

11226.
24.8



Universidad Nacional Autónoma de México

Instituto Mexicano del Seguro Social

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE CONTROL DEL NIÑO SANO
POR EL PERSONAL PARAMEDICO DE LA UMF. No. 2
PUEBLA, PUE.

TESIS

Que para obtener el Grado de
Especialidad en

MEDICINA FAMILIAR

presenta

DRA. MARIA PATRICIA ALVAREZ GONZALEZ



Judith...
...

1984 - 1986

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



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 está 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.

I N D I C E .

1.- Introducción.....	2
2.- Justificación.....	4
3.- Generalidades:	
a).- Antecedentes históricos.....	5
b).- La familia y la salud del niño.....	8
c).-Crecimiento y desarrollo.....	10
d).- Inmunizaciones.....	14
e).- Los programas de atención al niño.....	16
f).-Programa de control del niño sano.....	17
g).-Principales causas de morbilidad.....	18
4.- Material y métodos.....	19
5.- Resultados.....	20
6.- Conclusiones.....	31
7.- Resumen.....	33
8.- Bibliografía	34

INTRODUCCION.

Es bien conocido el hecho de que de las principales causas de mortalidad en la infancia muchas de ellas son evitables, ya sea mediante medidas de prevención específica y de control o a través de una acción educativa que el médico ó la enfermera deben realizar.

Existen enfermedades infecciosas en las cuales la acción de la medicina preventiva es limitado, ya que algunas de ellas - tienen como causa básica la insalubridad del medio, las precarias condiciones socioeconómicas, y sin embargo interviene en ellas la ignorancia. Y si bien es poco lo que el médico o la enfermera pueden hacer para modificar las condiciones socioeconómicas complejas, mucho se puede obtener a base de una educación permanente.

La medicina preventiva debe aplicarse tanto al niño enfermo como al sano, para conservar al niño en el mejor estado de salud posible, para así diagnosticar y tratar oportuna y adecuadamente cualquier situación patológica que pueda presentarse, con el fin de evitar que avancen y deterioren la salud -- del niño.

Las actividades que se realizan para una adecuada vigilancia periódica de la salud del niño son: apreciación del crecimiento y desarrollo, orientación sobre alimentación, aplicación de inmunizaciones, detección de padecimientos y educación higiénica a los padres.

La apreciación periódica del crecimiento y desarrollo, es muy importante en los primeros años de vida y constituye una actividad básica en la vigilancia del niño sano, se valoran parámetros como peso, talla, perímetros (cefálico y torácico). Si la curva ponderal no está dentro de límites normales, o un retraso en el desarrollo neuromuscular es reconocido a tiempo, estos pueden ser modificados en beneficio de la salud del niño.

La aplicación de las inmunizaciones contra los padecimientos evitables es otra actividad importante: la aplicación de -

Los esquemas de vacunación contra la poliomielitis, difteria , tosferina, tetanos, ECG , y sarampión deben terminarse dentro del primer año de vida con la finalidad de que el niño quede protegido.

La orientación sobre la alimentación e higiene tiene especial importancia , ya que es necesario que la madre adopte una actitud favorable en relación con la atención del niño; y a su vez esto influirá en todos y cada uno de los aspectos que incluye la vigilancia médico-higiénica.

La educación higiénica debe enfocarse a la formación de los hábitos del niño, adquiridos durante su vida, por lo que la orientación sobre el manejo y cuidado del niño deben ser dirigidas a los padres a fin de mejorar la salud propia, la familia y la comunidad.

JUSTIFICACION.

En las últimas tres décadas, se han producido avances en la ciencia y la tecnología que han aportado indudables beneficios para la salud de los niños. No obstante el grupo infantil y preescolar es uno de los más numerosos en la población, y en lo referente a la salud, el más importante dada la cuantía del riesgo de enfermarse y morir.

Hasta la fecha la atención que se le ha otorgado a la población en general ha sido de carácter curativo, en tanto que las actividades de carácter preventivo, fundamentalmente las de promoción y fomento de la salud, no se han integrado debidamente, a pesar de que un número significativo de niños es llevado en aparente buen estado de salud a consulta para recibir dictaciones lácteas o inmunizaciones.

La falta de atención en estos aspectos, obliga a que predomine la demanda en la consulta externa, por enfermedades infecciosas y problemas relacionados con la mala nutrición, y ahí es donde el médico familiar tiene la mayor oportunidad de actuar ya sea como educador u orientador de la familia para el mejoramiento de la salud.

Las actividades de atención al niño deben integrarse a los programas de atención a la familia, ya que ahí es donde el niño nace, crece y se desarrolla, y en muchas ocasiones los padres carecen de orientación sobre el manejo del niño.

En los últimos años se ha integrado a la atención del niño, un programa institucional sobre el control de infantes que no presentan ninguna patología, realizado por el personal paramédico previamente capacitado para reconocer los padecimientos más frecuentes del medio pediátrico, así también son las encargadas de enseñar a los padres la forma adecuada de vigilar por el bienestar de su nuevo hijo.

Pensamos que si este programa se está llevando adecuadamente esto traerá como consecuencia un beneficio en la salud del grupo infantil.

GENERALIDADES.

ANTECEDENTES HISTORICOS.

Las primeras comunicaciones en materia de la ciencia de la salud de los niños estaban dirigidas unicamente hacia la conservación de la vida.

Los trabajos de los médicos griegos, romanos y árabes versaban fundamentalmente sobre la educación de los niños, e incluían sobre todo , el desarrollo deportivo, y la preparación del servicio militar. En cambio, acerca del fomento de la nutrición, a pesar de que seguramente recibió mucho impulso se posee poca información , sobre todo en lo concerniente a su relación con el peso y la talla de los niños. Los textos antiguos casi siempre se referían a la preparación para el nacimiento, los cuidados del recién nacido , la introducción de los alimentos , los cuidados de enfermería.

Inmediatamente entraban en materia , acerca de las enfermedades más frecuentes ; era la época en que la única medida de salud aceptable para los niños era su supervivencia.

Aunque el ejercicio de la medicina estaba dividido entre los aztecas, no había especialistas en enfermedades del niño. Esta misión incumbía en primer término al sacerdote, al hechicero, quienes conjuraban a los dioses ofendidos y exorcisaban a los enfermos. Después los curaban verdaderos profesionistas como la Tlamatqui-Ticil o comadrona , el Texoxotla- Ticil o cirujano y sobre todo el Tlama-Tepali o médico internista de aquél entonces según Sahagún.

Algunas tradiciones mágico-religiosas alejaban a los nahuas del concepto actual de la pediatría. Así, no siempre respetaban la vida de los menores e inmolaban , para complacer a los temibles dioses de la lluvia , infantes engalanados con flores y plumas , les arrancaban el corazón y les devoraban los miembros en un festín sagrado. Menos trágicos eran , tanto la práctica en recién nacidos de la deformación craneal tabular, como el rito del crecimiento que consistía en levantar niños por las sienes, precisamente durante la fiesta del Izcalli, para activar su desarrollo con la ayuda de fuerzas sobrenaturales.

A la inversa , la didáctica infantil era racional como lo demuestra el Códice Mendocino (1549), donde se describe la ración diaria del alimento básico: la tortilla. El niño de 3 años recibía media tortilla, la porción subía a una tortilla entre los 3 y los 6 años y una y media entre los 6 y 12 años. El código no señala las medidas higiénico dietéticas para el lactante , pero otras fuentes nos ilustran . Al amanecer, se bañaba a los niños de pecho en arroyos, aún en invierno, como galactógeno, la madre tomaba 2 ó 3 veces al salir del baño una decocción de la raíz del tecanalquiltic lavándose primero los pechos con tequesquite; se recurría en caso de agalactia a una tlachichique o nodriza ; por último , se consideraba el destete como un acontecimiento memorable que celebraba toda la familia.(1)

En la época de la Colonia en 1532, Don Vasco de Quiroga , entra en sociedad con Hernán Cortés para la fundación de los Hospitales-Pueblo , instituciones de asistencia médica que tenían como objetivo el manejo y cuidado de los enfermos.(2)

La primera publicación sobre las referencias anatómicas entre el niño y el adulto, con algunas notas sobre el desarrollo anatómico, fué descrita por Gabrielo de Zebrius en 1502.

Algunas pinturas de Diego de Velázquez (1599-1660) , son excelentes ejemplos de niños saludables. El estudio longitudinal más viejo y aún considerado como uno de los mejores del niño, fué el del Conde Philbert Gueneau de Montbeillard publicado por su amigo Buffon en 1837, consistió en una curva de crecimiento estatural de su hijo desde el nacimiento hasta los 18 años midiendolo cada 6 meses.

El astrónomo y estadísta belga Lambert Adolphe Jacques Quételet (1796-1894), fué quien efectuó el primer estudio completo del crecimiento de los niños; sus estudios se publicaron en 1835 y sus cuadros sobre las proporciones corporales fueron usados para propósitos comparativos en estudios de crecimiento hasta nuestros días, también el término "antropometría" se le debe a él. Mientras tanto, en Boston , el Dr H.P. Bowditch

en 1875, efectuaba un estudio estadístico completo sobre el crecimiento y desarrollo de los niños tomando en cuenta las variables como raza, condiciones socioeconómicas y sexo. Sus tablas han servido de material para la mayoría de las modernas tablas de crecimiento y desarrollo.(3)

Wilhem Camerer, en Alemania, estableció los requerimientos energéticos para el crecimiento desde el nacimiento hasta la edad adulta ; sus estudios fueron publicados en los periódicos de 1880 a 1896 y junto con estudios de Bowditch constituyen las bases para todos los estudios de crecimiento y desarrollo , por más de medio siglo.

En 1921 y 1922, respectivamente, R.M. Woodbruy y T.B. Baldwin publicaron nuevas tablas acerca del crecimiento y desarrollo de 300 niños de Norteamérica y de 1900 a 1925 aparecieron más artículos sobre este tema.

En los años de 1920 , se establecieron los primeros centros de trabajo sobre investigaciones en crecimiento y desarrollo de los niños , incluían lo Child Welfare Reseach Council y el Felsds Reseach Institute for the study , of humanan Development en la Universidad de Colorado.El motivo principal para la creación de estos centro fue el estudio longitudinal del niño.

Todos los estudios transversales tienen valor, ya que se pueden hacer cortes en cualquier edad de se desarrollo teniendo así más detalles.En 1895, el descubrimiento de los rayos X por Roentgen ofreció la oportunidad de estudiar el crecimiento óseo en cualquier ser viviente.

Antiguamente la valoración del comportamiento y del desarrollo psicológico del niño no tenía sustento educacional, se creía que el niño era un ser inferior y en mucho tiempo , no recibió la atención debida. Johann Amos Comenius (1592-1670) obispo de Moravia, publicó varios artículos sobre educación - e hizo énfasis por primera vez en la individualidad del niño, y que la educación del niño debería ser el patrón posterior para moldearlo dentro de una sociedad aceptable.

A finales de 1890 y 1900 se formularon nuevas teorías sobre el comportamiento de los niños, destacan los trabajos de Sigmund Freud (1856-1936) con sus controversias sobre la sexualidad infantil y su influencia sobre el comportamiento en 1908. Las pruebas de desarrollo de Gessell se conocen actualmente y se usan universalmente.(4)

En 1944 y en 1960 se llevó a cabo en nuestro país la formación e integración de instituciones como son el IMSS y el -- ISSSTE respectivamente y otras a nivel privado , las cuales montaron hospitales con equipo y material moderno para continuar con un mejor manejo y tratamiento de las enfermedades y sus complicaciones. Hasta este momento , los programas de Medicina preventiva se encontraban en segundo plano, sin considerar que estos son la base para resolver la problemática de un país en desarrollo como es el nuestro.

Si analizamos lo que pasa en la atención primaria de pediatría en países desarrollados como por ejemplo en los Estados Unidos , encontramos que en estos se han hecho extensos programas de salud a nivel primario, uno de ellos , es el de atención al niño sano. Esto nace como consecuencia del análisis donde se encuentra que el 36 % de la consulta pediátrica general se destina al control adecuado de niños que no presentan ninguna patología.(2).

LA FAMILIA Y LA SALUD DEL NIÑO.

La tarea fundamental de la familia en la generación y formación de los hijos es que cada individuo en ella adquiera progresivamente la madurez biológica , psicológica y social que le permita actuar y comportarse adecuadamente consigo , en la familia y en el ambiente social, es decir , en sus relaciones con los otros individuos y su ambiente.

La familia desempeña un papel fundamental en el desarrollo del niño , ya que es el medio natural inmediato , el contacto primario e íntimo y su "campo experimental" que regula la in-

Influencia del ambiente social y cultural. Su influencia máxima se presenta en los primeros años de vida, cuando la dependencia del niño de otras personas es forzosamente mayor.

El crecimiento físico puede ejemplificarse con los incrementos de peso y talla; y desarrollo con la adquisición de habilidades y destrezas, de funciones motoras, de lenguaje y de adaptación social, hechos que suceden de acuerdo con una secuencia, una velocidad y un ritmo propio.(5)

El crecimiento está condicionado a la nutrición, la cual está afectada por distintas expresiones de la cultura, la economía, la estructura social, el momento histórico, influencias urbanas tradicionales y prácticas religiosas. El objetivo terminal de la nutrición debe ser alcanzar el crecimiento máximo que la herencia permita.(6)(7).

Debe cuidarse, que la conducta de los adultos con respecto al niño y sobre todo en los primeros años de vida en que es totalmente dependiente, sea equilibrada y normal, pues el comportamiento neurótico de la familia frustra la satisfacción de las necesidades del niño y deteriora su crecimiento y desarrollo.

La integración de la familia es sumamente importante, ya que de ahí derivan conceptos y prácticas sobre alimentación, recreación, educación, relaciones interpersonales y de grupo, escala de valores sociales, morales y materiales que determinan el clima emocional en que el niño crece, se desarrolla y adquiere su personalidad.(8)

La influencia de los factores como edad de los padres, el número de hijos, el orden de nacimiento, las condiciones de la vivienda y los recursos alimentarios producen diferencias entre los individuos.

De acuerdo con la forma en que cada cónyuge ha fraguado su condición de adulto, va a contribuir a formar su propia familia, y a transmitir las características futuras de cada hijo, según su concepto de lo que es y debe ser el hogar, de como integrar el matrimonio, las necesidades conyugales, la dele-

gación de la autoridad y la manera de distribuirse las responsabilidades , que están en función de las satisfacciones o -- privaciones que durante su infancia y adolescencia experimentaron en cada aspecto y del carácter y la capacidad de regulación de tensiones que la personalidad que exhiban les permita lograr.

Ha de entenderse también que como la familia es un proceso dinámico, cada miembro cambia durante las mismas etapas del proceso, de acuerdo con la satisfacción o no que tenga de las exigencias que para él va generando sobre la responsabilidad de la familia.

Todos estos factores inciden sobre los hijos y se comprende que situaciones como ser hombre o mujer, primogénito o no , -- hijo único o uno entre numerosos hermanos, convivir con espacio suficiente o en hacinamiento, compartir un alimento escaso o abundante, participar de recreación estimulante en, fin , contar o no con protección , seguridad y afecto van a revelarse sustancialmente en el modo de crecer y desarrollarse.

Las características físicas y psicosociales serán resultado del juego entre los factores motivantes y desmotivantes proporcionados por los padres , la familia y la sociedad que provocan la reacción individual y personal ; la cual puede ser represión de algunas características , exaltación de otras , -- desviación de algunas y con todas la integración de la personalidad , la adecuación o adaptación al medio. (5)

CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Se acepta como objetivo del estudio del niño, la atención integral del ser humano durante su etapa de crecimiento y desarrollo , para el logro de sus máximos potenciales físicos , mentales y emocionales así como los sociales, se comprende -- la necesidad ineludible de estudiar los aspectos fundamentales del crecimiento y desarrollo , que dan la diferencia entre el adulto y el niño, y se comprende que es necesaria una evaluación periódica de la salud del niño , ya que esto le perm

tirá llegar a la edad adulta en un perfecto estado de desarrollo físico, para ello es necesario conocer el grado de desarrollo que corresponde a las diversas edades ; a los diferentes tipos corporales y estados de minusvalía física.(9)

Los términos crecimiento y desarrollo se suelen utilizar indistintamente , sin embargo existen diferencias entre ellos: por crecimiento se entiende el aumento de peso y dimensiones de todo el organismo y sus partes ; puede medirse en cm o Kg. Este depende del aumento de tamaño de las células y el número de las mismas:

El desarrollo implica diferenciación y madurez celular , que se traduce en aumento del perfeccionamiento y en la mayor complejidad de las funciones aplicadas en la diferenciación celular. Esta modelado por la herencia y por la experiencia.

Existen factores intrínsecos y extrínsecos que juegan un papel determinante en el crecimiento y desarrollo; dentro de los factores intrínsecos se encuentra el patrón genético determinado por los fenotipos , el sistema endocrino que depende básicamente del equilibrio entre dos grupos glandulares (corteza suprarrenal, bazo, páncreas, tejido linfático, hígado e hipófisis y tiroides; hipófisis por medio de la hormona del crecimiento, médula suprarrenal y paratiroides).

Dentro de los factores extrínsecos que influyen sobre el crecimiento y desarrollo tenemos el factor ambiental, el cual a su vez se divide en:

- a).- Matroambiente.- Es la influencia del medio ambiente sobre la madre.
- b).- Microambiente.- Es el factor ambiental que actúa sobre el feto durante la gestación.
- c).- Macroambiente.- ES la influencia ambiental que depende de la disponibilidad y utilización de los alimentos para cubrir determinado aporte de nutrientes. (10)

Características del crecimiento y desarrollo.

El niño al nacer pesa alrededor de tres kilos como promedio , a los cuatro meses duplica su peso de nacimiento, y lo triplica al año de vida.

La talla que al nacer es de medio metro , al año alcanza - 72-75 cm. La fontanela anterior se cierra al tercer mes y la posterior entre los diez y diez y ocho meses. La circunferencia cefálica mide en promedio treinta y cinco cm al nacer y cuarenta y cinco cm al año .Los dientes empiezan a salir entre el quinto y noveno mes de vida, los primeros en salir -- son los incisivos medios inferiores, al año de edad tiene alrededor de ocho piezas dentarias.(11)

Métodos de evaluación.

La medición del peso y la talla proporciona parámetros de gran importancia para juzgar el crecimiento del individuo.

Las mediciones físicas seriadas permiten diagnosticar rápidamente alteraciones importantes del crecimiento como la desnutrición incipiente o la hidrocefalia , las que tratadas precozmente mejoran de manera sustancial el pronóstico. Asimismo mediante el análisis adecuado de las curvas de crecimiento , es posible percibir diferencias entre ciertas alteraciones - transitorias o sin importancia y una patología real , sobre una base realmente objetiva.(12)

Peso.- Para estimar el peso de los niños se necesitan dos tipos de báscula , una en la que el niño pequeño pueda ser pesado acostado y otra de pie para niños mayores. La escala utilizada para los más pequeños es conveniente que este graduada cada 10 gr., mientras que para los niños mayores de un año es suficiente para fines clínicos que sea cada 100 gr. Ambas escalas deben ser controladas periódicamente. Es necesario que el niño sea pesado desnudo.

Al nacer el peso promedio de los niños es de 3 a 3500 g., en los primeros días de la vida pierden de 200 a 300 gr., - los cuales corresponden a un descenso fisiológico de la curva ponderal. En los primeros cuatro meses de vida suben 750 gr --

por mes promedio, durante los cuatro siguientes meses aumentan 500 gr y finalmente durante los últimos cuatro meses su incremento ponderal es de 250 gr.

De los 2 a los 5 años el peso es igual a la edad \times 2+8 .

Medidas circunferenciales.- La circunferencia de la cabeza y el tórax es preferible medirlas con cinta métrica de metal flexible , ya que las de plástico tienden a dar medidas mayores a las reales , después de su uso prolongado.

La cabeza debe permanecer completamente quieta para obtener la medida correcta.

La cinta metálica se coloca sobre la parte más prominente - del occipucio y sobre la frente , justo por encima de los arcos supraorbitarios. Debe mantenerse fuertemente sujeta sobre la cabeza en un plano de medición. La cabeza crece rápidamente en condiciones normales durante los dos primeros años de vida como expresión del desarrollo del encéfalo, ya que cualquier desviación de la normalidad puede significar la presencia de patología.

Al momento de nacer el perímetro cefálico promedio es de 35 cm., con una variación de 1.2 cm por arriba y abajo de este valor. En los primeros cuatro meses hay un aumento de 4 cm, y en los siguientes ocho meses de otros 5 cm. Desde el año de edad y hasta los 20 años el crecimiento es de solo 10 cm. (13)

Desarrollo psicomotor.

El desarrollo psicomotor se manifiesta por la relación que establece el niño con el ambiente, éste se expresa como la conducta del niño a diversas edades , y puede agruparse de la siguiente forma:

- a).- Conducta motriz.- Relaciona los movimientos espontáneos y voluntarios.
- b).- Conducta adaptativa.- Es la actividad que requiere del ajuste de los movimientos y postura al estimular los órganos sensoriales.
- c).- Conducta del lenguaje.- Es la forma de comunicarse y comprender a los demás.

A continuación se exponen las principales características del desarrollo psicomotor del niño desde su etapa de recién nacido hasta los 4 años.

Recién nacido.- Sigue la luz con la vista, tono muscular ligeramente aumentado, levanta la cabeza en decúbito ventral. Vocaliza sin aliento. Mira a las caras.

Tres Meses.- Se sienta solo con la cabeza firme. Junta las manos. Se ríe. Sonríe espontáneamente. Balbucea.

Seis meses.- Se sienta solo. Se pasa el cubo de una mano a otra. Voltea al hablarle. Come galletas solo.

Nueve meses.- SE para solo asiendo de los muebles. Coge con el pulgar e índice. Pronuncia papá y mamá. Da palmadas.

Doce meses.- Se mantiene de pie sin ayuda. Toma con precisión las pasas. Dice papá y mamá específicos. Indica lo que quiere.

Quince meses.- Camina bien. Hace una torre con dos cubos. Dice tres palabras aparte de papá y mamá. Imita el quehacer doméstico.

Treinta meses.- Se para en un pie (1 a 2 seg). Imita un puente con tres cubos. Da su nombre y apellido. SE separa de mamá con facilidad.

Treinta y seis meses.- Brinca en un pie. Copia una + . Reconoce tres colores . Se abotona.

Cuarenta y ocho meses.- Marca en línea punta talón. Dibuja tres partes del cuerpo humano. Define 5 palabras. Se viste solo. (14)

INMUNIZACIONES.

La inmunización activa de los niños es un método eficaz para evitar enfermedades y mantener la salud.

Durante las tres últimas décadas, se han desarrollado numerosas vacunas y no puede haber un patrón único e inmutable de vacunación que sea óptimo para todas las situaciones y todas las personas, por lo que deben considerarse algunos puntos fundamentales:

- a).- El peligro de la enfermedad existe en la comunidad.
- b).- Los caminos más útiles para la aplicación práctica.

- c).- Las características particulares de las vacunas.
- d).- Información a los padres sobre las inmunizaciones, las razones de su empleo, las reacciones, los antígenos usados, el esquema y la edad en que deben ser aplicadas.

Como la concentración del antígeno varía en los diferentes preparados, debe consultarse siempre las indicaciones de los fabricantes; las vacunas deben siempre mantenerse refrigeradas y al abrigo de la luz, para conservar su capacidad -- inmunológica.

No deben aplicarse las vacunas cuando hay un proceso infeccioso agudo o fiebre; en caso de que la vacuna produzca fiebre elevada, somnolencia o convulsiones, debe tenerse cuidado de aplicar otras inmunizaciones. (3)

La introducción de la Cartilla Nacional de Vacunación dentro de los documentos oficiales, es una acción sumamente acertada, ya que facilita y hasta en cierto punto obliga a los padres del niño desde el momento mismo de su registro civil, a la aplicación del esquema de inmunización que actualmente se está utilizando, de la misma manera facilita su control.

La Cartilla Nacional de Vacunación consta de una carpeta la cual contiene un número de folio y un número de registro de datos generales como nombre, sexo, fecha de nacimiento, lugar, domicilio y fecha de su registro.

El esquema básico de vacunación es el siguiente:

Edad:	Vacuna:
0-14 años	BCG
2 meses-4 años	Polio y DPT
3 dosis de vacuna con intervalo de 2 meses.	
12 meses	Antisarampionosa.

Las revacunaciones serán de acuerdo al tipo de vacuna empleada y edad de aplicación. (10)

PROGRAMAS DE ATENCION AL NIÑO.

Un programa de salud debe modificar los problemas de salud que tiene el individuo, una familia o bien una comunidad, sin embargo esto es cierto sólo parcialmente, ya que la relación salud enfermedad es resultante de la interacción de situaciones diversas tales como educación, alimentación, economía, la producción, el medio ambiente, la accesibilidad a los servicios de salud etc. (15)

En los últimos tres decenios se han producido avances en la ciencia y la tecnología que han aportado indudables beneficios para la salud de los niños, no obstante; en poblaciones sobre todo rurales y periurbanas no se han recibido los beneficios de esos progresos.

Los programas de atención al niño deben ser flexibles y -- adaptados a las necesidades, los recursos y características socioculturales de cada comunidad. Las actividades de atención al niño deben integrarse a los programas de atención a la familia, núcleo en que el infante nace, crece y se desarrolla. Asimismo, todo contacto de la madre o el niño con los servicios de atención constituyen una oportunidad para enfrentar los problemas de salud personales, con la perspectiva de salud del grupo familiar o de la comunidad, y que, en realidad significa crear nuevos ámbitos permanentes de atención al niño, tanto en los servicios de salud como en el propio hogar y en los lugares de la comunidad donde se cumplan las tareas de producción, educativas o sociales, para que de esta manera se logre el bienestar mediante el esfuerzo compartido entre los servicios de salud y la comunidad.

Los programas de atención al niño deben crear o adaptar tecnologías mediante la elaboración de normas que incorporen los avances más apropiados a las necesidades reales y que atiendan a toda la población evitando concentrar los progresos en grupos privilegiados, sin que con ello se cree una medicina para ricos y otra para pobres, sino realizar una vinculación a los problemas reales de una población para aplicar la tec-

nología de acuerdo a sus necesidades.

Los descubrimientos actuales y los avances efectuados en Biología, inmunología y farmacología generan nuevos conocimientos - para resolver determinadas enfermedades, sin embargo, es probable que la vacunación también permita combatir enfermedades respiratorias agudas, lepra o paludismo , no obstante, se requie--ren tecnologías de operación tan simples , adecuadas a las necesidades rales y estilo de vida de las comunidades que puedan - aplicarse en la atención primaria de salud del niño, pues aún - siguen muriendo niños de tetános, poliomielitis , sarampión y - otras enfermedades prevenibles por vacunación , un beneficio -- que no se ha distribuido a toda la población. (16).

PROGRAMA DE CONTROL DEL NIÑO SANO.

El panorama de la medicina en México se ha desviado hacia la - utilización de recursos económicos para montar grandes hospita- les , con el fin de curar enfermedades y sus complicaciones, pero ésta no es la solución, ya que nuestros problemas de salud - podrían resolverse en base a la medicina preventiva. Tomando en cuenta que la medicina es la misma esencia de la seguridad - social, es trágico encontrar en nuestro medio un gran porcenta- je de niños desnutridos en diversos grados, secundariamente a - la deficiencia d recursos económicos, pero también a la pobre o nula orientación que sobre el aspecto de alimentación tienen tienen los padres debido a ciertas tradiciones o conceptos que se han heredado de generación en generación y que nunca ha lo- grado romper el médico.

Para llevar a efecto el control del niño y mantenerlo en estado de salud , es necesario conocer las enfermedades a que puede estar expuesto ; de acuerdo al tipo de comunidad en que habita , el medio socioeconómico y familiar al que pertenezca , para - así poder dictar las normas preventivas tanto familiares como - comunitarias.

El niño desde el punto de vista médico, no solo se le debe - atender durante el estado de enfermedad, sino que debemos tener conciencia de la necesidad de controlar su estado de salud des-

de la etapa más temprana de la vida, ya que así podremos detectar y tratar a tiempo estados patológicos como las enfermedades congénitas y hereditarias, alteraciones del desarrollo psicomotor, alteraciones o defectos de la nutrición, alteraciones a nivel de los órganos de los sentidos, cuya atención oportuna y adecuada redundará en caso necesario en mejor habilitación del niño.

Para lograr el control del niño sano (CNS) es importante a través de los recursos que ofrece la seguridad social, crear conciencia a todos los niveles: la población, encargados de los planes de salud sobre todo el médico y las autoridades, para que en forma conjunta se logre el beneficio de nuestros niños y de la colectividad en general, dado que más del 50 % de la población la constituyen los niños. (17)(18)

En las instituciones donde existen lugares destinados a la consulta del niño sano, un equipo de personal paramédico o enfermeras especializadas, son las encargadas de enseñar a los padres del niño, la forma adecuada de vigilar por el bienestar de su nuevo hijo. Sin embargo no hay ninguna atención médica particular o institucional, donde el manejo del niño sano se haga en forma integral y completa a través de personal paramédico entrenado. (2)

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL GRUPO INFANTIL.

Desde hace mucho tiempo funciona una definición de salud que trasciende la ausencia de enfermedad y pugna por considerarla equivalente al bienestar físico, social y mental colocándola como una meta inalcanzable para la humanidad. Como una aplicación práctica de éstos conceptos surge la preocupación de conocer y controlar los problemas cuya solución corresponde a la prevención primaria, en base del bienestar cuyo logro mejoraría la calidad de vida actual, sobre todo, del grupo más importante de cualquier comunidad como es el grupo materno infantil. (19)

Es difícil obtener los datos precisos sobre las condiciones de morbilidad en la infancia, en vista de que las enfermedades no transmisibles no se notifican a las autoridades sanitarias.

Las enfermedades transmisibles, muestran tasas de incidencia y prevalencia regional, estacional , así como por grupos de -- edad.

En orden de frecuencia pueden considerarse las siguientes:

- 1.- Desnutrición en sus diversos grados.
- 2.- Infecciones del aparato respiratorio:rinofaringitis, bronquitis y bronconeumonias.
- 3.- Infecciones del aparato digestivo:Diarreas, enteritis y -- sus complicaciones más frecuentes como son el desequilibrio hidroelectrolítico. Parasitosis intestinales.
- 4.- Infecciones generales: Fiebres eruptivas, tosferina , tuber culosis.
- 5.- Condiciones patológicas propias del recién nacido: prematuridad, defectos congénitos.
- 6.- Urgencias.
- 7.- Problemas quirúrgicos del aparato digestivo, del sistema nervioso, del corazón , nefropatías , hemopatías, problemas dermatológicos y trastornos de la conducta.(10)

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal , concurrente, observacional y analítico , acerca del programa institucional de control del niño sano , que se está realizando por el -- personal paramédico de la UMF # 2 en Puebla Pue., para lo cuál se seleccionaron 50 niños al azar, registrados en la forma -- 4-30-6 revisando los expedientes y la forma MF-8 de control del niño sano.

En ella se vigiló crecimiento y desarrollo, desarrollo psicomotor, esquema de inmunizaciones, principales causas de morbilidad, número de consultas otorgadas , así como el seguimiento del paciente al programa.

Se incluyeron niños cuyas edades variaron de RN-6 años , ambos sexos, obtenidos por parto eutócico o cesárea, que estuvieron sanos e incluidos en el programa.

Se excluyeron niños que no acudieran en 2 ocasiones a sus citas , con irregularidades en sus consultas , niños con mal--

formaciones congénitas, hipoxia neonatal , prematuridad y trauma obstétrico.

Se comparó con un grupo control de 50 niños que están siendo controlados por el Médico Familiar del consultorio 17 horario BD; tomándose los mismos criterios de selección y en los cuales se valoraron los mismos parámetros.

La información fué recolectada cada mes y al final se aplicaron las pruebas de significancia de acuerdo a la curva normal, por tratarse de dos variables independientes.

Dicho estudio fué realizado durante los meses de marzo a julio de 1985.

RESULTADOS.

De los 50 niños tomados al azar del programa de control del niño sano (CNS) tanto del paramédico como del médico familiar , solo 45 (90 %) continuaron en control, el 10 % restante (5 niños del paramédico y 5 del médico familiar) abandonó el programa por ser dados de baja por el archivo.

A continuación se presentan los resultados obtenidos:

Tabla 1 .
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE CONTROL DEL NIÑO SANO.
Edades en meses de ambos grupos.

edad en meses	Gpo. en estudio		Gpo. control		total	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frec.	%
1-5	2	4.4	4	8.8	6	6.6
6-10	24	53.3	10	22.2	34	37.7
11-15	13	28.8	7	15.5	20	22.2
16-20	2	4.4	4	8.8	6	6.6
21-25	3	6.6	4	8.8	7	7.7
26-30	-	--	5	11.1	5	11.1
31-35	-	--	3	6.6	3	6.6
36-40	-	--	3	6.6	3	6.6
41-45	1	2.2	4	8.8	5	5.5
46-50	-	--	1	2.2	1	2.2
Total	45	100	45	100	90	100

Fuente: Datos obtenidos de la forma MF-8.

La edad que más predominó en ambos grupos fué de 6 a 15 - meses , siendo el promedio en el grupo en estudio de 8 meses , mientras que para el grupo control de 18 meses, existiendo una diferencia de promedios de 10 meses, lo que nos demuestra que en el grupo control existe un rango más amplio de edades en niños con respecto al grupo en estudio. Est es debido fundamentalmente a que el programa realizado por el grupo en estudio tiene aproximadamente 15 meses de iniciado en la unidad.

Tabla 2 .

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE CONTROL DEL NIÑO SANO.

Sexo en ambos grupos.

Sexo	Gpo. en estudio		Gpo control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Femenino	22	48.8	17	77.7	39	43.3
Masculino	23	51.1	28	62.2	51	56.6
Total	45	100	45	100	90	100

Fuente: Datos obtenidos de la forma MF-8.

Con respecto al sexo encontrado en los niños tenemos que para el grupo en estudio se controlaron 22 niñas y 23 niños. Para el grupo control fueron 17 niñas y 28 niños. En ambos grupos se aprecia predominio del sexo masculino sobre el femenino.

Tabla 3.

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE CONTROL DEL NIÑO SANO.

Peso al nacer en ambos grupos.

Peso al nacer (gr)	Gpo. en estudio		Gpo. control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
2100-2500	5	11.1	9	20	14	15.5
2600-3000	20	44.4	23	51.1	43	47.7
3100-3500	18	40	9	20	27	30.0
3600-4000	1	2.2	4	8.8	5	5.5
4100-4500	1	2.2	-	--	1	2.2
Total	45	100	45	100	90	100

Fuente: Datos obtenidos de la forma MF-8.

Aquí se analiza el peso al nacer, en ambos grupos el peso encontrado fluctuó entre 2100 y 4500 gr., el peso promedio para ambos grupos fué de 2800 gr., por lo que no existe ninguna diferencia en peso para los dos grupos.

Tabla 4 .

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE CONTROL DEL NIÑO SANO.
Peso actual en ambos grupos.

Peso actual Kg.	Gpo. en estudio		Gpo. control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec	%
1-5	-	-	2	4.4	2	2.2
6-10	35	77.7	19	42.4	54	60
11-15	9	20	21	46.4	30	33.3
16-20	1	2.2	3	6.6	4	4.4
Total	45	100	45	100	90	100

Fuente: Datos obtenidos de la forma MF-8.

En la presente tabla se representan los pesos actuales de los niños, en el grupo en estudio fué en promedio de 8 Kg., para el grupo control de 13 Kg. , con una diferencia de promedios para ambos grupos de 10 Kg. Aquí nuevamente se aprecia la influencia de la edad mayor para el grupo control lo cual a su vez influye directamente sobre el peso actual encontrado.

Tabla 5 .

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE CONTROL DEL NIÑO SANO.
 Pérímetro cefálico en ambos grupos.

Perímetro cefálico cm.	Gpo. en estudio		Gpo. control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec	%
31-35	11	0.64	4	5.4	15	6.5
36-40	50	32	18	24	68	29.5
41-45	85	54.8	44	59.4	129	56
46-50	10	6.4	7	9.4	17	7.3
51-55	-	-	1	1.3	1	0.4
Total	156		74		230	100

Fuente: Datos obtenidos de la forma MP-8

El perímetro cefálico promedio para el grupo en estudio y el grupo control fué de 43 cm. Cabe notar aquí que dado que varios pacientes fueron afiliados e incluidos en el programa siendo lactantes mayores o preescolares, no se tiene en todos los datos de perímetro cefálico, ya que como se observó anteriormente (ver tabla 1) la edad promedio del grupo control es mayor. Además también debe hacerse notar que la frecuencia de las citas a menor edad es mayor, lo cual está de acuerdo a lo observado para el grupo en estudio el cual presenta un mayor número de perímetros tomados.

Tabla 6 .

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE CONTROL DEL NIÑO SANO.

Desarrollo psicomotor en ambos grupos.

Edad meses	Gpo. en estudio				Gpo. control				Total	
	Normal		Subnormal		Normal		Subnormal		#	%
	#	%	#	%	#	%	#	%		
1-5	2	4.4	1	2.2	3	6.6	-	-	6	6.6
6-10	14	31	9	20	7	15	3	6	33	36
11-15	10	22	2	4.4	5	11	2	4.4	19	21
16-20	3	6	-	-	3	6	1	2.2	7	7.7
21-25	2	4.4	1	2.2	3	6	1	2.2	7	7.7
26-30	-	-	-	-	4	8.8	2	4.4	6	6.6
31-35	-	-	-	-	2	4.4	1	2.2	3	3.3
36-40	-	-	-	-	2	4.4	1	2.2	3	3.3
41-45	1	2.2	-	-	2	4.4	2	4.4	5	5.5
46-50	-	-	-	-	-	-	1	2.2	1	1.1
Total	32	71.1	13	28	31	68	14	31.1	90	100

Fuente: Datos obtenidos de la forma MF-8.

El desarrollo psicomotor se tomó de acuerdo a las pruebas de desarrollo de Denver, tomándose como normal el desarrollo psicomotor de los niños que cumplían con lo estipulado para el primer año de vida (ver capítulo de crecimiento y desarrollo).

Así encontramos que para el grupo en estudio el 71.1 % tuvo un desarrollo normal, para el grupo control se obtuvo un 68 % de los niños con desarrollo normal, sin apreciarse diferencias significativas para ambos grupos.

Tabla 7 .

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE CONTROL DEL NIÑO SANO.

Inmunizaciones.

Edad en meses	Gpo. en estudio				Gpo. control				Total #
	Completa		Incompleta		Completa		Incompleta		
	#	%	#	%	#	%	#	%	#
1-5	-	-	2	4.4	2	4.4	2	4.4	6
6-10	15	33	9	20	3	6.6	7	15	34
11-15	7	15	4	8.8	2	4.4	5	11	18
16-20	1	2.2	3	6.6	2	4.4	2	4.4	8
21-25	3	6.6	-	-	2	4.4	1	2.2	7
26-30	-	-	-	-	4	8.8	1	2.2	5
31-35	-	-	-	-	3	6.6	-	-	3
36-40	-	-	-	-	2	4.4	1	2.2	3
41-45	-	-	-	-	1	2.2	3	6.6	4
46-50	-	-	-	-	1	2.2	-	-	1
Total	27	60	18	40	22	48	23	51	90

Fuente: Datos obtenidos de la forma MF-8.

De acuerdo a la Cartilla Nacional de Vacunación , se consideró como completo el que de acuerdo al mes de edad , tenía todas las vacunas establecidas para ese mes , y como incompleto para los que les faltaba por lo menos una aplicación del biológico establecido para cada mes.

Del grupo en estudio , el 60 % de los niños tenían el esquema completo , y en el grupo control el 48 % .

Tabla 8 .

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE CONTROL DEL NIÑO SANO.

Consultas otorgadas.

Edad en meses	Gpo. en estudio		Gpo. control		Total
	Consultas	CNS	Consultas	CNS	
1-5	11	7	9	9	36
6-10	77	109	27	30	243
11-15	45	60	25	21	151
16-20	25	23	52	9	109
21 -25	6	7	23	4	40
26-30	-	-	42	10	52
31-35	-	-	29	3	32
36-40	-	-	12	-	12
41-45	-	-	16	2	18
46-50	-	-	3	4	7
Total	164	206	238	92	664

Fuente: Datos obtenidos del expediente clínico.

Con respecto al número de consultas otorgadas, en el presente cuadro se agrupan las consultas por enfermedad y las consultas específicas para control del niño sano.

Se cuantificaron todas las ocasiones que el niño fué llevado a consulta por cualquiera de los dos motivos mencionados.

Para el grupo en estudio encontramos que se otorgaron 164 - consultas por enfermedad y 204 por CNS. Aquí se aprecia que el mayor grupo de edad al que se le consultó fue de 6-10 meses, y uno de los parámetros del programa es que en los menores de un año las citas deben ser cada 60 días.

En el grupo control se proporcionaron 238 consultas por enfermedad y 92 de CNS, esto se debe a que las edades promedio de los niños de este grupo son de 18 meses y por consiguiente el número de citas es menor ya que son citados cada 6 meses.

Tabla 9
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE CONTROL DEL NIÑO SANO
Principales causas de morbilidad

Causa	Gpo en estudio		Gpo control		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Rinofaringitis	34	41.6	31	39.2	65	40.1
Gastroenteritis	26	31.1	23	29.1	49	30.2
Desnutrición	4	4.87	9	11.1	13	8.0
Conjuntivitis	7	8.53	1	1.2	8	4.9
Dermatitis del p.	3	3.79	3	3.7	6	3.7
Prúrigo por I.	1	1.26	1	1.2	2	1.2
Dermatitis	3	3.79	5	6.3	8	4.9
Otitis	3	3.79	1	1.2	4	2.4
I.V.U.	1	1.2	3	3.7	4	2.4
Politraumatizado	-	-	3	3.7	3	1.8
Total	82	100.0	79	100.0	162	100.0

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos.

Entre las principales causas de morbilidad tenemos varios padecimientos que se presentaron en forma constante y durante el estudio, siendo manejados únicamente los totales y tomando en cuenta que algunos niños presentaron en una ó más ocasiones a la vez la misma patología; esta solo se cuantificó una vez.

Así encontramos que para el grupo en estudio se presentaron en un 41.6 % las rinofaringitis y para el grupo control en 39.2 %.

Como segunda causa se presentaron las gastroenteritis con un 31.1 % en el grupo en estudio y 29.1 % para el grupo control.

La desnutrición se observó en un 4.87 % para el grupo en estudio y 11.1 % para el grupo control. Esto se debe a que todo niño desnutrido detectado, debe ser enviado a control por el Médico familiar hasta su recuperación ponderal.

Como cuarta causa de morbilidad se encontraron las conjuntivitis, correspondiendo un 8.5 % para el grupo en estudio y 1.23 % para el grupo control. La siguiente causa son las dermatitis --

del pañal observándose el mismo porcentaje para ambos grupos (4.9 %).

En las dermatitis se incluyeron la dermatitis atópica, impetigo, y eczemas presentándose 3.7 % para el grupo en estudio y 6.5 % para el grupo control. Las otitis fueron más frecuentes en el grupo en estudio, con 3.7 % y solo 1.2 % para el grupo control.

Las I.V.U se observaron en 1.2 % de los pacientes controlados en el grupo en estudio. Para el grupo control se encontró que el 3.79 % presentaban este problema. Debemos recordar la frecuente asociación de las I.V.U con la desnutrición, lo cual está de acuerdo con el número elevado de desnutridos encontrados en el grupo control.

Como última causa de morbilidad se encontró a los politraumatizados en el grupo control con un 3.79 %, en el grupo en estudio no se apreció ningún niño con esta patología.

CONCLUSIONES.

Conforme a los resultados obtenidos, podemos concluir que las diferencias encontradas entre el programa de control del niño sano realizado por el paramédico y el médico familiar no son significativas.

Encontramos que los niños controlados en el grupo en estudio la edad promedio fué de 8 meses, con un rango máximo que varía entre 1-45 meses. Para el grupo control la edad promedio fué de 18 meses. En ambos grupos predominaron las edades de 6-10 meses. La diferencia entre los promedios fué de 10 meses aplicando la desviación estándar encontramos que es de 1.81 -- por lo tanto no es significativo.

Analizando el peso al nacer, se observa que en los dos grupos no existe diferencia, el promedio es de 2800 g y el peso predominante fué de 2600-3000 g.

Con respecto al peso actual, el promedio encontrado para el grupo en estudio fué de 8 Kg, predominando en 6-10 Kg. Para el grupo control fué de 13 Kg con predominio en 11-15 Kg. La diferencia de promedios es de 5 Kg.

Analizando el perímetro cefálico tenemos que para ambos grupos fué de 43 cm en promedio.

El desarrollo psicomotor no tuvo variaciones importantes en ninguno de los dos grupos.

Con respecto al esquema de inmunizaciones fué completo en el 60 %, e incompleto en el 40 % de los niños del grupo en estudio. Comparándolos con el grupo control encontramos que el 48 % fué completo e incompleto en el 51.1 %, una diferencia de promedios de 12.2 %, lo que nos muestra que el grupo en estudio tiene más esquemas de vacunación completos ya que la mayor proporción de niños que maneja son menores de 2 años, y la frecuencia de las citas es mayor, lo que trae como consecuencia una mejor vigilancia tanto en la aplicación de inmunizaciones como en la detección de enfermedades.

En el grupo en estudio se otorgaron 164 consultas por enfermedad y 206 de CNS, para el grupo control se proporcionaron --

164 consultas por enfermedad y 92 por CNS. Esto nos muestra -- que en el grupo control existe más morbilidad , sin embargo , debemos tomar en cuenta que en este grupo se vigilan niños -- desnutridos y aquellos que el paramédico no puede manejar por presentar alguna patología.

Se aprecia también que para ambos grupos las principales causas de morbilidad son las rinofaringoamigdalitis con un 41.4 % y 39.2 , las gastroenteritis con 31.1 % y 29.1 % y en tercer lugar la desnutrición con 4.8 % para el grupo en estudio y -- 11.1 % para el grupo control. Esto es importante , ya que una vez detectados los problemas de desnutrición los niños son canalizados con su Médico Familiar para que este continúe su vigilancia hasta que recuperen su déficit ponderal. Las siguientes causas son las conjuntivitis, dermatosis, otitis e IVU con un porcentaje semejante para ambos grupos (entre 1.2-3.5 %).

Consideramos que el programa se está llevando adecuadamente, aunque es necesario aumentar su cobertura en los niños controlados por el paramédico ya que como se observó predomina la atención en un grupo de edad, con el fin de proporcionarles vigilancia periódica a todos los niños para beneficiar su salud en general.

El personal paramédico se encuentra capacitado para controlar a los niños que no presenten ninguna patología, y a reconocer a un niño con patología para canalizarlo oportunamente con su médico familiar para su manejo. Sin embargo en ningún momento puede sustituir al control otorgado por el médico familiar ya que éste debe tratar la patología que presente el niño hasta su completa resolución ó enviarlo a un segundo nivel para su tratamiento.

Es trascendental hacer hincapié en que el personal paramédico juega un papel principal en la orientación a los padres -- sobre el manejo adecuado de sus hijos , enfatizando sobre la -- importancia que tiene el vigilar periódicamente la salud del -- niño.

RESUMEN.

Se efectuó un estudio acerca del programa institucional de control del niño sano, tomándose 100 niños al azar, cuyo objetivo fué valorar como se está realizando el programa de control del niño sano por el personal paramédico.

Se dividió la muestra en dos grupos de niños, el primero controlado por el paramédico y el segundo por el médico familiar en ambos se valoraron los parámetros incluidos en la forma MF-8, así como la morbilidad general, durante seis meses.

Al final del estudio se analizaron los resultados, concluyendo que no existe ninguna diferencia entre el control otorgado por el paramédico y el médico familiar, lo cual creemos que si se continua llevando de la misma manera y aumentando la cobertura a todos los niños de todas las edades, mejorará la calidad de vida de los niños.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Rousell G. Medicina precortesiana. México Rousell 1975: 25-6.
- 2.- Delgado FJ, Villareal GJ, López US. La clínica del niño sano. Bol Med Hosp Infant Mex 1983;43:89-93.
- 3.- Ramos GR. Crecimiento y desarrollo. Rev Mex Ped 1980;47: 183.
- 4.- Lowrey GH. Historia del crecimiento y desarrollo. Rev Mex IMSS 1980;20:220.
- 5.- Del Castillo DE. La salud orgánica del niño. Gac Med Mex - 1982;20:168-71.
- 6.- Frenk S. La nutrición de los mexicanos (1a. parte). Rev Mex Ped 1980;47:7-8.
- 7.- Frenk S. La nutrición de los mexicanos (2a. parte). Rev. Mex Ped 1980;47:63-4.
- 8.- Gordillo PG. El niño, su médico y como formarlo. Bol Med - Hosp Infant Mex 1982;39:77-0.
- 9.- Ramos A. Atención médica del niño en el medio rural. Rev Mex Ped 1982;49:260.
- 10.- Valenzuela HR. Vigilancia del niño sano. En Valenzuela HR, Luengas BJ, Marquet SL, ed Manual de Pediatría. Naucalpan - de Juárez Estado de México: Interamericana, 1980:780-7.
- 11.- Ramos GR. Análisis de dos estudios de peso y talla hechos con 50 años de diferencia en niños de la ciudad de México. Bol Med Hosp Infant Mex 1978;23:441-62.
- 12.- Ramos GR. Otras consideraciones sobre la interpretación - adecuada del peso y la talla. Rev Mex Ped 1980;47:11-6.
- 13.- Anonymous. Mediciones físicas y de ciertas constantes vitales en la infancia. Rev Mex Ped 1982;49:551-7.
- 14.- ISSSTE. Lineamientos generales y normas técnicas para el desarrollo del programa de atención infantil México: ISSSTE , 1982 (Manual de Medicina Preventiva).
- 15.- García AJ, Silva RL. La evaluación y sus sistematización en los programas de salud. Rev Fac Med Mex 1982;23:15-21.
- 16.- Moreno ME. Atención primaria de salud del niño. Rev Mex Ped 1983;49:366-72.

- 17.- Del Villar PJ, Lemus SH, Pérez AN. El control del niño sa
no como parte de la medicina institucional. Bol Med Hosp -
Infant Mex 1978;35:926-36.
- 18.- Hendricke TA. How effective are our child healt clinics?.
British Medical Journal 1982;284:575-7.
- 19.-Aranda E. Síndrome del niño maltratado. Bol Med Hosp Infant
Mex 1979;36:923.