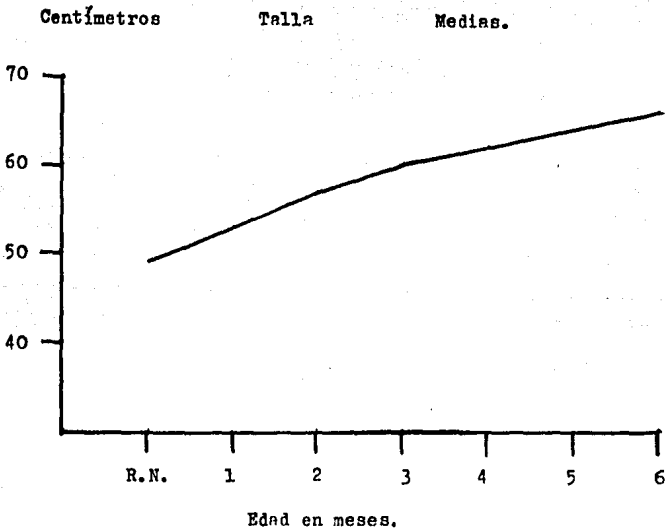
5 meses


 \bar{x} 6708 \pm 1s 488

Niños

6 meses

 \bar{X} 7226 \pm 15 460



$\pm 1S 3.15$

| Sonríe | | |
|---------|----|-------|
| Edad | No | % |
| 1 mes | 2 | 4.08 |
| 2 meses | 37 | 75.51 |
| 3 meses | 9 | 18.36 |
| 4 meses | 1 | 2.04 |
| Total | 49 | 99.99 |

$$\bar{X}=2.1 \pm 0.54.$$

Fuente: Registro de A. de S.

| Sostiene la cabeza | | |
|--------------------|----|-------|
| Edad | No | % |
| 2 meses | 1 | 2.04 |
| 3 meses | 27 | 55.10 |
| 4 meses | 21 | 42.85 |
| Total | 49 | 99.99 |

$$\bar{X}=3.4 \pm 1.50.54$$

Fuente: Registro de A. de S.

| Reconoce objetos | | |
|------------------|----|-------|
| Edad | No | % |
| 4 meses | 28 | 57.14 |
| 5 meses | 21 | 42.85 |
| Total | 49 | 99.99 |

$$\bar{X}=4.4 \pm 1.50.47$$

Fuente: Registro de A. de S.

| Trato de tomar objetos | | |
|------------------------|----|-------|
| Edad | No | % |
| 5 meses | 28 | 57.14 |
| 6 meses | 21 | 42.85 |
| Total | 49 | 99.99 |

$$\bar{X}=5.4 \quad \pm 1.50.47$$

Fuente:Registro de Aten. de S.

| Ablactación | | |
|-------------|----|-------|
| Edad | No | % |
| 15 días | 2 | 4.08 |
| 1 mes | 9 | 18.36 |
| 2 meses | 20 | 40.81 |
| 3 meses | 16 | 32.65 |
| 4 meses | 2 | 4.08 |
| Total | 49 | 99.98 |

Fuente:Registro de Aten. de S.

| Alimento de introducción | | |
|--------------------------|----|-------|
| Alimento | No | % |
| Jugos | 27 | 55.10 |
| Papillas | 22 | 44.89 |
| Total | 49 | 99.99 |

Fuente:Registro de Aten. de S.

| Sabin, DPT, BCG | No | % |
|--------------------|----|-------|
| Esquema completo | 41 | 83.67 |
| Esquema incompleto | 8 | 16.32 |
| Total | 49 | 99.99 |

Fuente: Registro de Aten. de S.

Del grupo de estudio se excluyó un niño, cuya madre no quiso ingresar al estudio, por lo que quedaron 49 niños, de los cuales se enfermaron 25 niños, que forman el 51.02 % y las causas de enfermedad: Consultas por Enfermedad.

| Padecimiento | No | % |
|--------------------|----|-------|
| Rinofaringitis | 20 | 58.82 |
| Síndrome diarreico | 12 | 35.29 |
| Conjuntivitis | 1 | 2.94 |
| Onfalitis | 1 | 2.94 |
| Total Consultas | 34 | 99.99 |

Fuente: Registro de Aten. de Sal.

Del grupo testigo se revisaron los expedientes, de los cuales no se encontraron 10, por lo que se excluyeron del estudio - quedando 40 niños, de los cuales enfermaron 30, que corresponden a un 75 %, siendo las causas de enfermedad por consulta las siguientes.

| Padecimiento | No | % |
|-----------------------|----|-------|
| Gastroenteritis | 20 | 50 |
| Rinofaringitis | 16 | 40 |
| Faringitis | 2 | 5 |
| Infección de V. Urin. | 1 | 2.5 |
| Dermatitis | 1 | 2.5 |
| Total Consultas | 40 | 100.0 |

Fuente: Registro de Aten de Sal.

Dentro de las causas por las que las madres no pudieron - acudir a su cita puntual del programa, se encontraron 19 madres - las cuales notificaron.

| Causa | No | % |
|----------------------|----|-------|
| Enfermedad | 10 | 52.63 |
| Clima | 5 | 26.31 |
| Cambio de residencia | 2 | 10.52 |
| Olvido | 2 | 10.52 |
| Total | 19 | 99.98 |

Fuente: Registro de Aten. de Sel.

Tratamiento Estadístico.

Dado que la salud y enfermedad son variables nominales y - que la muestra es mayor de 30, se da tratamiento estadístico con χ^2 .

| Niños | Sanos | | Enfermos | | Total |
|-------------|-------|----|----------|----|-------|
| | | | | | |
| Control | 24 | 19 | 25 | 30 | 49 |
| Sin Control | 10 | 15 | 30 | 25 | 40 |
| Total | 34 | | 55 | | 89 |

$P < 0.05$ 1 gl $\chi^2_{\text{tabulada}} = 3.841$.

$\chi^2_{\text{calculada}} = 4.8$

Discusión.

A pesar de los temores que existían al inicio del programa éste se llevó a buen término observando una buena aceptación e identificación con el Médico Familiar fundamentalmente en el número de bajas del estudio.

La asistencia mensual a la consulta fue aceptable aunque es difícil valorarla desde el punto de vista objetivo, ya que en su asistencia o ausencia a la misma influyen factores tanto subjetivos como psicológicos, y no es el motivo de este estudio.

La naturaleza de los padecimientos es la reportada por otros autores como son: la respiratoria y digestiva, lo que sí encontramos fue un menor número de consultas por enfermedades de los niños del programa del control del niño sano que los del grupo control con significación estadística importante.

Es difícil valorar otros aspectos mencionados en el estudio ya que no contamos con los mismos datos de un grupo control para evaluar su importancia en el crecimiento y desarrollo.

Es importante mencionar que el peso y talla encontrados durante el estudio son diferentes a los descritos por Ramos Salvan (22) por lo que consideramos pueden influir diversas variantes como son: herencia, medio ambiente y los hábitos y costumbres que presenta la familia.

Dentro de los hallazgos que encontramos en el estudio son:

El nivel de escolaridad en el cual predominó la primaria y secundaria en ambos padres y sólo una minoría es profesionalista, esto pudiera estar en relación al estado de salud del infante aunque no es nuestro objetivo y requeriría un nuevo estudio para valorar esta variable.

El tipo de ocupación que se encontró fue el de obrero en el 89.7% con un promedio de miembro por familia de 5.5 y con un promedio de cuartos por familia de 2.9 con un promedio de cuartos por miembro de familia de 1.8, el 100% cuenta con los servi-

cios públicos necesarios como son agua, luz y drenaje lo que invariablemente influirá en el estado de salud del niño.

El tiempo de duración de la gestación así como del tipo de parto son importantes, ya que podemos detectar niños con prematuridad o bien con bajo peso para su edad gestacional, los que influirán en el crecimiento y desarrollo posterior. En este estudio encontramos un alto índice de parto distócicos que corresponden al 30.6%.

En el peso durante los 6 primeros meses observamos una disminución gradual comparado con los descritos por Ramos Galvan, los cuales bien pudieran diferir por corresponder a dos clases sociales diferentes o bien a un error en la muestra, lo mismo encontramos en relación con la talla, por lo que consideramos conveniente realizar un estudio para valorar estas variables que influyen de manera importante, tanto en el crecimiento y desarrollo como en el estado de salud de los niños.

Cabe mencionar que no encontramos diferencias en el desarrollo psicomotriz, el cual es similar a los descritos en los libros de texto, sin embargo es importante mencionar que la habilitación no se modificó ya que el 73.4% inició la lactación entre los 2 y 3 meses de edad lo cual trae consigo la desnutrición temprana que sería la justificación al peso bajo encontrado durante el estudio.

Por último cabe mencionar que los padecimientos que presentaron difieren, observamos que predominaron las infecciones de las vías respiratorias en el grupo de estudio y en el grupo testigo predominaron las de vías digestivas, sugiriendo en este último padecimientos que pudieran ser paracitarios o bien bacterianos y en primero virales, por lo que consideramos que el método utilizado en el estudio tiene significancia estadística, no así el control habitual que se lleve en los niños.

Consideramos conveniente realizar nuevos estudios para valorar las diversas variables en que influyen en el crecimiento y desarrollo del infante.

Conclusiones.

- 1.- En el presente estudio observamos una disminución de la asistencia a consulta por enfermedad. En el grupo de estudio que en el grupo testigo.
- 2.- Buena aceptación al estudio que se manifestó por una mínima ausencia a la cita de consulta así como una buena identificación con el médico familiar.
- 3.- Es difícil valorar las faltas a la cita normal por factores de índole subjetivo y psicológicos.
- 4.- El peso y talla encontrados difieren a los reportados por Ramos Galván, lo que nos indicaría o bien que es una clase social diferente o bien que hay error en la toma del mismo.
- 5.- No hay diferencia en el desarrollo psicomotriz a los reportados en los libros de texto.
- 6.- No hubo influencia en los hábitos de la familia, ya que la ablactación se inició entre los 2 y 3 meses, lo que explicaría por otro lado el peso bajo que se encontró en estudio.
- 7.- El nivel de escolaridad de los padres fue primaria y secundaria, lo que invariablemente influye en la educación de los hijos.
- 8.- A pesar de que este estudio se realizó en una zona que se considera marginada el 77% son propietarios y el 22% rentan viviendas que a pesar de que se encuentran con todos los servicios sus condiciones higiénicas son deficientes, lo que influye de manera importante en la salud del infante.
- 9.- Hubo modificación de la morbilidad encontrada, ya que en el grupo de estudio encontramos un aumento de los padecimientos de vías respiratorias altas de tipo viral y en segundo término las vías digestivas, no así -

en el grupo testigo en donde encontramos un aumento de los padecimientos digestivos probablemente paracitarios bacterianos o virales, lo cual es difícil valorar, ya que no contamos en este momento con otros parámetros para determinar la etiología exacta.

- 10.- Consideramos conveniente nuevos estudios para valorar las diferentes variables que influyen en el crecimiento y desarrollo del infante.

- 1.- Actividades de Medicina Preventiva en Colección de Manuales IMSS- Coplamar, Folleto No.15., México D.F., 1980. pág.19--21.
- 2.- Asistencia Materno Infantil en IV Reunión Nacional de Salud Pública., Folleto No.8 Méx., D.F., Sep. 1975.
- 3.- Asistencia Materno Infantil en IV Reunión Nacional de Salud Pública. Folleto No. 10. Méx. D.F., Sep. 1975.
- 4.- Atención Materno Infantil. Subdirección General Médica del IMSS 1976.
- 5.- Control del Niño Sano en Promoción para la Salud. Eds. SSA 1981. pág. 131-133.
- 6.- De la Torre V.R., Fisiología del Recién Nacido Normal en - Neonatología. ed. Salvat. 1981 pág. 103-119.
- 7.- Delgado Fernández. J.G., La Clínica del Niño Sano. Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx. Vo. 40. No. 2. feb. 1983. pág. 89-93.
- 8.- Del Villar P, Lemus H y cols. Control del niño sano como parte de la medicina institucional. Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx Vo. 35 1978 pág. 929.
- 9.- Fernández de Hoyos R.M. y cols., Análisis de la mortalidad - de los menores de 15 años en la República Mexicana. Rev. Higiene. Vo. 30. No. 5 sep.-oct. 1980. pág. 297-306.
- 10.- Formación de Personal en el Instituto Mexicano del Seguro Social en IV Reunión Nacional de Salud Pública Méx. D.F., Sep. 1975.
- 11.- Fujigaki Lechuga A., Medidas de Promoción de la Salud del niño en México y de Protección específica. Rev. Higiene Vo. 30 No.1 Enero-febrero 1980. pág. 38-43-
- 12.- Gutelius M.F, Kirsch AD y cols. Controlled study of Child - health supervision. Pediatrics. pág. 60.
- 13.- Houssay. B.A., Fecundación en Fisiología Humana. ed. el - Ateneo pág. 847 -868. 1974.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

38

- 14.- Harro. J.R., Alarid. H.J., y cols. mesa redonda de Medicina Familiar. Rev. de la Fac. Medicina Méx. vol XXIII No.3 1981. pág. 4-20.
- 15.- Harro. J.R., Alarid. H.J., y cols. mesa redonda de Medicina Familiar. Rev. de la Fac. de Medicina Méx. vol. XXIV No. 4 - 1981. pág. 5-18.
- 16.- Nelson., Vaughan., Mokay., Crecimiento y desarrollo en Tratado de Pediatría. Salvat. 1981. pág. 13-46-
- 17.- Osborn LM., Woolley P.R., Use of groups in well child care pediatrics vol. 67. 1981. pág. 701.
- 18.- Pezoti Venteria. M.A., Alvarado Vega G., y cols. Atención del Recién Nacido Sano en mesa redonda. Rev. de la Fac. de Medicina Méx. vol. XXIV No.7 1981 pág. 4-17
- 19.- Programa del Curso de Especialización en Medicina Familiar Instituto Mexicano del Seguro Social Méx. 1982. pág. 13-20.
- 20.- Ramos Galván R. Análisis de dos estudios de peso y talla hechos con 50 años de diferencia en niños de la ciudad de México Bol. Med. Hosp. Infat. Méx Vo. XXXV. No.2 mayo-junio - 1978 pág. 441-463.
- 21.- Ramos Galván R. Estudio del crecimiento físico, un método - clínico y de campo mal aprovechado. Rev, Médica del IMSS. Méx. vol. 21 No.1 enero-febrero 1983 pág.5-11.
- 22.- Ramos Galván R. Somatometría Pedriatica. estudio longitudinal en niños de la ciudad de México. Arch. de Invst. Med. - IMSS. vol. 6 suplemento 1 1975.

Estudio Médico-Social.

A.- Generales.

Nombre.....

No. Filiación...

Domicilio

Consultorio.....

Sexo.....

B.- Particulares.

Escolaridad de los padres

Ocupación de los padres

Condiciones de la Vivienda

Servicios Públicos

Salario

Componentes de la familia

Hoja de Registro de Atención Médica.

Nombre

Sexo

Citas

Edad

Domicilio

No. de Filiación

No. de Consultorio

Clinica de adscripción....

Meses de gestación

Parto

Peso al nacer

Peso y talla mensual

Desarrollo psicomotriz:

Sonríe.....

Sostiene la cabeza.....

Reconoce objetos

Trata de tomar objetos..

Ablactación

Tipo de alimento.

Inmunizaciones

Patología que presente ..

Causa de ausencia a la cita.