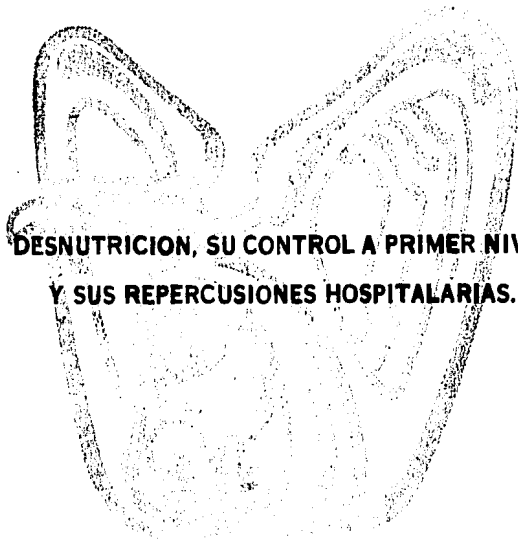




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DESNUTRICION, SU CONTROL A PRIMER NIVEL
Y SUS REPERCUSIONES HOSPITALARIAS.

Tesis Recepcional

PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

Dra. Juana Nájera Soto

FALLA DE ORIGEN

ENERO, 1987.



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 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

	pag.
Introducción	1
Antecedentes Científicos	2
Observación	11
Planteamiento del Problema	12
Objetivos generales	12
Objetivos específicos	13
Hipótesis General	13
Hipótesis de trabajo	14
Diseño de la Investigación	15
Desarrollo de la Investigación	18
Calendario de Actividades	20
Cronograma de Actividades	21
Resultados	22
Cuadros y Gráficas	23-48
Resultados de Entrevistas	49
Contrastación de Hipótesis	52
Interpretación y Análisis de resultados	67
Conclusiones	74
Sugerencias	75
Bibliografía	76
Anexos	79

**" Desnutricion, su control a primer nivel de
atención y sus repercusiones hospitalarias "**

I N T R O D U C I O N

Siendo la desnutrición una de las enfermedades de mayores consecuencias para la salud principalmente en los países subdesarrollados, ya que al asociarse a enfermedades infecto-contagiosas incrementa los índices de morbi-mortalidad en la población infantil; por lo que el estado nutricional de una población es reflejo de la salud y condiciones de vida de sus habitantes.

En México desde el punto de vista médico institucional se ha tratado de incidir sobre la desnutrición de varias maneras, específicamente en el IMSS, implantando programas a nivel preventivo.

El presente estudio trata de establecer como repercute la desnutrición sobre la morbi-mortalidad, utilización de los recursos de salud y el costo de la atención médica en una unidad de 2o. nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como de constatar si las acciones implementadas en las unidades de primer nivel de salud repercuten en el estado nutricional del paciente hospitalizado. Para lo cual se realiza un estudio de casos y testigos, tomando una muestra de pacientes hospitalizados en el Hospital General de Zona No. 57, aplicando una encuesta y utilizando los expedientes clínicos y tarjetas de registro hospitalario a fin de establecer la repercusión de la desnutrición sobre la morbi-mortalidad hospitalaria; posteriormente se siguen a sus Unidades de Medicina Familiar correspondientes, donde se trata de constatar a través de expedientes y entrevistas las acciones preventivas implementadas y valorar su influencia sobre el estado nutricional del paciente hospitalizado.

Por último se somete a análisis estadístico los datos obtenidos de la información recolectada, realizando un análisis de los resultados, lo que lleva a conclusiones y sugerencias sobre los mismos.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Conceptos Generales.

La palabra desnutrición, señala toda — pérdida anormal de peso sufrida por el organismo, desde la — más ligera hasta la más grave (1,2). Cuando un organismo — pluricelular no recibe en su alimentación las cantidades nece- sarias de uno o más de los nutrientes, ó cuando existen obstá- culos para que los aproveche correctamente todas las células corren peligro de muerte; para evitarlo se ponen en juego una serie de mecanismos homeostáticos que permiten la superviven- cia inmediata, ya que llega un momento en que las reservas — se agotan, el consumo de los tejidos propios ó la reducción — de las funciones son incompatibles con la vida. Sin embargo el periodo prolongado de supervivencia en que se mantiene, — brinda la oportunidad de actuar sobre algunas causas que pro- pician el mal aprovechamiento de los nutrientes, y otras ve- ces sobre la alimentación insuficiente (2).

Este esfuerzo por sobrevivir se conoce como DESNUTRICION — que podría conceptuarse como un estado de transición entre la vida sana del organismo bien nutrido, y la muerte que resulta de la falta de nutrientes cuando ésta no se corrige oportuna- mente. Su duración es muy variable y depende de la gravedad del déficit nutricional y las medidas correctivas que se tomen.

Los mecanismos de supervivencia del organismo desnutrido — siguen un principio general, "el mantener de la mejor manera posible los tejidos y funciones más importantes para la vida — aún a costa del deterioro de aquellas que no son estrictamente necesarias para tal propósito" (3).

En general la desnutrición se observa en todas las edades, pero el grupo más afectado es el infantil y de éste la edad — preescolar, encontrando entre los factores que influyen: haber concluido la alimentación al seno materno, quedando condicio- nada la supervivencia a una alimentación adecuada, la cual no

siempre es posible por la falta de educación e inaccesibilidad a los alimentos; así mismo la ablactación acarrea el riesgo de contraer infecciones gastrointestinales, que repercuten negativamente sobre el estado nutricional (4). La desaceleración del crecimiento y desarrollo sufrida por el niño, determina una estatura menor y masa corporal, que provoca una desproporción morfológica, que aún cuando se corrija la causa el sujeto vuelva a crecer a la velocidad normal, ya no se recuperará el tiempo perdido, llegando a una edad adulta con una talla baja (3,5).

En la actualidad se ha adoptado una manera general de clasificar la desnutrición, de acuerdo al déficit de peso que presenta el organismo en relación al ideal; la cual fué sugerida por Gómez y que consiste en considerar que hay desnutrición de I grado cuando el organismo presenta un déficit del 10-25% de peso en relación al ideal, de II grado cuando dicho déficit va del 26-40% y de III cuando es mayor de 40% (1).

Por supuesto que se deben valorar las condiciones de cada caso, teniendo en cuenta no solo el peso, sino las otras medidas antropométricas y los signos asociados, teniendo de los más importantes en éstos últimos los signos universales, circunstanciales y agregados (5).

En un sentido más amplio, conviene considerar la desnutrición según: el grado, la edad, y trastornos metabólicos presentes, lo cual nos dará los datos clínicos específicos (2,5).

Parámetros Antropométricos que determinan la desnutrición:

El estado nutricional de una población, es reflejo de la salud de sus habitantes y de sus condiciones de vida, lo cual ha llevado a buscar indicadores precisos para medirla.

Un indicador o índice es la combinación de uno o más parámetros antropométricos, que describen algún aspecto del estado nutricional. los índices más frecuentemente utilizados son: peso/talla, talla/edad, peso/edad, etc.

El peso es el más utilizado e indica la suma del crecimiento lineal y cúbico alcanzado en un momento dado de la vida del individuo, por lo general se relaciona con la edad, formando el índice peso/edad, considerado el más eficaz para valorar el estado nutricional (6).

La talla es el resultado de la historia nutricional, se afecta más lentamente que el peso y a diferencia de éste no se recupera totalmente, además se puede bajar de peso pero no de talla, simplemente se deja de crecer y al combinarse con la edad tenemos el índice talla/edad, que indica desnutrición crónica a diferencia del peso. Teniendo de lo anterior:

Talla/edad normal y peso/talla normal = niño sano

talla/edad normal y peso/talla bajo = desnutrición aguda

talla/edad bajo y peso/talla normal = desnutrición pasada y recuperada.

Talla/edad baja y peso/talla bajo = desnutrición crónica (4).

Cuando se habla de indicadores se tiene que hacer también uso de patrones de referencia y por lo general se recomienda que sean locales, además se deben emplear normas de referencia generales aunque sean genéticamente inadecuadas, lo cual proporciona una escala con la cual pueden compararse los resultados de las encuestas en diferentes épocas y lugares. En México se utilizan las tablas del Dr Ramos Galván como patron de referencia (7). Otros indicadores utilizados son el perímetro del brazo, perímetro cefálico y de la pierna (8).

Consecuencias y Causalidad de la Desnutrición:

Se sabe de la relación sinérgica desnutrición-infección la cual ha sido tratada de explicar de dos formas:

- a) En la mayoría de las veces se toma como consecuencia de la capacidad inmunitaria deficiente, lo cual facilita la diseminación del proceso infeccioso (9,10).
- b) La explicación de García Tamayo, menos difundida señala, que la relación infección-desnutrición, se relaciona mucho

más con las condiciones sanitarias deficientes del medio ambiente, ya que las deficiencias inmunitarias parecen estar compensadas por mecanismos de la inmunoadaptación compensatorios, que solo fallan en situaciones extremas y que participan en la facilitación de las infecciones, cuando se suman todos los factores negativos, higiénicos y culturales que en general aporta la pobreza (11).

debido a ésta unión, se incrementa el índice de mortalidad y morbilidad de una población principalmente infantil. Así mismo una desnutrición temprana que se refleja en niños con baja estatura, puede ser el punto de partida para un patrón de desarrollo neurovegetativo inadecuado, falla escolar y funcionamiento adaptativo subsecuente por abajo de lo normal, lo que se reflejará en individuos poco productivos para la sociedad. Todo esto nos permite entender que la desnutrición se encuentra extraordinariamente difundida entre los países llamados del tercer mundo, constituyendo la patología más frecuente la causa más importante y el padecimiento cuya erradicación aumentaría la esperanza de vida de la población, lo que daría a la desnutrición máxima prioridad en la asignación de recursos para combatirla, por parte del sector salud.

Por otro lado el número exacto de desnutridos se desconoce intuyéndose que el problema es enorme y que las implicaciones de la decisión política para solucionarla son de gran trascendencia. Sin embargo, el hecho de desconocer su magnitud real y las causas específicas, puede influir para que el problema no se enfrente y mucho menos se modifique favorablemente, pues en su causalidad intervienen factores elementales de organización social, política y económica; teniendo en los países donde prevalecen los más altos índices de desnutrición, una serie de inconvenientes estructurales para reconocerla, ya que incide en sectores de población que tienen una escasa participación en el ingreso nacional y por lo tanto no pueden generar una demanda económica con su padecimiento, cuya preven-

ción y terapéutica no parece sencilla, ya que obliga como ningún otro padecimiento a poner en práctica una visión interdisciplinaria, con áreas que están por fuera del sector salud, — como lo es la estructura del sistema productivo y distributivo. Así para explicar la cadena de hechos que culminan en un enfermo muerto por desnutrición, obliga la participación de científicos, políticos, sociólogos, historiadores, economistas, — economistas agrarios, psicólogos sociales y nutricionistas, — que investiguen la sociedad de la que se trata, distribución, consumo de alimentos y necesidades, demanda y satisfacciones del mismo, así como consideraciones acerca del mercado mundial de alimentos y de las relaciones entre naciones en un mundo — cada vez más integrado y transnacionalizado (12).

En el año de 1970 se inició a nivel mundial un proceso deficitario de alimentos, poniendo en evidencia varios hechos de índole política y económica, agregándose además problemas climatológicos como la sequía, produciéndose una "crisis" alimentaria que afectó sobre todo a los sectores de bajos recursos — llevando a ciertas ideas o mitos sobre el problema alimentario mundial (13). " En esa época se atribuyó el fenómeno a la sequía, juzgándose transitoria, sin embargo la evolución posterior, ha demostrado que dicha explicación es simplista" (14). Siendo otra explicación más aceptada, " que el proceso mismo de aumento de la concentración del control sobre los recursos productivos y alimenticios a través de la agroindustria transnacional es una de las principales causas del hambre en los países subdesarrollados " (13). Teniendo la desnutrición como fondo un sistema social capitalista que produce niños desnutridos generación tras generación, a través de mecanismos sociales entre los cuales destacan el bajo poder adquisitivo de la población, acceso limitado a bienes de consumo y servicios de una limitada movilidad social, estableciéndose una relación de dominio/dependencia (15). Esto hace necesario reconocer — la desnutrición en nuestro país a pesar de las limitaciones — que puedan encontrarse.

Situación Nutricional En México.

De acuerdo con estudios realizados durante el periodo de - 1957 a 1970 encontramos:

- a) En México existen diversos patrones dietéticos, la mayoría de los cuales se basan en dietas de maíz y frijol como base
- b) La dieta más deficiente se encuentra en el medio rural y - los cinturones de miseria de las ciudades.
- c) La zona más afectada del país es el Sureste, donde solo el 11% de la población presenta un crecimiento adecuado.
- d) Más de la mitad de la población mexicana está subalimentada
- e) La desnutrición afecta principalmente a la población infantil y las madres embarazadas (3,16).

En 1970, México era autosuficiente en la mayoría de los alimentos básicos e incluso se consideraba exportador, aún cuando parte de la población estuviera mal alimentada, pero de 1970-79 ocurren cambios económicos importantes, caracterizándose - el periodo por pérdida de la autosuficiencia alimentaria, con surgimiento de la inflación relativamente intensa por la devaluación del peso y el "auge petrolero", aunado al crecimiento de la población de 48 a 65 millones e intensa migración del - campo a la ciudad, formándose hacentamientos miserables alrededor de la ciudad, donde priva la insalubridad y el hambre.

Para 1975 el 30% de la población del sector más pobre disponía del 10% de los productos agrícolas, mientras que el --- acomodado no más del 15% disponía del 50% de dicha producción. En 1980 la dieta sigue siendo la misma y más distorsionada por el consumo de alimentos chatarra que contribuyen a disminuir - los recursos económicos para adquirir alimentos de mejor cali dad(17).

Por otro lado, estadísticamente falta información confiable que origina que se subestime la desnutrición en países donde - es más frecuente. México es uno de ellos, pero también de --

los que cuenta con mayor información y oficialmente se acepta la falta de la misma, en donde la cuarta parte de la población no tiene acceso a ningún sistema de cobertura médica institucional que genere estadísticas, incluyéndose en éstas la rural y marginal urbana, que son las más afectadas, sesgando su medición real (12,17).

Para 1970 en México se señalaba que el 90% de las defunciones en niños menores de 4 años son consecuencia directa o indirecta de la desnutrición, y que una de cada cuatro niños — la presenta en algún grado. En 1976 Conacyt señala que solo el 22% de los niños menores de 4 años en zona rural y el 40% en las urbanas tiene peso y estatura normal (17).

Internacionalmente se acepta que la mortalidad en grupos menores de 4 años es la que mejor revela las condiciones generales de vida y salud de una población. En la investigación interamericana de mortalidad en la niñez organizada por la Oficina Sanitaria panamericana y realizada en Latinoamérica en 1970, se encontró que el 57% de los niños fallecidos antes de los 5 años presentaban algún problema nutricional como causa básica asociada a problemas infecciosos; en nuestro país, para 1971 las principales causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años están ocupadas por enfermedades infecciosas respiratorias y gastrointestinales en primer lugar, ocupando la desnutrición el sexto lugar (18).

En el Hospital de urgencias pediátricas del desaparecido — OMN en el IMSS, las causas principales de hospitalización en el periodo de 1968-72 lo constituyeron los padecimientos respiratorios y gastrointestinales infecciosos, y casi la mitad — (48.57%) del total de ingresos, presentaba algún grado de desnutrición, relacionándose directamente el tiempo de estancia con la edad, estado nutricional y padecimientos infecciosos presentes, presentando además el 65.49% de los reingresos y el 70% de las muertes algún grado de desnutrición (19).

Otro estudio realizado en el hospital de pediatría del CMR del IMSS en 1985 muestra que a menor edad del paciente hospita

lizado, aumenta el grado de desnutrición, las complicaciones y se incrementa la estancia hospitalaria (20).

De lo anterior deducimos que la desnutrición/infección — forma un círculo vicioso que repercute en la morbi-mortalidad hospitalaria, infantil y nacional.

Hasta ahora no existe todavía mejor manera de reducir los costos de un hospital, que la utilización completa y adecuada de sus camas, lo que implica evitar el uso innecesario y prolongado de los medios hospitalarios, prevaleciendo en nuestros hospitales aún salas con pacientes sometidos a cuidados complementarios relativamente simples, enfermos que al superar el cuadro agudo permanecen internados por persistir en ellos los estigmas de su padecimiento básico una vez superado el cuadro agudo. Por lo que es fundamental que en las unidades de primer nivel, su acción deba encaminarse a la atención inmediata de la patología dominante, aplicando las medidas preventivas y de rehabilitación adecuadas a cada caso, con incorporación del paciente a un programa dietético ajustado a las prestaciones sociales aplicables y posibilidades familiares. — Así las unidades médicas de primer nivel deberían contar con una sección que funcionara como centro de orientación y recuperación nutricional, en donde se actuara en colaboración con las madres de familia (21).

Por último en cuanto a las acciones concretas encaminadas a incidir sobre la desnutrición, desde el punto de vista médico institucional, se han realizado muchos programas (22), específicamente en el IMSS, se ha tratado de consolidar los servicios preventivos, implantando programas a nivel nacional de ésta índole entre los que se encuentran el programa materno-infantil y control del niño sano, anteriormente de vigilancia nutricional, dichos programas se han encaminado a mantener la salud y en lo que se refiere al problema de estudio la detección temprana y control adecuado de alteraciones en el crecimiento y desarrollo infantil (23,24). Así tenemos que la finalidad del

programa del niño sano es disminuir la morbi-mortalidad infantil y preescolar, identificando y valorando los riesgos que se presentan durante el crecimiento y desarrollo de los niños de 0-4 años, por un equipo multidisciplinario, formado por el médico familiar, trabajadora social, enfermera y dietista, teniendo como instrumento de registro la forma MF/8, donde se valora además del incremento ponderal mensual o bimestral en el primer año, trimestral los siguientes dos años y semestral de 2-4 años; vacunación, desarrollo psicomotor, perímetro cefálico y dotación láctea proporcionada en caso necesario. Reconociéndose en dicho programa las limitaciones de los recursos económicos por los que atraviesa el país, que originan pérdida del poder adquisitivo y por lo tanto hábitos de consumo deficientes, que repercutirán en el crecimiento y desarrollo adecuado, por lo que el medio ambiente que rodea al individuo, - muy difícilmente se modificará positivamente a corto plazo -- (24). Y como se mencionó en otro apartado, más difícilmente se modificará el problema político-económico de fondo por el que atraviesan los países latinoamericanos de los cuales formamos parte y que se acrecienta día con día; lo cual no impide, que desde el punto de vista médico se intente dar una mejor atención y protección de la población derechohabiente expuesta o víctima del problema y en el mejor de los casos a la población en general.

OBSERVACION:

En el hospital General de Zona No. 57, se observó que durante el año de 1985, requirieron ser hospitalizados en el 4o. piso un total de 1938 pacientes pediátricos, de los cuales aproximadamente el 54.9% presentaba algún grado de desnutrición⁺.

De lo anterior surge la inquietud de saber:

- A) Como repercute la desnutrición sobre la morbilidad, utilización de los recursos hospitalarios y costo de la atención médica en el H.G.Z. No. 57

- B) Conocer de que manera inciden las acciones que se realizan a primer nivel de atención en el estado nutricional del paciente hospitalizado.

+ FUENTE: Archivo del 4o. piso del H.G.Z. No. 57

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En el presente estudio nos enfocaremos a reconocer como la desnutrición en grupos de edad vulnerables, favorece la presencia de patología infecto-contagiosa agregada (gastrointestinal y respiratoria), incrementando la morbi-mortalidad y el costo de la atención médico-hospitalaria. Así mismo se identificarán las acciones realizadas en el primer nivel de atención para el control, detección y prevención de la desnutrición y su influencia en el estado nutricional del paciente hospitalizado.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la repercusión de la desnutrición sobre la morbi-mortalidad, utilización de los servicios y el costo de la atención médica -- hospitalaria. Así como la influencia de las acciones realizadas a primer nivel, sobre el estado nutricional del paciente hospitalizado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar que la desnutrición, en grupos de edad vulnerables, favorece la presencia de -patología infecto-contagiosa agregada.
- Determinar que la desnutrición con patología infecciosa agregada, incrementa los días estancia y costo de atención médica hospitalaria.
- Identificar que tipo de acciones se siguen - en el primer nivel de atención ante el paciente desnutrido.
- Determinar la influencia que tienen las acciones identificadas sobre el estado nutricional del paciente desnutrido hospitalizado.

HIPOTESIS GENERAL:

La desnutrición repercute sobre la morbi-mortalidad, utilización de servicios y el costo de atención médica hospitalaria, influyendo las acciones realizadas a primer nivel sobre el estado nutricional del paciente hospitalizado.

HIPOTESIS:

- H_{0.1} La desnutrición asociada a patología infeciosa agregada (gastrointestinal y respiratoria) No aumenta la morbilidad hospitalaria.
- H_{1.1} La desnutrición asociada a patología infeciosa agregada, Aumenta la morbilidad hospitalaria.
- H_{0.2} La desnutrición asociada a patología infeciosa agregada, No aumenta la mortalidad hospitalaria.
- H_{1.2} La desnutrición asociada a patología infeciosa agregada, Aumenta la mortalidad hospitalaria.
- H_{0.3} La desnutrición asociada a patología infeciosa agregada, No aumenta los días estancia y los costos de atención médica hospitalaria.
- H_{1.3} La desnutrición asociada a patología infeciosa, aumenta los días estancia y los costos de atención médica hospitalaria.
- H_{0.4} Las acciones previas implementadas a primer nivel, No influye en el estado nutricional del paciente desnutrido hospitalizado.
- H_{1.4} Las acciones previas implementadas a primer nivel, influyen en el estado nutricional del paciente desnutrido hospitalizado.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Partiendo de la premisa de que la desnutrición en grupos de edad vulnerables, aumenta la morbi-mortalidad hospitalaria y que las acciones implementadas a primer nivel influyen en el estado nutricional del paciente — desnutrido hospitalizado; se procedió a estudiar a los niños desnutridos y eutróficos hospitalizados en el 4o. piso del H.G.Z. No. 57 del IMSS, cuyas edades comprendían de 1 mes a 5 años de edad, adscritos a las UMF 60,62 y 64, que requirieron hospitalización en el periodo de abril-junio de 1986 y que reunieron los criterios de inclusión. Así también se investigaron las acciones implementadas para el diagnóstico, control y prevención de la desnutrición en las UMF mencionadas.

Los criterios de inclusión y exclusión tanto para el grupo control como para el de estudio son los siguientes:

CRITERIOS DE INCLUSION:

grupo Control: se incluyeron niños eutróficos, cuyas edades comprendían de 1 mes a 5 años, hospitalizados en el 4o. piso del HGZ No. 57, con patología infecciosa gastrointestinal o respiratoria agregada y adscritos a las unidades de medicina familiar No. 60,62, y 64, que hayan o no tenido previamente control nutricional.

grupo Estudio: los mismos criterios, solo que en lugar de eutróficos, presenten algún grado de desnutrición.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Tanto para el grupo control como de estudio: se excluyeron aquellos niños menores de 1 mes o mayores de 5 años hospitalizados en el 4o. piso del HGZ 57, que hayan sido prematuros al nacimiento, que presentaban alteraciones metabólicas, quirúrgicas, congénitas o padecimientos no gastrointestinales o respiratorios y aquellos pacientes pertenecientes

a UMF diferentes a la 60,62 y 64.

SITUACION GEOGRAFICA:

El presente estudio se realizó en el -
área de cobertura del HGZ No. 57 del IMSS, delegación 1 del
Valle de México.

TIEMPO DE DURACION:

fué de aproximadamente 17 meses, abarcando del mes de agosto de 1985 al mes de diciembre de 1986.
El cronograma de actividades, se detalla más adelante.

MATERIAL:

1.- Recursos Humanos:

1 médico residente de Medicina Familiar
1 médico asesor.

2.- Recursos Materiales:

Los necesarios para la elaboración del estudio:
papelería en general, lápices, bolígrafos, expedientes clínicos del HGZ No. 57 y UMF correspondiente, tarjetas de registro del HGZ No. 57, enuestas y entrevistas.

3.- Recursos Financieros:

Los gastos derivados del estudio, fueron cubiertos en su totalidad por el médico residente encargado de la realización de la investigación.

METODOLOGIA:

Una vez cumplidas las primeras etapas de la investigación, se procedió a seleccionar la forma de obtener la información, la cual se dividió en dos partes. La primera

se realizó en el HGZ 57 de la siguiente manera:

- a) Del expediente clínico se obtuvo: la edad, peso (descartando deshidratación), talla, diagnósticos establecidos, fecha de ingreso y UMF correspondiente. Para poder calificarlo de eutrófico o desnutrido a partir de los 3 primeros indicadores se calcula: peso/edad, talla/edad, peso talla. Tomando como normal la media $\pm 10\%$ y la clasificación de Gómez (1), y, como patrón de referencia las tablas del Dr Ramos Galván (27).
- b) De las tarjetas de registro hospitalario, se confirma la fecha de ingreso y egreso, diagnósticos y defunción o envío a tercer nivel.
- c) Se aplicó un cuestionario a las madres de los pacientes incluidos, el cual se dividió en cuatro apartados y constó de 22 preguntas, dentro de las cuales se encontraban preguntas que funcionaban como distractoras y otras que exploraban aspectos relacionados con la investigación.

La segunda parte de la información se obtuvo de las UMF 60 62 y 64 correspondientes, de la siguiente forma:

- a) se investigaron las acciones realizadas en cada UMF ante un paciente desnutrido, las cuales se obtuvieron por entrevista directa a un jefe de departamento clínico, un médico familiar, una trabajadora social (tomados al azar) y la dietista.
- b) Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes desnutridos y eutróficos, con el antecedente de haber acudido a su UMF por más de 3 meses previos a la fecha de hospitalización, para valorar la repercusión de las acciones realizadas sobre el estado nutricional; obteniéndose la edad, peso, talla en la primer consulta y previa a la fecha de hospitalización, así como las acciones implementadas tendientes a mejorar o conservar su estado nutricional.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se obtuvo mediante determinación estadística, ya que se conocía que en el lapso de abril a junio de 1985 requirieron ser hospitalizados en el HGZ 57, 506 -- niños, de los cuales el 50% aproximadamente presentaba algún grado de desnutrición+. Por lo que se aplicó la siguiente fórmula con el 95% de nivel de significancia para muestras finitas:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot pq}{d^2(n-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

- N= tamaño de la población (506)
- Z= Nivel de significancia (1.96)
- p= proporción estimada de niños desnutridos (0.5)
- q=1-p(0.5)
- d= nivel de significancia (0.05)
- n= 218 pacientes.

109 pacientes desnutridos (estudio)

109 pacientes eutróficos (control)

Las circunstancias que originaron que el grupo control se redujera serán comentadas más adelante.

Para la contrastación de las hipótesis se aplicó la prueba de "CHI" cuadrada (χ^2) y corrección de Yates.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACION:

Hecha la observación, elaborados los objetivos, elección del asesor y establecidos los talleres metodológicos, se procedió a la recolección de la parte de la información en el HGZ 57, el primer problema en

+Fuente: archivo del HGZ 57 4o. piso.

contrado es que no se pudo obtener el grupo control calculado de 109 pacientes, aún extendiendo a dos meses más la captación de la información, quedando la muestra compuesta de 43 pacientes eutróficos y en el grupo estudio 175 pacientes desnutridos.

La aplicación del cuestionario y obtención de la información de los expedientes y tarjetas de registro hospitalario se realizó sin ningún problema, obteniéndose buena colaboración de las madres y ayuda del personal de enfermería y médico del psio.

En la segunda parte, se realizaron las entrevistas planeadas, pero al consultar los expedientes en las UMF, nos encontramos con información incompleta o deficiente, lo cual impidió reunir los 159 casos previstos, de los pacientes que habían acudido previamente a su UMF durante más de 3 meses quedando 60 pacientes, divididos en 10 eutróficos y 50 desnutridos.

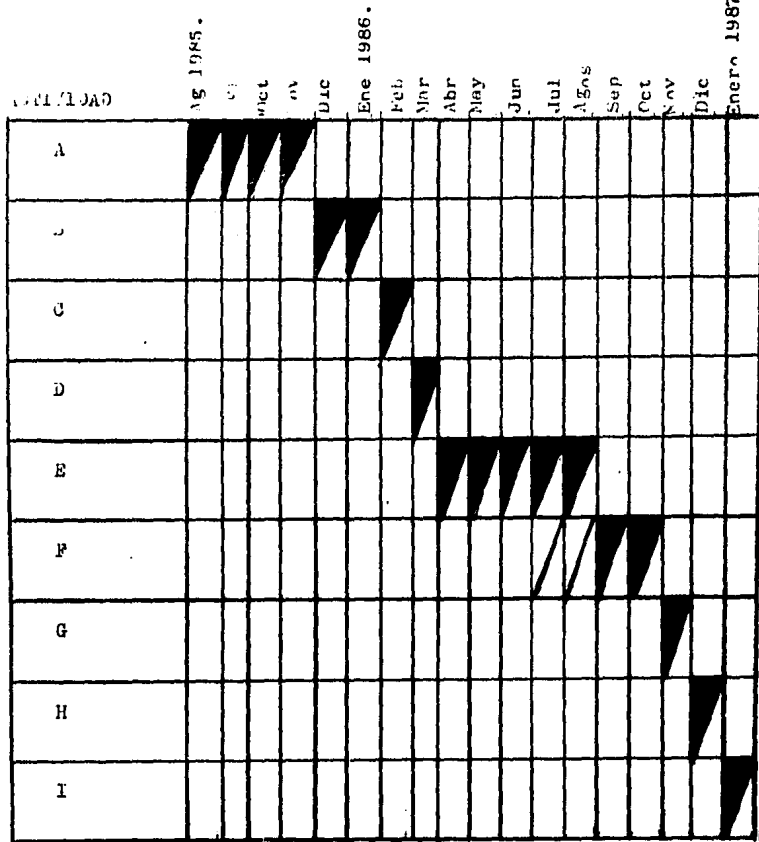
Una vez que se obtuvieron los datos necesarios, se procedió a organizar la información en tablas, gráficas y se elaboraron cuadros de contingencia para comprobación o disprobación de las hipótesis, procediendo a realizar el análisis e interpretación de los resultados, elaborando las conclusiones y sugerencias, se presenta ante el asesor y jefatura de enseñanza y una vez hechas las correcciones pertinentes, se procede a la impresión de la tesis.

Por último, respecto al calendario de actividades, éste sufrió algunas modificaciones, siendo necesario realizar una serie de ajustes al final por situaciones que no pudieron ser controladas, pero de cualquier forma se considera que la investigación se realizó dentro del periodo de tiempo establecido.

CALENDARIO DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD	MES	AÑO
(A) observación, búsqueda de bibliografía, elaboración de objetivos presentación al asesor.	agosto-Nov.	1985
(B) Planteamiento del problema, elaboración del marco teórico, hipótesis, visita al asesor, presentación ante comité de ética e investigación de UMF 33	diciem-Ene	1986
(C) Ampliación del marco teórico visita al asesor.	febrero	1986
(D) Correcciones finales a protocolo impresión de cuestionarios, visita al asesor.	marzo	1986
(E) Aplicación del cuestionario al grupo control y estudio.	abril-agos	1986
(F) Recolección de la información en UMF 60, 62 y 64	sept-oct.	1986
(G) Vaciado de datos, análisis e interpretación de resultados, visita al asesor.	noviembre	1986
(H) Conclusiones, sugerencias, detalles finales, visita al asesor, - presentación ante jefatura de enseñanza.	diciembre	1986
(I) impresión de tesis	Enero	1987

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.



planeado

realizado.

RESULTADOS

En éste apartado, se encuentran los resultados - obtenidos de la investigación, de toda la información recopilada, de los cuestionarios se seleccionaron las preguntas que se consideraban de mayor importancia, es decir las relacionadas con los objetivos planteados y por ende con las hipótesis - propuestas.

Cabe recalcar que el grupo control quedó con 43 pacientes y el de estudio con 175; y para la última hipótesis el grupo control de 10 y 50 el grupo de estudio.

Abreviaturas Utilizadas:

\bar{X} = media aritmética

Mdn = mediana

Mo = Moda

S = desviación estándar

S^2 = variancia

CV = coeficiente de variación

R = rango

3 = sesgo

4 = curtosis

X^2_r = chí cuadrada obtenida

X^2_t = chí cuadrada esperada.

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DEL
GRUPO DE ESTUDIO (DESNUTRIDOS).

H.G.Z. No. 57
abril-agosto 1986.

CUADRO No. 1

INTERVALO DE EDAD (meses)	P.M.	fx	%fx	fa	%fa
49-60	54.5	2	1.14	175	100.00
37-48	42.5	1	0.57	173	98.85
25-36	30.5	3	1.71	172	98.28
13-24	18.5	24	13.72	169	96.57
1-12	6.4	145	82.85	145	82.85

$\bar{X} = 9.3$
 $Mo = 6.5$
 $Med = 7.74$
 $R = 59$
 $S = 7.45$
 $S^2 = 55.50$
 $CV = 80.11$
 $\alpha_3 = 3.67$
 $\alpha_4 = 19.20$

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DEL
GRUPO DE CONTROL (EUTROPICOS)

H.G.Z. No. 57
abril-agosto 1986.

CUADRO No. 2

INTERVALO DE EDAD (meses)	P.M.	Fx	%fx	fa	%fa
49-60	54.5	-	0	43	100.00
37-48	42.5	2	4.65	43	100.00
25-36	30.5	4	9.30	41	95.34
13-24	18.5	6	13.96	37	86.04
1-12	6.5	31	72.09	31	72.09

$\bar{X} = 12.08$
 $Mo = 6.5$
 $Min = 8.82$
 $R = 59$
 $S = 10.13$
 $S^2 = 102.61$
 $CV = 83.85$
 $\alpha_3 = 1.73$
 $\alpha_4 = 4.89$

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

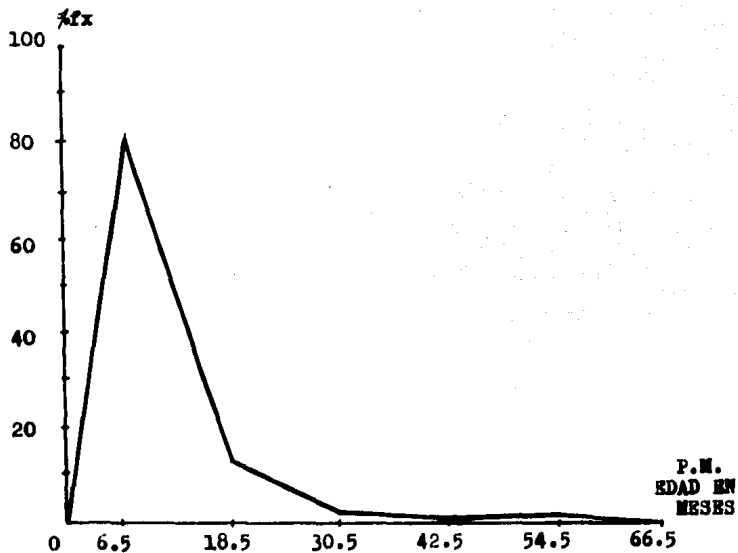
DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DEL

GRUPO DE ESTUDIO (DESNUTRIDOS)

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986

GRAFICA No. 1



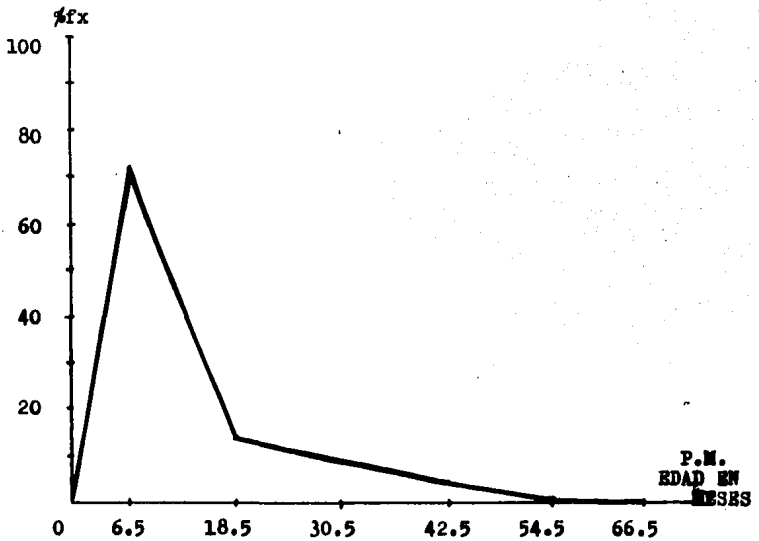
FUENTE: investigación personal.

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DEL
GRUPO CONTROL (EUTROFICOS)

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986

GRAFICA No. 2



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

DISTRIBUCION POR GRADO DE DESNUTRICION

DEL GRUPO DE ESTUDIO

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986.

CUADRO No. 3

GRADO DE DESNUTRICION	Fx	%fx	fa	%fa
I	72	41.14	175	100.00
II	67	38.28	103	58.85
III	36	20.58	36	20.58

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

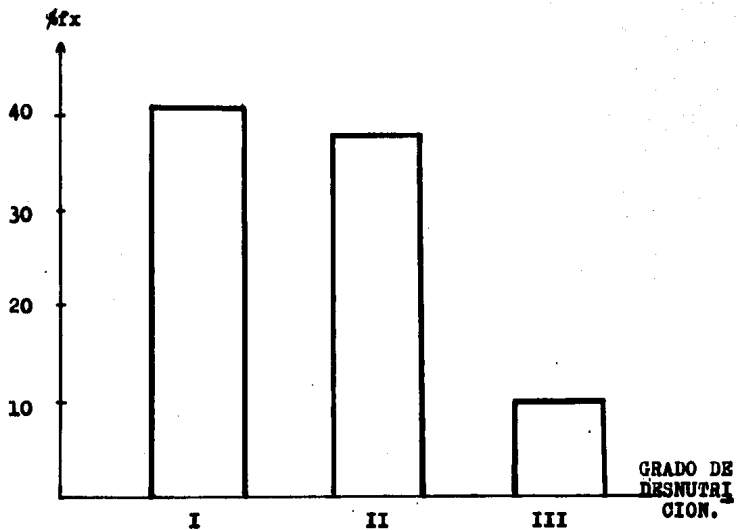
DISTRIBUCION POR GRADO DE DESNUTRICION

DEL GRUPO DE ESTUDIO

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986

GRAFICA No. 3



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE LAS

MADRES DEL GRUPO DE ESTUDIO

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986.

CUADRO No. 4

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	P.M.	fx	%fx	fa	%fa
37-43	40	59	33.71	175	100.00
30-36	33	75	42.86	116	66.28
23-29	26	29	16.57	41	23.42
16-22	19	12	6.86	12	6.85

\bar{X} = 33.24
 Mo = 33
 Mdn = 33.22
 R = 27
 S = 6.16
 S^2 = 37.94
 CV = 18.53
 α_3 = -0.67
 α_4 = 2.76

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE LAS

MADRES DEL GRUPO CONTROL.

H.G.Z. No. 57

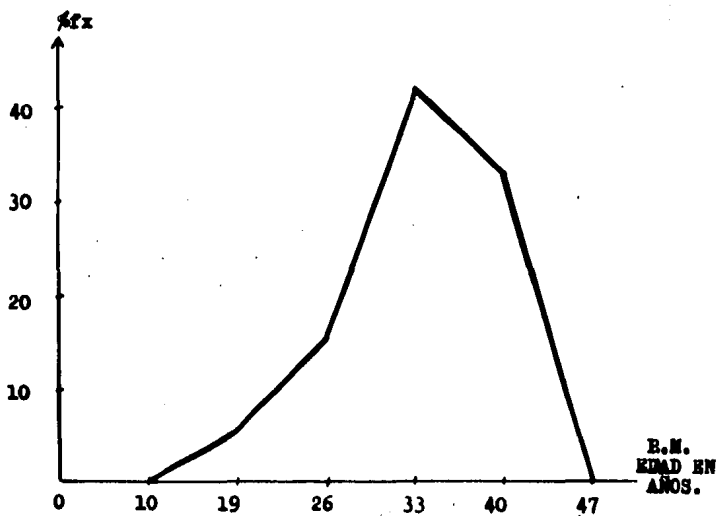
abril-agosto 1986.

CUADRO No. 5

GRUPO DE EDAD (años)	P.M.	fx	%fx	fa	%fa
37-43	40	18	41.86	43	100.00
30-36	33	17	39.54	25	58.13
23-29	26	6	13.95	8	18.60
16-22	19	2	4.65	2	4.65

\bar{X} = 34.30
 Mo = 40
 Mdn = 35.3
 R = 27
 S = 5.89
 S^2 = 34.69
 CV = 17.17
 α_3 = -0.83
 α_4 = 3.04

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE LAS MADRES**DEL GRUPO DE ESTUDIO.****H.G.2. No. 57****abril-agosto 1986.****GRAFICA No. 4****FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.**

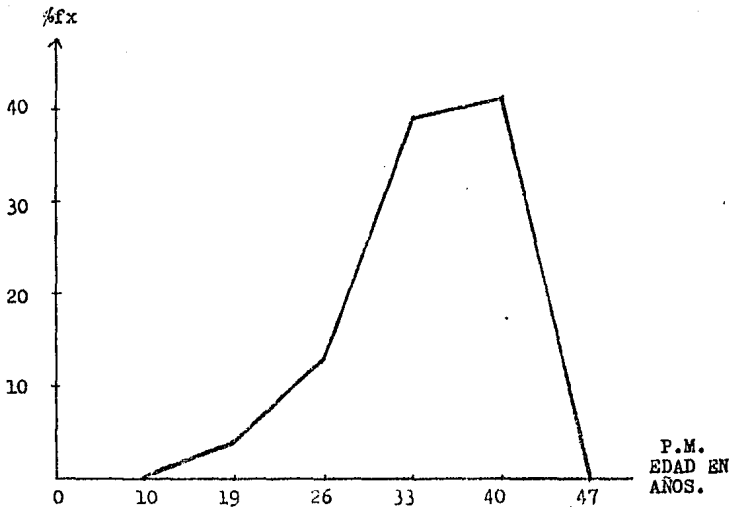
DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD DE LAS MADRES

DEL GRUPO CONTROL.

H.G.2. No. 57

abril-agosto 1986.

GRAFICA No. 5



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

DISTRIBUCION SEGUN LA UMF A LA QUE PERTENECEN
EL GRUPO CONTROL Y ESTUDIO

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986

CUADRO No. 6

UMF	EUTROFICOS		DESNUTRIDOS		TOTAL	
	fx	%fx	fx	%fx	fx	%fx
60	.4	9.30	17	9.71	21	9.63
62	18	41.86	87	49.71	105	48.17
64	21	48.84	71	40.58	92	42.20
TOTAL	43	100.00	175	100.00	218	100.00

FUENTE: INVRSTIGACION PERSONAL.

UTILIZACION DEL SERVICIO DE LA UMF, PREVIA
HOSPITALIZACION DEL GRUPO CONTROL
Y ESTUDIO

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986.

CUADRO No. 7

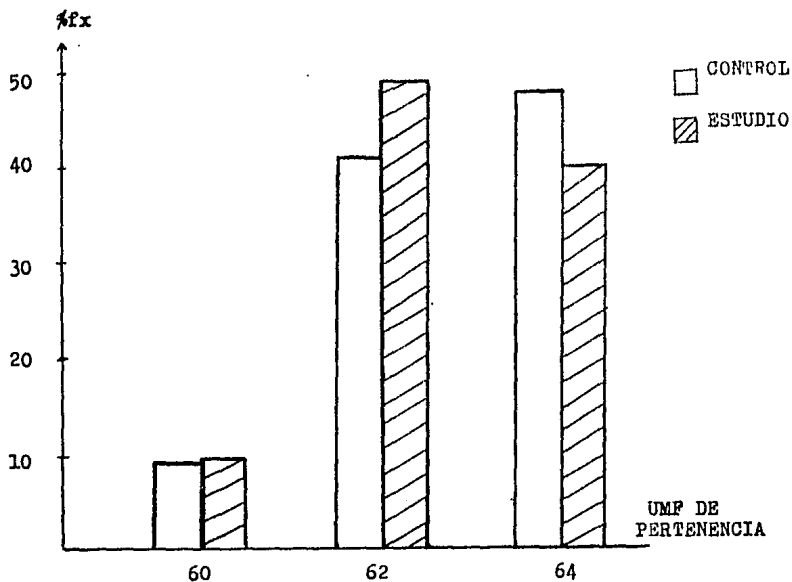
TIEMPO QUE AGUDE A SU UMF (meses)	EUTROFICOS		DESNUTRIDOS		TOTAL	
	fx	%fx	fx	%fx	fx	%fx
NUNCA	12	27.91	47	26.86	59	27.06
de 3	13	30.23	58	33.14	71	32.57
de 3 a 6	9	20.93	38	21.71	47	21.56
de 6	9	20.93	32	18.29	41	18.81
TOTAL	43	100.00	175	100.00	218	100.00

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

DISTRIBUCION SEGUN LA UMP A LA QUE PERTENECEN
EL GRUPO CONTROL Y ESTUDIO.

H.G.Z. No. 57

GRAFICA No. 6



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

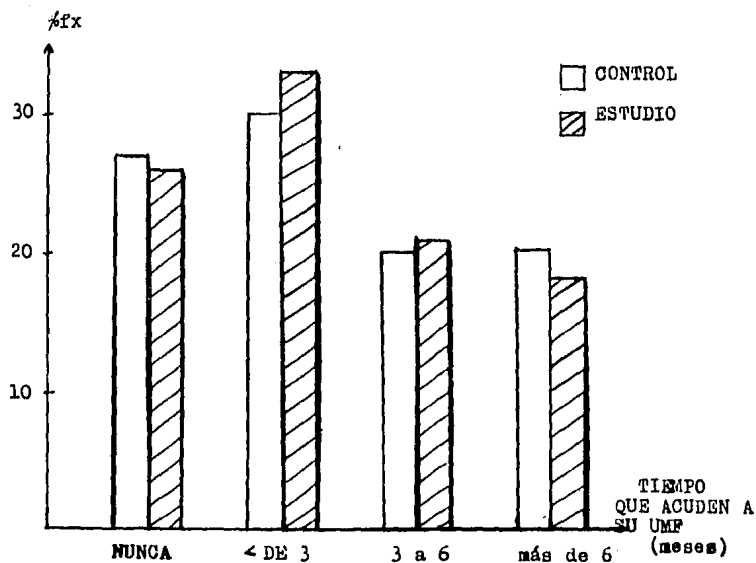
UTILIZACION DEL SERVICIO DE LA UMF PREVIA

HOSPITALIZACION DEL GRUPO CONTROL

I.G.G. No. 57

abril-agosto 1986.

GRAFICA No. 7



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

CAUSAS POR LA QUE ACUDEN A CONSULTA EN
SU UMF EL GRUPO CONTROL Y ESTUDIO

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986

- CUADRO No. 8

CAUSAS	EUTROFICO ^s		DESNUTRIDOS		TOTAL	
	fx	%fx	fx	%fx	fx	%fx
control de peso	5	11.63	30	13.83	35	13.46
prob. gastrointestinales	12	27.91	62	28.57	74	28.46
prob. respiratorios	13	30.23	63	29.03	76	29.23
otros+	13	30.23	62	28.57	75	28.85
TOTAL	43	100.00	217	100.00	260	100.00

+ en otros se incluyeron: prob. urinarios, fiebre, traumatismos, prob. dermatológicos, etc.

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

DISTRIBUCION SEGUN ORIENTACION BREVE RECIBIDA
A LA HOSPITALIZACION DEL GRUPO CONTROL Y ESTUDIO

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986.

CUADRO No. 9

ORIENTACION NUTRICIONAL	EUTROFICOS		DESNUTRIDOS		TOTAL	
	fx	%fx	fx	%fx	fx	%fx
SI	6	13.95	32	18.28	38	17.43
NO	37	86.05	143	81.72	180	82.53
TOTAL	43	100.00	175	100.00	218	100.00

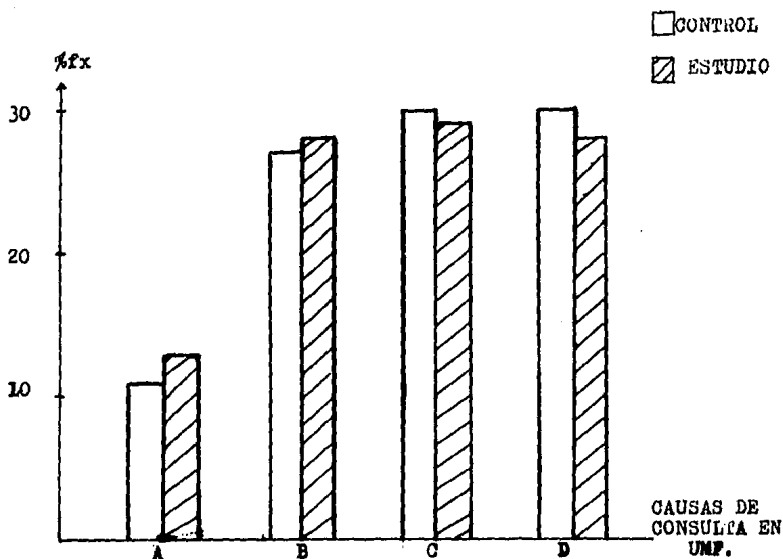
FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

CAUSAS POR LAS QUE ACUDEN A CONSULTA EN
SU UMf EL GRUPO CONTROL Y ESTUDIO

H.G.4. No. 57

abril-agosto 1986

GRAFICA No. 8



- A= Control de peso
B= Problemas gastrointestinales
C= Problemas respiratorios
D= Otros.

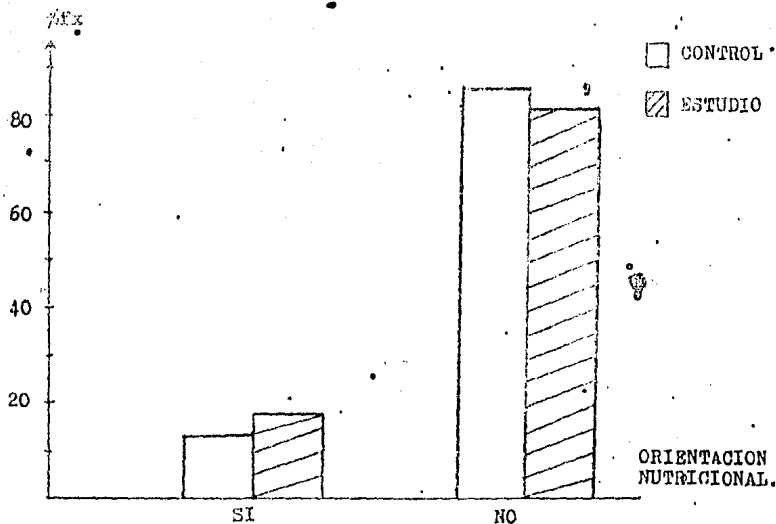
FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

DISTRIBUCION SEGUN ORIENTACION NUTRICIONAL.
RECIBIDA, PREVIA A LA HOSPITALIZACION
DEL GRUPO CONTROL Y ESTUDIO

H. 6. 4. No. 57

abril-agosto 1986

GRAFICA No. 9



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ALIMENTACION AL SENO MATERNO RECIBIDA POR
EL GRUPO CONTROL Y ESTUDIO.

H.G.Z. No. 57
abril-agosto 1986

CUADRO No. 10

LACTANCIA MATERNA	EUTROFICOS		DESNUTRIDOS		TOTAL	
	fx	%fx	fx	%fx	fx	%fx
SI	31	72.09	116	66.28	147	67.43
NO	12	27.91	59	33.72	71	32.57
TOTAL	43	100.00	175	100.00	218	100.00

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

INICIACION DE LA ABLACTACION EN EL GRUPO
CONTROL Y ESTUDIO.

H.G.Z. No. 57
abril-agostos 1986.

CUADRO No. 11

INICIO DE ABLACTACION	EUTROFICOS		DESNUTRIDOS		TOTAL	
	fx	%fx	fx	%fx	fx	%fx
temprana	33	76.74	131	74.85	164	75.22
tardía ⁺	10	23.26	44	25.15	54	24.78
TOTAL	43	100.00	175	100.00	218	100.00

+ se tomó como ablactación tardía, cuando ésta se iniciaba después de los 4 meses de edad.

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

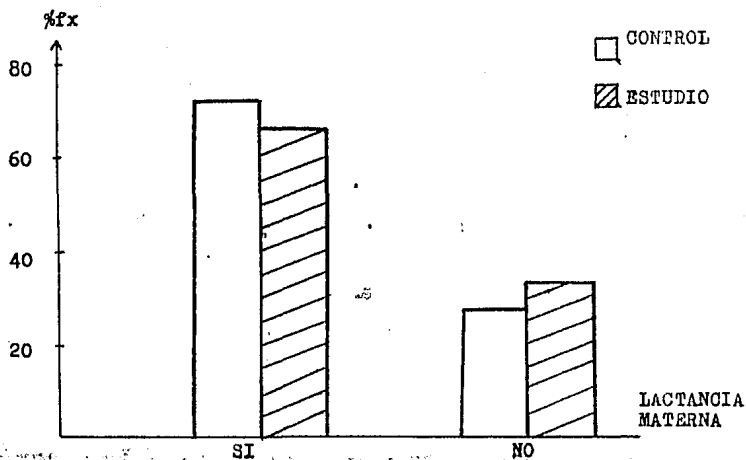
ALIMENTACION AL SENO MATERNO RECIBIDA

POR EL GRUPO CONTROL Y ESTUDIO

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986

GRAFICA No. 10



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

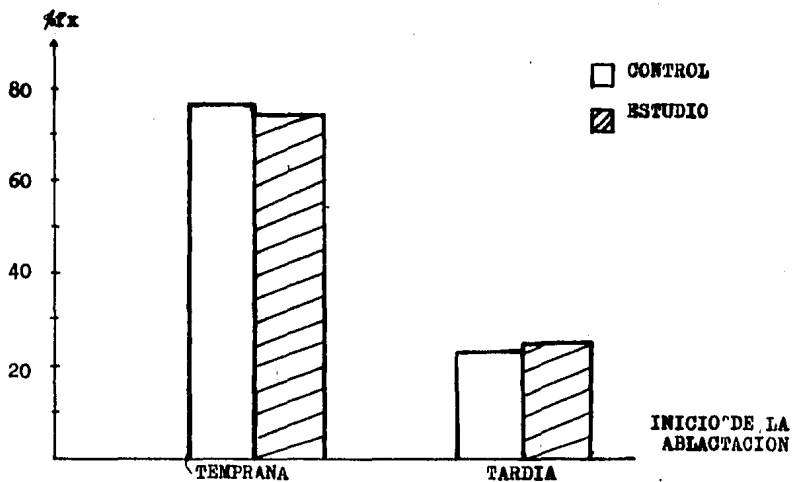
INICIACION DE LA ABLACTACION EN EL

GRUPO CONTROL Y ESTUDIO

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986

GRAFICA No. 11



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

ESCOLARIDAD MATERNA DEL GRUPO
CONTROL Y ESTUDIO.

H.G.4. No. 57
abril-agosto 1986

CUADRO No. 12

ESCOLARIDAD MATERNA	EUTROPICOS		DESNUTRIDOS		TOTAL	
	fx	%fx	fx	%fx	fx	%fx
analfabeta	-	-	11	6.28	11	5.84
primaria	22	51.16	112	64.0	134	61.47
secundaria	17	39.53	43	24.57	60	27.57
preparatoria	4	9.31	6	3.43	10	4.59
profesional	-	-	3	1.72	3	1.38
TOTAL	43	100.00	175	100.00	218	100.00

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

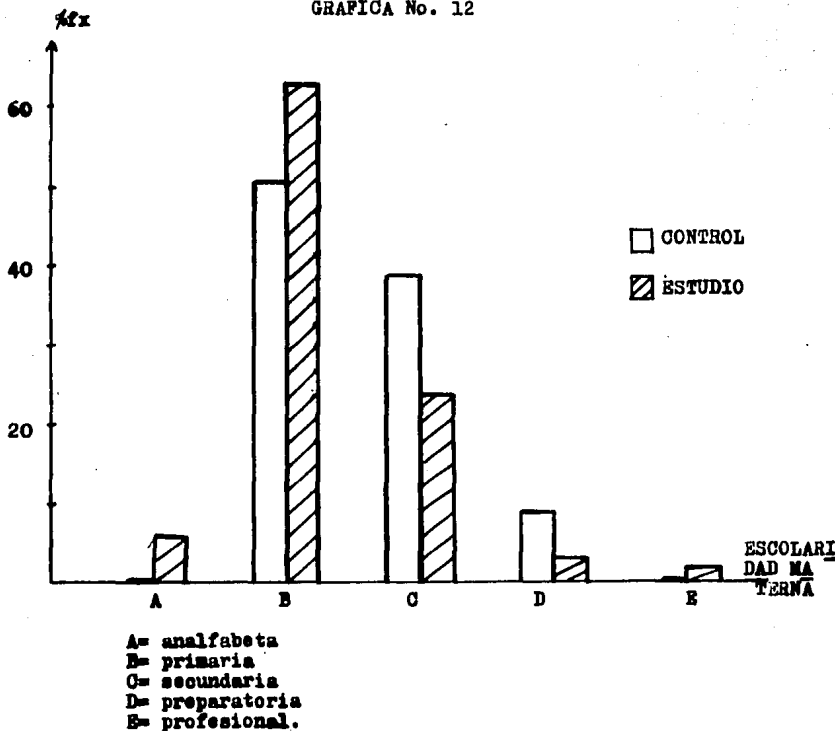
ESCOLARIDAD MATERNA DEL GRUPO CONTROL

Y ESTUDIO

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986

GRAFICA No. 12



FUENTE: INVRSTIGACION PERSONAL.

DISTRIBUCION POR OCUPACION DEL PADRE
DEL GRUPO CONTROL Y ESTUDIO.

H.G.Z. No. 57
abril-agosto 1986

CUADRO No. 13

OCUPACION	EUTROPICOS		DESNUTRIDOS		TOTAL	
	fx	%fx	fx	%fx	fx	%fx
obrero	21	48.84	95	54.28	116	53.21
empleado	10	23.25	34	19.43	44	20.19
chofer	4	9.30	16	9.14	20	9.17
comerciante	1	2.32	5	2.86	6	2.75
profesionista	4	9.30	8	4.57	12	5.51
otros+	3	6.99	17	9.72	20	9.17
TOTAL	43	100.00	175	100.00	218	100.00

+otros: se incluyen albañiles, panaderos, carpinteros
herreros, etc.

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

INGRESO FAMILIAR MENSUAL QUE PERCIBE
EL GRUPO CONTROL Y ESTUDIO

H.G.Z. No. 57
abril-agosto 1986

CUADRO No. 14

INGRESO MENSUAL (miles de pesos)	EUTROPICOS		DESNUTRIDOS		TOTAL	
	fx	%fx	fx	%fx	fx	%fx
60-80	16	37.21	91	52.0	107	49.08
81-100	13	30.23	53	30.28	66	30.28
101-120	8	18.60	26	14.86	34	15.60
más de 120	6	13.95	5	2.86	11	5.04
TOTAL	43	100.00	175	100.00	218	100.00

FUENTE: INVRSTIGACION PERSONAL.

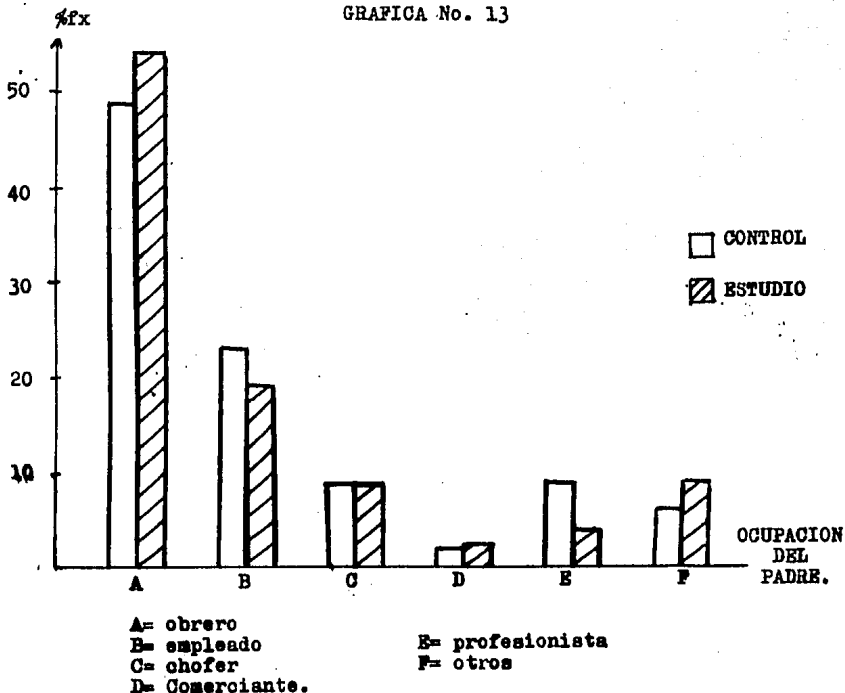
DISTRIBUCION POR OCUPACION DEL PADRE

DEL GRUPO CONTROL Y ESTUDIO

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986

GRAFICA No. 13



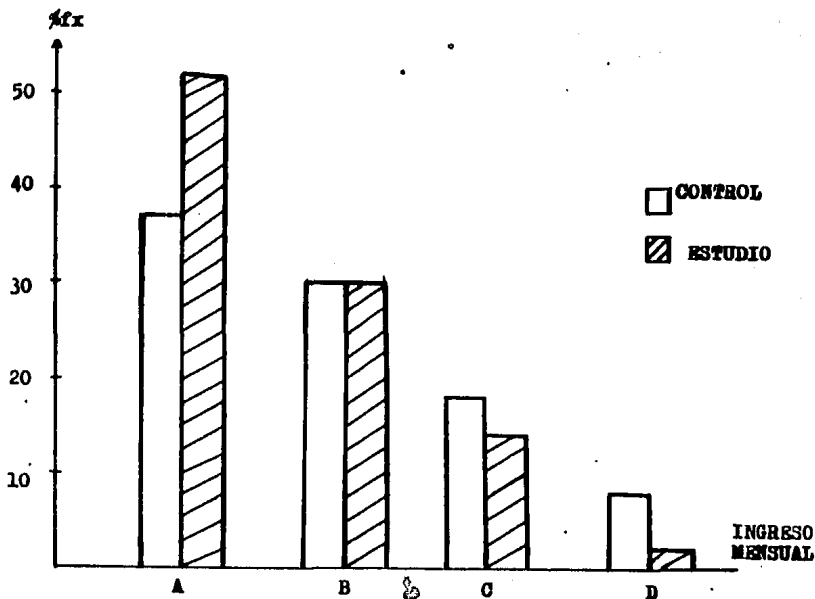
FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

INGRESO FAMILIAR QUE PERCIBE EL GRUPO

CONTROL Y ESTUDIO

H.G.Z. No. 57

GRAFICA No. 14



A= de 60 a 80 mil pesos
 B= de 81 a 100 mil pesos.
 C= de 101 a 120 mil pesos
 D= más de 120 mil pesos.

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

PRESENCIA O NO DE HACINAMIENTO EN EL
GRUPO CONTROL Y ESTUDIO

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986

CUADRO No. 15

HACINAMIENTO	EUTROFICOS		DESNUTRIDOS		TOTAL	
	fx	%fx	fx	%fx	fx	%fx
SI	15	34.88	105	60.0	120	55.04
NO	28	65.11	70	40.0	98	44.96
TOTAL	43	100.00	175	100.00	218	100.00

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

DISTRIBUCION POR TIPO DE ELIMINACION DE
EXCRETAS DEL GRUPO DE ESTUDIO Y CONTROL

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986

CUADRO No. 16

TIPO	EUTROFICOS		DESNUTRIDOS		TOTAL	
	fx	%fx	fx	%fx	fx	%fx
aire libre	2	-	12	6.85	12	5.50
letrina	2	4.65	46	26.28	48	42.02
fosa séptica	3	6.97	3	1.71	6	2.75
drenaje	38	88.37	114	65.14	152	69.73
TOTAL	43	100.00	175	100.00	218	100.00

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

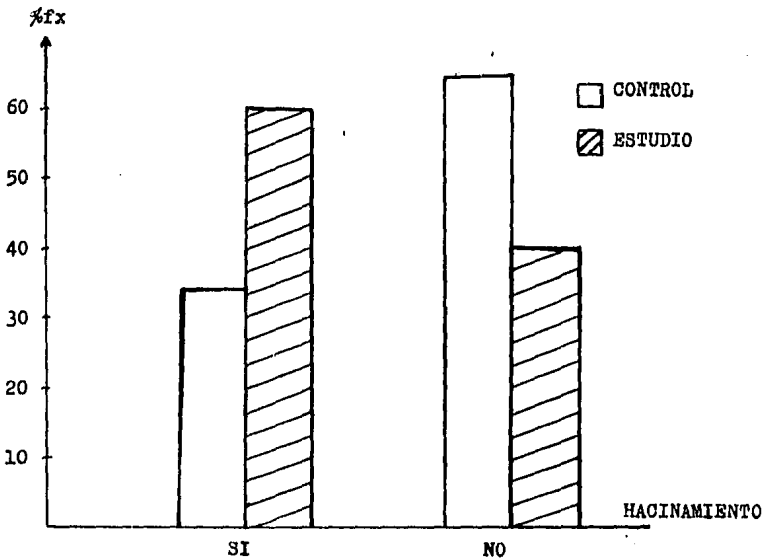
PRESENCIA O NO DE HACINAMIENTO EN EL

GRUPO CONTROL Y ESTUDIO

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986

GRAFICA No. 15



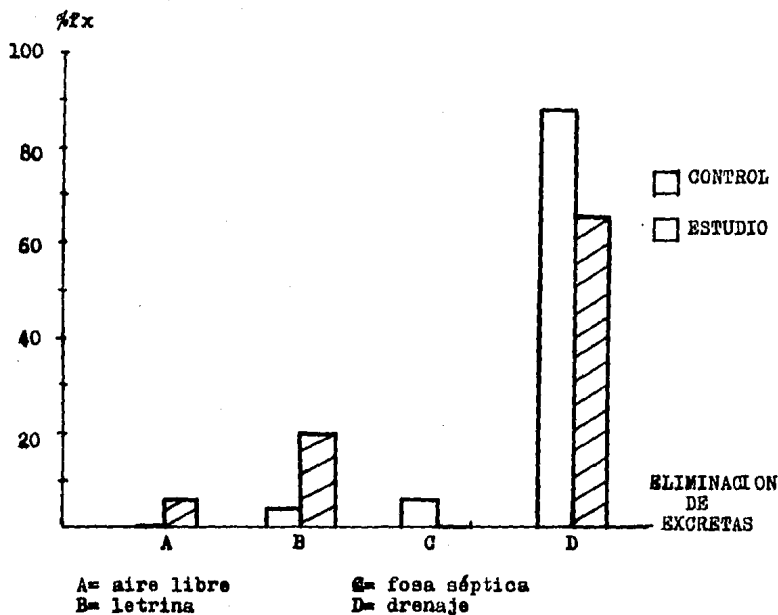
FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

DISTRIBUCION POR TIPO DE ELIMINACION DE
EXCRETAS EN EL GRUPO CONTROL Y ESTUDIO

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986

GRAFICA No. 16



FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

CAUSAS DE HOSPITALIZACION DEL GRUPO
CONTROL Y ESTUDIO.

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986.

CUADRO No. 17

CAUSAS DE HOSPITALIZACION.	EUTROFICOS		DESNUTRIDOS		TOTAL	
	fx	%fx	Fx	%fx	fx	%fx
gastroenteritis	25	29.41	153	36.25	178	35.11
parasitosis	-	-	3	0.71	3	0.59
amibiasis	-	-	2	0.47	2	0.39
infección VRA	18	21.18	50	11.86	68	13.41
infección VRB	11	12.49	10	2.36	36	7.10
parenquima pulmonar	4	4.70	10	2.36	14	2.76
desequilibrio hidroelectrolítico	17	20.0	92	21.80	109	21.50
síndrome de mala absorción	3	3.53	16	3.79	19	3.75
sepsis	-	-	4	0.96	4	0.79
shock	1	1.18	8	1.89	9	1.78
anemia	6	7.06	59	13.98	65	12.82
TOTAL	85	100.00	422	100.00	507	100.00

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

DIAS HOSPITAL CAMA REQUERIDOS SEGUN ESTADO
NUTRICIONAL DEL GRUPO CONTROL Y ESTUDIO.

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986.

CUADRO No. 18

ESTADO NUTRICIONAL	fx	total días hosp. cama requeridos	media (X) días.
desnutridos I grado	72	510	7
desnutridos II	67	518	7.7
desnutridos III	36	352	9.7
TOTAL DESNUTRIDOS	175	1380	7.8
eutroficos	43	171	3.9

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS EN LAS
UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR No. 60,62 y 64

pregunta No. 1 ¿Se cuenta con algún programa para el control y prevención de la desnutrición?

Los jefes de departamento clínico señalaron, que no existe - un programa como tal, ya que se incluye dentro del programa de control de niño sano, que consiste en detectar y vigilar el crecimiento y desarrollo integral del niño, que se inicia en distintos periodos en las unidades que van desde 1982 hasta 1984.

Por parte de los médicos Familiares, se dijo que no existía ningún programa de desnutrición como tal, sino que se - incluía al paciente desnutrido dentro del programa "control del niño sano", cuya fin es detectar la desnutrición al vigilar el peso, talla, perímetro cefálico y desarrollo psicomas del niño, citandolo mensualmente hasta los 6 meses, bimensual hasta el año y semestral hasta los 6 meses.

Dos trabajadoras sociales explicaron que se cuenta con un programa de nutrición a cargo de dietología, y solo una señal que no se contaba con ningún programa sobre desnutrición.

Por parte de dietología, dos coinciden en afirmar que se cuenta con un programa de nutrición, incluido dentro del programa "control de niño sano" y solo una señal que no se cuenta con ningún programa.

pregunta No. 2 ¿Qué se hace cuando se detecta a un paciente desnutrido?

JDC: el médico familiar le hace un estudio integral, para - detectar alguna enfermedad que la propicie y posteriormente se envía a trabajo social y dietología para que se

integre al grupo de desnutridos.

- El desnutrido de II y III grado se envía a 2o. nivel y el de I grado se controla por dietología en la unidad.
- debe ser controlado por un equipo interdisciplinario, formado por el MF, TS, y la dietista, citandolo cada 15 días y tratando de encontrar los factores de riesgo que están propiciando la desnutrición.

MF: El desnutrido de III grado se envía a 2o. nivel y el de I y II se le descartan cualquier problema que pudiera ocasionar la desnutrición y se envía a trabajo social, también se puede aumentar o prolongar la dotación láctea proporcionada o complemento dietético si es necesario.

- Al desnutrido de II y III se le envía a 2o. nivel, y al de I se le descarta cualquier problema orgánico que tuviera relación con la desnutrición, y se le envía posteriormente a trabajo social y dietología para que lo integren al programa de nutrición.

TS: se les hace un estudio socioeconómico que se anexa al expediente, se forman grupos junto con las madres de niños sanos para proporcionarles orientación higiénico-dietética que consiste en 3 pláticas en una sola ocasión, donde se incluyen a las madres de niños desnutridos.

Dietología: Coincidieron en lo siguiente; básicamente se integran al programa de nutrición, se les da orientación dietética en forma personal y se controla el peso del niño por medio de tarjetas, citandoles cada mes, pero es muy difícil seguir a todos los pacientes, se incluyen pacientes de I a III grado.

pregunta No. 3 ¿Qué cantidad o porcentaje de pacientes desnutridos tienen en control ?

Los JDC desconocían la cifra, pero estimaban que era alta, — aclarando que Trabajo social y dietología son los que se encargan de cuantificarlo.

MF: los tres coincidieron en que es trabajo social quien lo sabe.

TS: la cantidad exacta no la tienen, les envían aproximadamente 30 pacientes por mes y actualmente no es posible llevar el seguimiento de los mismos.

- Se lleva un control de los pacientes que asisten a pláticas, siguiendo 2 de cada 10.

Dietología: El control se lleva por tarjetas, pero solo nos han enviado 5 pacientes en lo que va del año.

- Se controlan por tarjetas pero no se hace seguimiento de todos los pacientes, hasta sept hay 1298 pacientes desnutridos de I grado y 435 de II.

pregunta No. 4 ¿ Quién controla la paciente desnutrido?

JDC: debe hacerlo un equipo interdisciplinario, formado por el MF, TS y la dietista.

MF: el control del paciente desnutrido debería hacerse en forma conjunta con trabajo social y dietología, pero — esto no sucede así, otro refirió que para su control — todo paciente desnutrido se debe enviar a 2o. nivel.

TS: Al igual que los médicos coincidieron en señalar que debe hacerse en forma conjunta por un equipo interdisciplinario, pero por limitaciones de recursos no se realiza.

Dietología: concidió en afirmar lo dicho por MF y TS.

C O N T R A S T A C I O ND EH I P O T E S I S

H I P O T E S I S

No. 1

H_{0.1} La desnutrición asociada a patología infecciosa agregada No aumenta la morbilidad hospitalaria.

H_{1.1} La desnutrición asociada a patología infecciosa agregada aumenta la morbilidad hospitalaria.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

HIPOTESIS No. 1

desnutrición y morbilidad hospitalaria
abril-agosto 1986.

H.G.Z. No. 57

No. de causas hospitalarias agregadas al estado
nutricional.

No. CAUSAS HOSPITALARIAS	ESTADO NUTRICIONAL		
	EUTROFICOS	DESNUTRIDOS	TOTAL
1	8.48 15	34.5 28	43
2	16.9 17	69.0 69	86
3 ó más	17.5 11	71.4 78	89
TOTAL	43	175	218

$p < 0.05$ (a)
 $gl=1$

$$X^2_c = 2.71$$

$$X^2_r = 9.29$$

X^2_r es mayor que X^2_c por lo tanto
se rechaza $H_{0.1}$ y se acepta

$$H_{1.1}$$

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

HIPOTESIS No. 1

Desnutrición y morbilidad hospitalaria
abril-agosto 1986

H.G.Z. No. 57

No. de causas hospitalarias agregadas al estado
nutricional.

No. CAUSAS HOSPITALARIAS	ESTADO NUTRICIONAL			TOTAL
	EUTROFICOS	DESNUTRIDOS		
		I	II y III	
1	8.48	14.28	20.32	43
	15	21	7	
2	16.96	28.40	40.63	86
	17	29	40	
3 o más	17.56	23.39	42.05	89
	11	22	56	
TOTAL	43	72	103	218

$$p < 0.05 \text{ (s)}$$

$$gl = 4$$

$$X_t^2 = 7.78$$

$$X_r^2 = 25.96$$

X_r^2 es mayor que X_t^2 por lo tanto se
rechaza $H_{0.1}$ y se acepta $H_{1.1}$

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

H I P O T E S I S

No. 2

$H_{0.2}$ La desnutrición asociada a patología infecciosa agregada, NO aumenta la mortalidad hospitalaria.

$H_{1.2}$ La desnutrición asociada a patología infecciosa agregada, aumenta la mortalidad hospitalaria.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

HIPOTESIS No. 2

Desnutrición y mortalidad hospitalaria

abril-agosto 1986.

H.G.Z. No. 57

defunciones hospitalarias y estado nutricional.

ESTADO NUTRICIONAL	DEFUNCIONES		
	SI	NO	TOTAL
EUTROFICOS	1	42	43
DESNUTRIDOS	6	169	175
TOTAL	7	211	218

 $p > 0.05$ (Ns) $g_1 = 1$ $X^2_t = 2.71$ X^2 corregida = 0.0132

X^2_r menor que X^2_t por lo tanto
no es posible rechazar $H_{0.2}$

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

HIPOTESIS No. 2

Desnutrición y mortalidad hospitalaria

H.G. Z. No. 57

abril-agosto 1986

desnutrición y envío a tercer nivel.

ESTADO NUTRICIONAL	ENVIO A TERCER NIVEL		
	SI	NO	TOTAL
EUTROFICOS	0	43	43
DESNUTRIDOS	13	162	175
TOTAL	13	205	218

 $p > 0.05$ (Ns) $gl=1$ $\chi^2 = 2.71$ $\chi^2_{\text{corregida}} = 2.20$ χ^2_r es menor que χ^2_t por lo tanto no es posible rechazar $H_{0.2}$

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

H I P O T E S I S

No. 3

H_{0.3} La desnutrición asociada a patología infeccio
sa agregada, NO aumenta los días estancia y los
costos de atención médica hospitalaria.

H_{1.3} La desnutrición asociada a patología infeccio
sa agregada, aumenta los días estancia y los -
costos de atención médica hospitalaria.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

HIPOTESIS No. 3

Desnutrición y días estancia hospitalaria

abril-agosto 1986

H.G.Z. No. 57

días estancia hospitalaria y estado nutricional.

ESTADO NUTRICIONAL			
DIAS HOSPITAL/CAMA	EUTROPICOS	DESNUTRIDOS	TOTAL
menos de 7	25.24	102.75	128
	39	89	
más de 7	17.75	72.24	90
	4	86	
TOTAL	43	175	218

 $p < 0.05$ (s) $gl = 1$ $\chi^2_t = 2.71$ $\chi^2_r = 22.61$

χ^2_r es menor que χ^2_t por lo tanto se
 acepta $H_{1.3}$ y se rechaza $H_{0.3}$

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

HIPOTESIS No. 3

Desnutrición y días estancia hospitalaria
abril-agosto 1986

H.G.Z. No. 57

días hospital/acama y estado nutricional.

DIAS HOSPITAL/ CAMA	ESTADO NUTRICIONAL				
	EUTROFICOS	DESNUTRIDOS			TOTAL
		I	II	III	
	25.24	42.2	39.3	21.1	
menos de 7	39	43	37	9	128
más de 7	47.7	29.7	27.6	14.8	
más de 7	4	29	30	27	90
TOTAL	43	72	67	36	218

 $p < 0.05$ (s) χ^2 es mayor que $\chi^2_{\frac{\alpha}{2}}$ por lo tanto se
rechaza $H_{0.3}$ y se acepta $H_{1.3}$

gl= 3

 $\chi^2_{\frac{\alpha}{2}} = 6.25$ $\chi^2 = 35.44$

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

H I P O T E S I S

No. 4

- $H_{0.4}$ Las acciones previas implementadas a primer nivel, No influyen en el estado nutricional del paciente desnutrido hospitalizado
- $H_{1.4}$ Las acciones previas implementadas a primer nivel, Influyen en el estado nutricional del paciente desnutrido hospitalizado.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

HIPOTESIS No. 4

Desnutrición y acciones a primer nivel

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986

programa de atención integral del niño y estado nutricional.

ESTADO NUTRICIONAL	ESTAN EN EL PROGRAMA		
	SI	NO	TOTAL
EUTROPICOS	8	2	10
DESNUTRIDOS	28	22	50
TOTAL	36	24	60

 $p > 0.05$ (Ns) χ^2_r es menor que χ^2_t por lo tanto

gl = 1

no es posible rechazar $H_{0.4}$ $\chi^2_t = 2.71$ χ^2_r corregida = 1.125

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

HIPOTESIS No. 4

Desnutrición y acciones a primer nivel

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986

estado nutricional y atención previa en su UMF
pregunta No. 2 de cuestionario.

ESTADO NUTRICIONAL	ACUDIO PREVIAMENTE A SU UMF		
	SI	NO	TOTAL
EUTROFICOS	31.3 31	11.6 12	43
DESNUTRIDOS	121.6 128	47.3 47	175
TOTAL	159	59	218

$$p > 0.05 \text{ (Ns)}$$

$$g1=1$$

$$X^2_{\alpha} = 2.71$$

$$X^2_{\beta} = 0.01$$

 X^2_{α} es menor que X^2_{β} por lo tanto
no es posible rechazar $H_{0.4}$

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

HIPOTESIS No. 4

Desnutrición y acciones a primer nivel

H.G.Z. No. 57

abril-agosto '1986

Orientación nutricional recibida y estado nutricional

pre. No. 11 de cuestionario.

y confrontación con expediente clínico de UMF

ESTADO NUTRICIONAL	ORIENTACION NUTRICIONAL		
	SI	NO	TOTAL
EUTROFICOS	2	8	10
DESNUTRIDOS	6	44	52
TOTAL	10	50	60

 $p > 0.05 (N_0)$ $g_1=1$ $\chi^2_t = 2.71$ $\chi^2_{\text{corregida}} = 0.028$

χ^2_r es menor que χ^2_t por lo
tanto no es posible rechazar
 $H_{0.4}$

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

HIPOTESIS No. 4

desnutrición y acciones a primer nivel

H.G.Z. No. 57

abril-agosto 1986

dotación láctea recibida y estado nutricional
información de expediente clínico de UMF.

ESTADO NUTRICIONAL	DOTACION LACTEA		
	SI	NO	TOTAL
EUTROFICOS	8	2	10
DESNUTRIDOS	32	18	50
TOTAL	40	20	60

 $p > 0.05$ (Na)

gl = 1

 $\chi^2 = 2.71$ χ^2 corregida = 0.37

χ^2 es menor que χ^2_c por lo
tanto no es posible rechazar H_0 .

FUENTE: INVESTIGACION PERSONAL.

INTERPRETACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Como podemos observar en el cuadro y la gráfica No. 1 la mayoría de los pacientes del grupo en estudio se encuentra en el intervalo de edad de 1-12 meses, representando el 82.85% del total de pacientes, tendiendo a disminuir importantemente en los siguientes intervalos de edad, con una media aritmética de 9.3 meses y un coeficiente de variación de 80.11.

Para el grupo control la distribución encontrada es similar tal como lo muestra el cuadro y la gráfica No. 2, donde el 72.09% lo representa el grupo de edad de 1-12 meses, con una media aritmética de 12.08 y un C.V. de poca diferencia en relación al grupo de estudio; por lo que ambos grupos presentan características similares en cuanto a la distribución -- por grupo de edad, encontrándose constituidos principalmente por lactantes y en muy pequeña proporción por preescolares; lo cual es congruente con otros estudios realizados a nivel hospitalario (19,20), donde los lactantes son los que demandan mayor servicio, formando parte del grupo de edad vulnerable, siendo los preescolares el grupo principalmente afectado por la desnutrición, pero como observamos, no demandan -- por igual el servicio hospitalario, tal vez debido a que su organismo tiene mayor capacidad de adaptación (homeorresis).

En lo referente a la distribución por grado de desnutrición del grupo de estudio, encontramos que el mayor porcentaje lo constituyen pacientes con desnutrición de I grado --- (41.14%), seguido por los de II grado con 38.28% y un 20.58% lo constituyen los de III grado, lo cual nos habla de la --- magnitud del problema de la desnutrición a nivel hospitalario, donde más de la mitad de los pacientes desnutridos presentan grados avanzados.

La edad materna tanto para el grupo de estudio como control no presentan diferencias importantes, ya que como observamos en el cuadro y gráficas No. 4 y 5, la mayoría se encuentran en el intervalo de edad de 30-36 años y 37-43 años res-

pectivamente, con una media similar de 33.34 y 34.30, así — como el CV.

El cuadro y la gráfica No. 6 muestran la distribución del grupo de estudio y control según UMF de pertenencia, observando que la mayoría de los pacientes proceden de la UMF 62 y 64, perteneciendo el 49.71% del grupo de estudio a la 1a. y el 48.84% del grupo control a la 2a. y en muy pequeña proporción de ambos grupos a la UMF 60, llamando la atención — el que se presente una diferencia tan grande en la demanda — del servicio por una de las unidades, situación que habría — que estudiar para poder explicar, aunque suponemos que está relacionado con el tipo y cantidad de población a la que se atiende.

En lo referente al tiempo que acuden los pacientes a su — UMF de pertenencia, previamente a la hospitalización, en el cuadro y gráfica No, 7 observamos que el 26.86% del grupo de estudio y el 27.91 del control nunca habían utilizado el servicio, pero un 70% en ambos grupos ya habían acudido previamente; refiriendo como causa principal de consulta según se muestra en el cuadro y gráfica No.8 los problemas infecciosos gastrointestinales y respiratorios, y solo un 13.83% del grupo de estudio y 11.63% del grupo control manifestaron acudir para control de peso, lo que puede hablarnos de la poca importancia que se le dá al estado nutricional por parte de la madre.

En cuanto a la orientación nutricional recibida tal como podemos observar en el cuadro y gráfica No. 9, solo un pequeño porcentaje del grupo de estudio (18.28%) y control (13.95%) la habían recibido, lo cual nos habla de la poca orientación que se les proporciona a las madres de los pacientes hospitalizados previamente a la misma.

En lo referente a la alimentación al seno materno proporcionada, no se encontraron diferencias importantes, ya que el 66.28% del grupo estudio y 72.09% del control recibieron la tancia materna según muestra en cuadro y la gráfica No. 10.

Al igual hay pocas diferencias en el tiempo en que se inicia la ablactación, ya que ambos grupos la reciben tempranamente como lo vemos en el cuadro y gráfica No. 11, faltando analizar y profundizar en cuanto a la calidad y cantidad de esa ablactación y lactancia, y en ésta última el tiempo que es proporcionada y/o combinación con leche industrializada, de lo que se esperaría encontrar diferencias importantes.

Por otro lado en lo referente a la escolaridad materna, tal como observamos en el cuadro y la gráfica No. 12, el 64% de las madres del grupo estudio y el 51.16% en el control cursaron la primaria, encontrándose analfabetismo en el 6.28% de las madres de los desnutridos. Esto nos habla de que la educación por sí sola no influye importantemente en el estado nutricional como supuestamente se ha llegado a pensar.

En el cuadro y gráfica No. 13 muestra que la ocupación del padre tanto para el grupo control y estudio es principalmente obreros en el 54.28% y 48.84% respectivamente, pero en el grupo control encontramos un 51.16% de los padres dedicados a otra actividad, lo cual se relaciona directamente con las diferencias encontradas en el cuadro y la gráfica 14 en lo referente al ingreso mensual percibido, ya que el 52% de las familias del grupo estudio perciben un ingreso mensual de 60-80 mil pesos mensuales, en comparación con el 37.21% de las familias del grupo control; percibiendo el restante un ingreso mayor al mínimo, lo que a su vez repercute en las condiciones generales de vida, ya que como lo muestra el cuadro y la gráfica No. 15, el 60% del grupo desnutrido presenta condiciones de hacinamiento, en contraste con el 34.08% encontrado en el grupo control. Así mismo encontramos diferencias en cuanto a la eliminación de excretas, ya que en el grupo de estudio se presenta aún el 6.85% de fecalismo al aire libre y el 26.28% utilizan letrina, lo cual no se encuentra en el grupo control o es mínimo éste último (4.65%), contando en cambio 88.37% con drenaje, en comparación con el 65.14% del grupo estudio (cuadro y gráfica No. 16).

Lo anterior traduce, que son realmente los sectores sociales de escasos recursos los que se ven más afectados por el problema de la desnutrición, la cual es producto de una sociedad desigual como ya ha sido mencionado en otro apartado.

Por último las causas de hospitalización del grupo estudio y control (cuadro y gráfica No. 17), en los pacientes desnutridos predominan los problemas gastrointestinales (36.25%) y las complicaciones propias de las mismas en comparación con el 29.4% en el grupo control donde son mínimas las complicaciones y predominan los problemas respiratorios, lo cual confirma la estrecha relación que se da entre desnutrición-infección y condiciones de vida precarias propias de sectores socialmente pobres, tal como lo explica García Tamayo (10). Así también los días cama hospital requeridos (cuadro No.18) aumenta según se deteriora el estado nutricional, ya que un paciente eutrófico requiere un promedio de 3.9 días cama hospital, en comparación con 7.8 días que requiere el paciente desnutrido, que se incrementa hasta 9.7 días en el desnutrido de III grado, lo que al multiplicarlo por 20-30 mil pesos en que se valora el día hospital cama en el IMSS representa una cantidad importante erogada para la recuperación del problema infeccioso agregado, sin resolver el problema de fondo, que como sabemos perpetua el círculo vicioso desnutrición-infección, requiriendo nuevamente hospitalización en poco tiempo y en el peor de los casos tendrán un desenlace fatal.

En lo referente a las entrevistas realizadas en las UMF correspondientes para investigar las acciones realizadas a primer nivel con el fin de tratar de incidir en la desnutrición, observamos que no hay un programa específico, sino como se mencionó al inicio hay un programa de valoración integral del niño de 0-4 años, en donde se recalca la importancia de vigilar el crecimiento y desarrollo adecuado del niño, debiéndose

realizar por un equipo interdisciplinario, lo cual en la práctica no se realiza, debido a que no se asume la responsabilidad del paciente en forma conjunta, limitándose el médico a descartar problemas patológicos agregados, enviándolo posteriormente a trabajo social y dietología donde les proporcionan a las madres orientación nutricional, traducida en 3-4 pláticas que abarcan medidas higiénico dietéticas, y cuando las condiciones lo permiten se realiza un estudio socioeconómico, siendo seguidos una mínima parte de los pacientes. Así mismo se percibe la falta de especificaciones sobre el manejo del paciente desnutrido, quedando implícito que cada unidad adopte las medidas que crea convenientes, de acuerdo a sus necesidades y recursos, reflejándose en criterios no homogéneos a seguir con respecto a las acciones y responsabilidades adoptadas frente al paciente desnutrido, pues todas las acciones se encaminan al control del niño sano descuidando por consiguiente al desnutrido. Además no se cuenta con un registro y seguimiento adecuado, influido tal vez por las limitaciones de recursos con que se cuenta, lo que origina que se desconoce la magnitud de dicho problema dentro de la población derechohabiente de las UMF, tal como se refiere en la pregunta No. 3, lo cual propicia que el problema no se reconozca, y el cual se esperaría diferente al encontrado en la población hospitalizada.

Contrastación de Hipótesis.

En la hipótesis No. 1 se comprueba la relación que existe entre la desnutrición-infección y el incremento de la morbilidad hospitalaria, con una χ^2 de 9.29 que rebasa la esperada de 2.71, y que se incrementa aún más al relacionarla con el deterioro nutricional, con una χ^2 de 25.96, lo cual corrobora lo ya mencionado en los antecedentes científicos al respecto.

En la 2a. hipótesis, la relación desnutrición-infección y el incremento de la mortalidad hospitalaria, se encuentra

un rechazo estadístico, pues esperabamos una χ^2 superior a -- 2.71, encon randola de 0.013, aún observando que el número de defunciones es mayor en los pacientes desnutridos, así como -- su traslado a tercer nivel en relación con los eutróficos. -- Esta situación no corresponde a lo encontrado en otros estudios (19,20), y que creemos se debe al tamaño de la muestra -- o por la atención oportuna recibida sobre el cuadro infeccioso agregado. Esto no significa que aunque se rechaza estadísticamente no exista relación.

En la hipótesis No. 3 se comprueba la influencia de la --- desnutrición-infección en el incremento de los días estancia hospitalaria y por lo tanto en el costo de la atención médica recibida, con una χ^2 de 22.61 que rebasa el 2.71 esperado y -- que al igual que en la primera hipótesis es más contundente a mayor deterioro del estado nutricional, con un resultado de -- 35.44 acorde con lo encontrado en otros estudios (20).

Por último en la hipótesis No. 4, no es posible rechazar -- la hipótesis de nulidad, no encontrando estadísticamente relación entre la asistencia previa a su UMF y el estado nutricional del paciente hospitalizado, encontrando una χ^2 de 0.01, -- mucho menor a lo esperado de 2.71, al igual estar o no en el programa de niño sano no influye, encontrando estadísticamente una χ^2 de 1.12 menor a 2.71 esperado. Lo mismo sucede con -- lo que respecta a la orientación nutricional proporcionada previamente y la dotación láctea recibida.

Por lo que es la muestra estudiada no se pudo demostrar la influencia de éstas acciones previas y el estado nutricional. Algunas explicaciones al respecto serían:

- a) que el tamaño de la muestra fue muy reducido como ya se haba mencionado.
- b) Se siguieron los pacientes que habían acudido previamente por más de 3 meses a su UMF, pero no se consideró el tiempo que era necesario para reconocer la influencia de las acciou

nes sobre el paciente desnutrido hospitalizado.

o) Se corroboran las limitaciones que pueden tener las acciones implementadas dentro del primer nivel de atención para incidir en la desnutrición hospitalaria, aún más cuando éstas no se realizan en forma sistemática y coordinada, y no se le da la prioridad e importancia que requieren.

CONCLUSIONES

Se plantea la necesidad de darle la importancia requerida al problema de la desnutrición, estableciendo que existe una relación con el incremento de la morbilidad y los días estancia cama que aumentan el costo de la atención, reconociendo además que es un problema social y que requiere de un enfoque interdisciplinario, ya que son los sectores sociales de más bajos recursos y por consiguiente con malas condiciones de vida los que la padecen, expresándose en los grupos de edad más vulnerables, producto de una sociedad desigual.

Es importante aclarar que en cuanto al incremento de la mortalidad, no se pudo establecer estadísticamente la relación con la desnutrición, tal vez debido al tamaño de la muestra o más probablemente a la atención oportuna recibida sobre el cuadro infeccioso agregado, lo cual evita la muerte.

Por otra parte se confirma el hecho de que se desconoce la magnitud de la desnutrición, incluso dentro de la población derechohabiente en las UMF correspondientes, debido a un registro y seguimiento deficiente del paciente desnutrido, además de la influencia que tienen las limitaciones de los recursos humanos con que se cuenta, así como la falta de especificaciones y criterios homogéneos en el manejo y acciones sobre el paciente desnutrido.

Por último se establece que las acciones previas realizadas a primer nivel no influyen en el estado nutricional del paciente hospitalizado, ya sea por que se redujo el tamaño de la muestra, por que el tiempo necesario para estimar la influencia de las acciones no se consideró, ó a que las medidas médico institucionales tengan pocas repercusiones en la modificación de la misma, ya que la solución a dicho problema es compleja si reconocemos su causalidad social. Sin embargo éstas acciones no deben ser consideradas como inútiles, sino por el contrario tienen que ser mejoradas y superadas en la medida de -

lo posible, ya que como sabemos las medidas preventivas son - las más importantes para actuar efectivamente sobre una enfermedad y la desnutrición no es la excepción.

SUGERENCIAS.

Se ve la necesidad de impulsar los programas preventivos - que influyan efectivamente sobre la desnutrición, siendo importante un buen registro y seguimiento sistemático del paciente desnutrido en el primer nivel de atención, así como la atención real por un equipo interdisciplinario.

Se sugiere la necesidad de implantar centros de orientación y recuperación nutricional a nivel de las UMF, donde se debe de actuar en colaboración con las madres de familia.

Por último para próximos estudios se debe de tener en cuenta al valorar las acciones realizadas a primer nivel sobre los pacientes desnutridos, el tiempo requerido, que valore más exactamente los efectos de dichas medidas, para lo cual se requiere realizar un estudio longitudinal concurrente que parta del primer nivel.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Gómez F., Galvan-Ramos Desnutrición en estudios epidemiológicos sobre desnutrición infantil de México 1900-1980 Compilación Rivera J, Cassanueva IMSS México 1982 pp87-89
- 2.- Ramos-Galván, Cravioto J. Desnutrición en el niño. Compilación Rivera J, Cassanueva, IMSS México 1982 pp 63-86
- 3.- Bourges H. Panorama Alimentario de México, En revista -- Cuadernos de Nutrición, Vol 5 No. 1 jul-ag México 1981 pp 18-31.
- 4.- González Richmond A. La antropometría en la evaluación del estado nutricional. Bol. Med. Hosp. Infantil de Méx. vol 4 No. 3, México 1985 pp 207-211
- 5.- Valenzuela-Luegas -Marquet. Manual de Pediatría, edit Interamericana 10a. ed , México 1984 pp 86-89; 233-251
- 6.- Amador M., Bacallao J., Peña M. Capacidad discriminatoria de ciertos índices antropométricos para evaluar la desnutrición. Bol Of Sanit Panam 101(2), 1986 pp 101+110
- 7.- Ramos-Galván R. Somatometría pediátrica, ajustes para ambos sexos. Arch. Inv. Méd. , Vol 6 supl. (1), México 1975 pp 83-396.
- 8.- Jelliffe B. Evaluación del estado nutricional de la comunidad. OMS serie monográfica No. 53 Ginebra 1968 pp 68-83.
- 9.- Coma GF. Jr Interrelationships of nutrition and infection Fed, proc. 1979:38 pp 21-24

- 10.- Chandra R. Desnutrición protéico-energética en inmunología de trastornos nutricionales, Ed. Manual moderno, 1a. ed. , México 1982 pp 16
- 11.- García Tamayo F. La inmunidad del niño desnutrido, Bol. Med. Hosp. Inf. Méx. vol 39 No. 11 México nov 82. pp 697-704.
- 12.- Sabellini Martin. Epidemiología de la desnutrición. Cua desnos médicos sociales. Argentina 1981 No. 45 pp.45-54
- 13.- Moore Lappé F. Joseph Collins. El hambre en el mundo , diez mitos. COPIDER , México 1980 pp 3-57
- 14.- Ramírez Hernández J. y cols. La crisis de alimentos en México, un análisis de la situación alimentaria en los últimos años. Publicación L-29 de la división de Nutrición. INN-CONACYT-PROBAL, México , enero 1986. pp. 1-10 21-24.
- 15.- Cravioto J y Licarde. La desnutrición infantil y el ambiente social. En compilaciones de Juan Rivera Cassanue va IMSS , México 1982 pp 267-302.
- 16.- Vega Franco L. Influencia de la alimentación y la ablactación en el estado nutricional del niño lactante. Bol. Med. Hosp. Inf. Méx. Vol 4 No. 11 México Nov 84 pp. 630-635.
- 17.- López Acuña D. La salud desigual en México ed. siglo XXI 3a. edición, México 1982 pp. 42-84
- 18.- Alvarez Alva R. Evolución de algunas tasas de mortalidad y morbilidad en la población infantil derechohabiente en evaluación de los servicios médicos del IMSS. ed IMSS México 1944-1974 pp. 81-91

- 19.- Falco Contreras F. Futuro de la Pediatría institucional y posibles soluciones. en Evolución de los servicios médicos del IMSS México 1944-1974 pp. 121-126.
- 20.- Laracilla Alegre J. Estado y estado nutricional en la evaluación de lactantes con gastroenteritis. Rev Mex. de Pediatría, México agosto 1965 pp 343-348.
- 21.- Frank Silvestra. Futuro de la Pediatría Institucional. En evolución de los servicios médicos del IMSS. México 1944-1974 pp. 127-130.
- 22.- Proja Kochi F. y Góngora J, y López. Evaluación de los programas de alimentación complementaria patrocinados por PMA. Rev de alimentación y Nutrición. Vol 2, No.4 México 1976 pp 20-26.
- 23.- Avila Cisneros I. Análisis histórico de las actividades pediátricas del IMSS. En evolución de los servicios médicos del IMSS 1944-1974, México pp 101-106
- 24.- Jefatura de servicios Médicos del INSS, Programa de control de niño sano, IMSS, archivo de UMF 33 1984.

CUESTIONARIO

() DESNUTRIDO

() EUTROPICO

ESTA TESIS NO DEBE

SALIR DE LA BIBLIOTECA

- I.-
 NOMBRE DEL NIÑO: _____ PESO: _____ TALLA: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 No. Filiación: _____ Domicilio: _____
 Clínica de adscripción: _____ Consultorio: _____ FECHA: _____

II.-

- 1.- ¿Sabe Ud. si su hijo está bien de peso?
 () No () Si hace que tiempo? _____
 2.- ¿Qué tiempo hace que lo lleva a su clínica?
 () menos de 3 meses () más de 3 meses () más de 1 año
 3.- ¿Por qué causas los lleva a consulta?
 () por bajo peso () diarrea
 () problemas respiratorios () otros _____
 4.- ¿Ha recibido consulta el niño, para control de peso antes de llegar al hospital?
 () No () si
 5.- desde que edad? _____
 6.- ¿Con qué frecuencia?
 () cada mes () cada 3 meses () cada 6 meses
 7.- ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado? _____
 8.- ¿Por qué causas? _____
 9.- ¿Cuántas veces se ha enfermado el niño en los últimos 3 meses?
 10.- ¿De qué? _____
 11.- ¿Ha recibido alguna plática para saber que darle de comer al niño?
 () NO () SI
 ¿por quién? _____ ¿hace que tiempo? _____

III.-

- 12.- ¿le dió al niño pecho? () NO () SI hasta que edad? _____
 13.- ¿A que edad le dió otro tipo de alimento aparte de la leche?
 () menos de 3 meses () de 6 a 1 año
 () de 3 a 4 meses () más de 1 año
 () de 4 a 6 meses
 14.- Veces a la semana que le dá al niño:
 a) leche _____ entera () modificada ()
 frecuencia _____ cantidad _____ onz dilución _____
 b) carne _____ e) verdura _____
 c) huevo _____ f) fruta _____
 d) atole de harina _____
 15.- esterilización terminal de biberones: () SI () NO

IV.-

- 16.- escolaridad de la madre: _____ Edad: _____
 17.- Ocupación del padre: _____ de la madre: _____
 18.- No. cuarto de la casa: _____
 19.- No. de personas que viven en la casa; _____
 20.- Ingreso mensual: _____
 21.- gasto semanal en comida: _____
 22.- disposición de excretas: () aire libre () letrina
 () fosa séptica () drenaje.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE URGENCIAS Y ESPECIALIDADES "LA QUEBRADA"

PEDIATRIA

1	FENENINO
2	CONSULTA EXTERNA
3	R.N. (HASTA 1/12)
4	31/30 A 6/12
5	6/12 1/30 A 12/12
6	12/12 1/30 A 24/12
7	8 AÑOS A 6 AÑOS
8	MAS DE 6 AÑOS
9	OBESO
10	DESNUTRIDO DE 1er. GRADO
11	DESNUTRIDO DE 2o. GRADO
12	DESNUTRIDO DE 3er. GRADO
13	CLINICA 60
14	CLINICA 62
15	CLINICA 64
16	REINGRESO
17	1er NIVEL
18	2o. NIVEL
19	3er. NIVEL
20	DEFUNCION
21	24 HORAS

FECHA INGRESO		
FECHA EGRESO		
CEDULA		CEDULA
AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRE
DOMICILIO		TELEFONO
OBSERVACIONES:		

25 HORAS A 72 HORAS	72 HORAS Hasta 7 DIAS	MAS DE 7 DIAS	PROCEDIMIENTOS ESFS.	QUIRURGICOS	GASTROENTERITIS	PARASITOSIS	AMIBIASIS	SINDROME DE MALA ABSOR.	D.H.E. y/o A/B	SHOCK	SEPTICEMIA	PERITONITIS	VIAS RESPIRATORIAS ALTAS	VIAS RESPIRATORIAS BAJAS	PARENQUIMA PULMONAR	PLEURA	CARDIOPATIAS	I. CARDIACA	GENOPATIAS	NEFROPATIAS
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45

FIEBRE D ORIGEN A DETERMINAR	51
IATROGENIAS	52
ENDOCRINOPATIAS	61
MANEJO ANTIMICROBIANO	60
ALERGIAS	59
TRAUMATOLOGIA	58
ENF. AUTOINMUNES	57
INTOXICACIONES	56
ICTERICIAS	55
OFTALMOLOGIA	54
O. N. 6.	53
Enf. bacteriologicas y otras infecciones	52
ONCOLOGICOS	51
PROB. HEMATOLOGICOS	50
ANEMIAS	49
DERMATOSIS	48
MUSCULO ESQUELETICO	47
S.N. PERIFERICO	46
Prob. no inf. de SNC, psiquiatricas	45
INFECCION S.N.C.	44
INF. VIAS URINARIAS	43