

28  
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

**LA ATENCION AL NEONATO DE ALTO  
RIESGO Y LA INTERVENCION DEL  
TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROGRAMA  
DE SEGUIMIENTO PEDIATRICO DEL  
INSTITUTO NACIONAL DE  
PERINATOLOGIA**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

P R E S E N T A :

**MARTHA GUILLERMINA MOLINA CASTRO**

MEXICO, D. F.

1992

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## **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.

<b>INDICE</b>	<b>PAG.</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I</b>	
<b>1. INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA (INPer)</b>	<b>4</b>
1.1. Origen y significado del emblema del INPer.	5
1.2. Antecedentes Históricos del INPer.	7
1.3. Objetivos Generales del Instituto Nacional de Perinatología.	9
1.4. Funciones Generales del Instituto Nacional de Perinatología.	10
1.4.1. Enseñanza	11
1.4.2. Investigación	16
1.4.3. Asistencia	19
1.5. Organización del INPer.	24
1.5.1. Subdirección General Médica.	24
1.5.1.1. Divisiones que constituyen la Subdirección General Médica	25
1.5.1.2. División de Pediatría y sus funciones	26
1.5.1.3. Funciones de los Departamentos de la	

**CAPITULO 2**

**2. TRABAJO SOCIAL EN EL INPer. 31**

**2.1. Objetivos y Funciones de Trabajo Social**

**dentro del INper. 32**

**2.1.1. Objetivos 32**

**2.1.2. Funciones del Trabajador Social en el INPer 35**

**2.2. Trabajo Social en el Programa de Seguimiento**

**Pediátrico 36**

**2.2.1. Objetivos 37**

**2.2.2. Funciones 37**

**2.2.2.1. Asistencia 38**

**2.2.2.2. Enseñanza 41**

**2.2.2.3. Investigación 41**

## **CAPITULO 3**

<b>3. SELECCION DEL PACIENTE EN SEGUIMIENTO PEDIATRICO</b>	<b>44</b>
3.1. Flujograma de Pacientes	44
3.2. Canalización de pacientes según su riesgo de nacimiento.	45
3.3. Neonato de Alto Riesgo	47
3.4. Patologías más frecuentes que presentan los niños del Programa de Seguimiento Pediátrico	48
3.5. Unidades de referencia que presentan los niños del Programa de Seguimiento Pediátrico	53

## **CAPITULO 4**

<b>4. SEGUIMIENTO PEDIATRICO Y SUS ESPECIALIDADES</b>	<b>55</b>
4.1. Objetivos	55
4.2. Políticas	57

4.3. Organigrama de las especialidades	57
4.4. Funciones de los Médicos Especialistas y paramédicos	58
4.5. Especialidades del Seguimiento Pediátrico	60
4.5.1. Especialidades Médicas	60
4.5.2. Especialidades Paramédicas	65
4.5.3. Especialidades Asociadas	68
 <b>CAPITULO 5</b>	
 <b>5. INVESTIGACION DE CAMPO A LOS PACIENTES DEL SEGUIMIENTO PEDIATRICO</b>	
	71
5.1. Metodología	71
5.1.1. Investigación Bibliográfica	71
5.1.2. Selección de la Muestra	71
5.1.3. Recolección de la Información, Técnicas Instrumentos	72
5.1.4. Objetivos	73
5.1.5. Hipótesis	73

5.1.6. Tratamiento de Datos	74
5.2. Descripción y Analítica de la información	75
5.2.1. Descripción	75
5.2.2. Análisis de la Investigación	94
5.3. Conclusiones de la Investigación	114
<b>CAPITULO 6</b>	
<b>6. PROPUESTAS DEL TRABAJADOR SOCIAL</b>	<b>117</b>
6.1. Aportaciones del Trabajador Social	117
6.2. Propuestas para el INPer	123
<b>CONCLUSIONES GENERALES</b>	<b>125</b>
<b>SUGERENCIAS</b>	<b>128</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>130</b>

**GLOSARIO**

**133**

**BIBLIOGRAFIA**

**142**

## INTRODUCCION

Es importante resaltar que niños y jóvenes son la riqueza potencial de una sociedad, por tanto deben contar con las mejores condiciones para su bienestar físico, mental y social, ya que no es posible concebir el mejoramiento de una nación si no se cuenta con una población sana.

Todos los individuos al nacer estamos inmersos a un medio ambiente, al cual nos vemos integrados conforme nos desarrollamos. Existen factores que van a facilitar o dificultar ésta integración. Estos factores están determinados por aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

En el INPer existe un programa que nos permitió conocer cuales son los factores que influyen en el desarrollo integral del paciente; enfocándonos en el aspecto social encontramos fundamental la importancia que tiene el papel del Trabajador Social para alcanzar el objetivo del Programa, debido a que es el primer profesionalista que tiene contacto directo con el neonato de alto riesgo y los familiares del paciente, ya que del Trabajador Social depende la inclusión al Programa puesto que entre sus funciones cuenta con la capacidad adecuada para dar una orientación, motivación y concientizar a los padres de los pacientes, de lo que significa el Seguimiento Pediátrico, haciendo hincapié de la importancia que tiene el que sus hijos reciban el Servicio Médico, otra de las funciones del Trabajador Social en el Programa, es el captar a todos los neonatos de alto riesgo, candidatos conforme a los parámetros establecidos en el Programa de Seguimiento Pediátrico.

Tomando para ello factores como: la edad de la madre, escolaridad y ocupación de la misma, número de hijos vivos, tipo de familia, ingresos y egresos, tipo de vivienda, considerando principalmente el diagnóstico del menor, su estado de salud, tomando en cuenta los datos como: sexo, edad gestacional, peso al nacer,

estado neurológico y la problemática familiar, siendo estos de gran importancia para la prevención de muchas enfermedades que entorpezcan la vida y el desarrollo del individuo y, la óptima respuesta y eficiencia del servicio.

En base a esta problemática se ha detectado que también existe inasistencia e irregularidad a las citas por parte de los padres; éstas pueden ser por falta de interés de los familiares, por defunción del paciente, etc. Durante el proceso de la Investigación se detectó esta problemática la cual busca una solución al problema a través del personal médico y paramédico, entre los que se encuentran Médicos, Trabajadoras Sociales, Antropólogos, Psicólogos, Neonatólogos, Enfermeras, etc. pues la tarea primordial en este campo es, el generar elementos y aportaciones, que permitan la intervención en el diagnóstico oportuno, en el manejo y prevención de secuelas bio-psico-sociales de diversos grados, que limitan al individuo para interactuar adecuadamente con el medio que lo rodea y con el Programa.

En ésta Investigación se pretende analizar algunos de los factores sociales que influyen en forma determinante en el desarrollo físico mental del neonato de alto riesgo (de acuerdo al Programa de Seguimiento Pediátrico en el INPer).

En el Primer Capítulo, se inicia primeramente por un panorama general del Instituto, su Organización y Departamentos que, en este caso nos enfocamos en la Subdirección General Médica y todos los Departamentos que la forman, hasta llegar a nuestro punto de referencia que es el Departamento de Seguimiento Pediátrico. En el Segundo Capítulo nos abocamos en las Funciones de Trabajo Social, en general dando una breve explicación de éstas, las cuales realiza ésta Área en el INPer, pero en especial y ya haciendo más referencia a Trabajo Social del Programa de Seguimiento.

En el Tercer Capítulo se mencionan algunos puntos importantes, como es la selección del paciente al Seguimiento Pediátrico, que características se toman para

seleccionar al paciente, dando una definición de que es un neonato de alto riesgo, que es nuestro sujeto de estudio, donde también se mencionan las patologías que el INPer considera más frecuentes en éste caso.

En el Cuarto Capítulo se da un panorama de lo que es el Seguimiento Pediátrico y las especialidades que lo forman y que brinda a los pacientes inscritos en el mismo. Así como su definición y sus funciones, las cuales se dividen en Médicas, Paramédicas y Asociadas.

Como 5° Capítulo, la Investigación de Campo, que fue trabajada por una muestra de pacientes que están vigentes y que nacieron en el periodo de enero a diciembre de 1990 en lo cual se apoyó en realizar visitas domiciliarias aplicando los cuestionarios de asistencia e inasistencia al servicio que para obtener los resultados se acudió a las estadísticas, cruce de variables, tabulación de la información recopilada y, a la revisión de expedientes consultando las notas neurológicas, psicológicas y sociales con el fin de contestar a nuestros objetivos y corroborar la Hipótesis planteada.

Como último punto se dan algunas conclusiones sobre la Investigación en el Instituto, así como para el Seguimiento. Además, en base a los resultados obtenidos, se mencionan algunas propuestas y sugerencias, para minimizar algunos problemas que se observaron durante la Investigación.

Por otra parte, para obtener mejores resultados a lo propuesto, es importante que los padres de los niños que nacieron con problema de alto riesgo en el INPer conozcan las posibles consecuencias a futuro de sus hijos, y que a su vez se comprometan a mantener un control más cercano sobre la salud de los mismos, independientemente de su situación socioeconómica.

## CAPITULO 1

### 1. INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA (INPer)

El Instituto Nacional de Perinatología INPer, se encuentra ubicado al poniente de la ciudad de México D.F. en Montes Urales NO. 800 Col. Lomas Virreyes, Delegación Miguel Hidalgo CP. 11000. En una zona residencial. Está conformado por una estructura que se adaptó a sus demandas: "cuenta con cuatro edificios; el edificio "A" Consulta Externa; edificio "B" Hospitalización; edificio "C" Auditoría y Oficinas de Gobierno y edificio "D" Servicios Generales, Talleres de Conservación y Mantenimiento y Guardería ". 1

Esto no significa que en él se atiendan únicamente a pacientes que vivan en la zona, sino dependiendo del riesgo Gineco-Obstétrico (madres con problemas de embarazo de alto riesgo).

"Las autoridades Gubernamentales del país han designado al Instituto Nacional de Perinatología como un Centro de Tercer Nivel (se atienden casos que requieren de atención especial) por lo que en sus esquemas de asistencia médica integral hace eco a los propósitos del Plan Nacional de Desarrollo en materia de salud y a los objetivos del Programa Nacional de Salud, a través de apoyo asistencial en el área de la Reproducción, Crecimiento y Desarrollo Humano." 2

Una vez que el Instituto se designó como un Centro de Tercer Nivel, éste se diferencia de los Hospitales, ya que su finalidad o propósito es la Investigación Científica mientras que los Hospitales únicamente dan asistencia médica.

"A partir de sus años de descentralización, abril de 1983, el Instituto ha adquirido experiencia Institucional en todos los renglones y ha contemplado la evaluación como un proceso de maduración; de todo el equipo de salud que en el labora en

---

1 Instituto Nacional de Perinatología Memoria 1983-1988

2 Ibid pág. 72

forma estable, la gran mayoría son jóvenes recién egresados del periodo de intensa preparación técnica... La Institución, el tiempo y la labor diaria han ido actuando sobre ellos y, a la fecha han permitido a muchos encontrarse con sus grandes anhelos. Conocer ya sus inclinaciones vocacionales y el grado en el que en ellos toman parte la docencia, los diferentes niveles y modalidades con las que se imparten en la Institución, la investigación clínica y básica y la práctica asistencial."<sup>3</sup>

Han existido varias modificaciones dentro del Instituto, como "el sistema de organización asistencial que permitió incrementar el rendimiento técnico y científico de los diferentes servicios de Ginecología y Obstetricia, así como los de Neonatología. La investigación esta indiscutiblemente ligada a la práctica de cualquier ciencia y es indisoluble de la enseñanza superior, debe recibir un impulso en gran escala, sometida a un organizado proceso de coordinación que evite el desperdicio de energía y recursos materiales, pero que facilite un desenvolvimiento científico a tono con el que los demás renglones tiene nuestro país."<sup>4</sup>

### 1.1. ORIGEN Y SIGNIFICADO DEL EMBLEMA DEL INPer.

Para valorar debidamente la importancia que tiene el origen y significado del emblema del INPer; es necesario partir de la época prehispánica enfocándonos en la cultura Mixteca, que para testimonios histórico se hace énfasis a sus códices culturales.

"Se origina en uno de sus códices precortesianos que se han presentado y estudiado convenientemente, el llamado "Códice Souche-Nuttall", casos o acontecimientos importantes que tuvieron lugar en los poblados de Tezoacoalco y Tilantango de la Zona Mixteca allá por el año 692 de nuestra Era.

<sup>3</sup> Ibid Cap. V, págs. IV y V.

<sup>4</sup> Ibid pág. IX

Se trata en su mayoría de su historia genealógica de esas ciudades mixtecas con referencia a sus reyes, los padres de estos, las guerras se sostuvieron con quien se casaron, los nombres de sus hijos con la fecha en que nacieron, etc.

Una de estas historias se refiere a la vida de una princesa por supuesto mixteca, la princesa 3-Pedernal. Esta princesa conocía al príncipe 5-Flor quien hizo un largo recorrido para solicitarla en matrimonio en el año 7 Caña.

Como consecuencia del matrimonio en el año 3- Pedernal, la princesa dio a luz a una niña que, por haber nacido en tal año y de acuerdo con la costumbre mixteca, se llamó igual que su madre "3-Pedernal".

Después del parto, la princesa madre, fue sometida según las costumbres imperantes, a un baño de temascalli.

El dibujo del parto se tomo como representativo del Instituto Nacional de Perinatología, por las siguientes razones.

La princesa está representada en el momento de la expulsión de su hija y se le ve en posición "semisentada". Esta posición es equivalente a la posición "en cuclillas" que aún es usada por las mujeres de áreas rurales en América. Es además la posición natural para dar a luz y más adecuada. El Instituto la está reimplantando.

La recién nacida aún se encuentra unida a su madre por el cordón umbilical, significando el continuó de la vida.

La mujer "3-Pedernal" esta adornada por la serpiente emplumada, que según el Dr. Caso, se puede interpretar precisamente como símbolo de realeza y que, en interpretación libre, podemos señalar que, dado que en todas las culturas, en este caso pudiera significar: "La acción médica protegiendo el parto para evitar daño al recién nacido".

Al pie de la recién nacida se observa un dibujo que parece representar la estera o "petate" para que sea acostada. Ello puede significar la atención que los mixtecos

daban a los cuidados inmediatos al recién nacido; temperatura corporal, alimentación y arrullo. Finalmente la escena está rodeada por un círculo que bien se puede ahora interpretar como "todo lo que rodea al nacimiento de un nuevo ser" que en una sola palabra es Perinatología."5

## 1.2. ANTECEDENTES HISTORICOS.

"El antecedente más antiguo del Instituto Nacional de Perinatología, como Instituto de salud, se remonta al año de 1921 durante el periodo presidencial de Gobierno de Alvaro Obregón cuando se edifica con carácter de beneficencia privada la Maternidad "Casa del Periodista"; ocho años después, el 4 de mayo de 1929, durante el mandato del Presidente Pascual Ortiz Rubio cambia su línea de dependencia al Comité Nacional de Protección a la Infancia y posteriormente a la beneficencia Pública. En 1937, el Presidente Lázaro Cárdenas establece la Secretaría de Asistencia Pública que absorbe todos los establecimientos con funciones en la materia. Durante la gestión del Presidente Luis Echeverría Alvarez, en 1976, se expropia el medio ocupado por la hasta entonces conocida como "Maternidad Isidro Espinosa de los Reyes", dependiente de la Secretaría de Salubridad y asistencia, para formar parte de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN). Por considerar que esta Institución y el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia compartan objetivos y programas comunes, se fusionan y por decreto presidencial del 10 de Enero de 1977 se constituye el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el ya entonces Instituto Nacional de Perinatología pasa a formar parte de la dependencia.

---

5 Folleto del INPer

Durante la administración del Presidente Miguel de la Madrid Hurtado, se expidió un decreto con fecha 20 de diciembre de 1982 en donde se modifica y se consolida la estructura orgánica funcional del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, incorporándole los Servicios de Asistencia Social y Rehabilitación, así mismo, dispone que se desliguen del Sistema los Institutos Nacionales de Pediatría y de Perinatología. Con fecha 29 de abril de 1983 el Presidente Miguel de la Madrid Hurtado da a conocer en el Diario Oficial que con base a la Fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en el Artículo 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y que; considerando:

- Que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia ha sido reestructurado con objeto de racionalizar los programas de Asistencia Social y Rehabilitación vinculadas a esta, así como los servicios de Salud.

- Es propósito del Gobierno de la República acelerar el progreso de establecimiento de un Sistema Nacional de Salud, conducido por la autoridad sanitaria que permita un uso más productivo de los recursos que destina la sociedad al campo de la salud.

- El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia cuenta con el Instituto Nacional de Perinatología cuya alta calidad asistencial, docente y de investigación hace conveniente que goce de autónoma estructurándolo como Organismo Público descentralizado, bajo la coordinación de la Autoridad Sanitaria en los términos de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y

La Descentralización del Instituto Nacional de Perinatología, además de no representar erogaciones adicionales, permitir un uso más eficiente y productivo de los recursos que actualmente se le asignan.

Dadas las características de la población mexicana, conformada en su mayor parte por personas jóvenes, las expectativas que se contemplan al futuro inmediato, y mediato, desde el punto de vista de Salud Pública, han hecho que la atención materna infantil se ubique como un programa prioritario de salud nacional, ya que no solamente en el aspecto cuantitativo lo que define al problema, sino la trascendencia que tiene el fenómeno de la producción humana que desde una perspectiva biopsicosocial pone de manifiesto la vulnerabilidad de los seres y la eficiencia de las medidas preventivas en la resolución de problemas graves de morbilidad materna, fetal y neonatal además del impacto que tiene sobre la evolución ulterior del recién nacido.

El análisis de esta problemática dio el fundamento claro que la nueva Institución como Organismo Público Descentralizado con personalidad Jurídica y patrimonio propio se propusieran los siguientes objetivos,<sup>6</sup> y que hasta la fecha se han llevado a cabo.

### **1.3. OBJETIVOS GENERALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA**

Los Objetivos que el INPer ha propuesto son los siguientes:

1.3.1. Proporcionar atención médica a mujeres con embarazo de riesgo elevado, así como servicios para la reproducción, crecimiento y desarrollo humano;

1.3.2. Realizar Investigación Clínica y Básica en las disciplinas biomédicas vinculadas a la Perinatología;

---

<sup>6</sup> Memoria Op Cit.

1.3.3. Impartir docencia para la formación de Recursos Humanos en el campo de la Perinatología;

1.3.4. Difundir conocimientos en el área de Perinatología;

1.3.5. Actuar como órgano de consulta de las distintas dependencias y entidades públicas en materia perinatólogica;

1.3.6. Presentar asesoramiento a la Secretaría de Salud cuando esta lo solicite en las disciplinas que fomenta el Instituto;

1.3.7 Apoyar los programas de Salud Pública.\*6

Como podemos ver, se proporciona atención médica a mujeres de embarazo de alto riesgo, por lo que se ha identificado el INPer a nivel Nacional e Internacional en este aspecto, de él emanan los múltiples trabajos de Investigación que se presentan en los diversos Congresos de Gineco-Obstetricia, Neonatología y demás ramas existentes en dicha Institución, así mismo se imparte docencia para la información de Recursos Humanos como Médicos, Enfermeras, Trabajadoras Sociales, Psicólogos y demás áreas; siendo parte importante en los programas de Salud Pública\*.7

#### 1.4. FUNCIONES GENERALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

De acuerdo a los objetivos generales del Instituto Nacional de Perinatología, \*se ve la necesidad de contar con tres funciones sustantivas:

- Asistencia Médica,
- Enseñanza e
- Investigación;

---

7 Ibid Memoria Cap. X

que se realizan, no solamente para la población, sino también para el personal que constituye al Instituto.<sup>8</sup> A continuación se describen.

#### 1.4.1. Enseñanza.

La enseñanza es una de las funciones que como toda Institución de Tercer Nivel es importante y necesario para la formación continua del personal capacitándolo en todas las áreas, y que atienda necesidades asistenciales de dicha Institución.

"A partir de la Descentralización del Instituto Nacional de Perinatología, en el año de 1983 la Subdirección General de Enseñanza y Educación Profesional fija como su tarea esencial el logro de tres grandes objetivos; que son los siguientes:

- Formar recursos humanos de alta calidad destinados a trabajar en el campo de la reproducción humana y la salud perinatal.
- Mantener la actualización del personal propio de la Institución y contribuir a la Educación permanente de los profesionales externos, relacionados con la Perinatología.
- Promover la concientización individual y familiar sobre la importancia de las diversas etapas del proceso productivo, principalmente entre las pacientes usuarias de los servicios del Instituto".<sup>9</sup>

"Para alcanzar los objetivos se planeó una organización que permitiera, por un lado, el desarrollo de las tres acciones antes mencionadas: Formativa, Continua, Comunitaria en forma interrelacionada, y por otra, aplicarla a los diferentes niveles de atención, incluyendo en el primero la Educación de las pacientes como elemento decisivo de su bienestar bio-psico-social".<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> *Ibid* Memoria pág. 13

<sup>9</sup> *Ibid* pág. 129.

<sup>10</sup> *Ibid* pág. 29 y 30

## CUADRO I

Formativa ---- Comunitaria ---- Continua

Primer Nivel ---- Externa

Posgrado ---- Segundo Nivel ---- Interna

Tercer Nivel

Una vez anotado el cuadro de la organización de Enseñanza, daremos una breve explicación de la acción de cada una de estas y como van relacionadas entre sí; en primer lugar se tiene:

### 1.4.1.1. Enseñanza Formativa:

"El instituto participa en la formación de recursos humanos impartiendo diversos cursos a nivel Licenciatura en el área médica y paramédica (Gineco-Obstetricia, Endocrinología, Infectología, Enfermería y Trabajo Social) en la medida de la capacidad física del propio Instituto y de sus características como centro de alta especialidad... Cuenta con un amplio programa de tutoría para el desarrollo de Tesis en los distintos Servicios, así como con varios campos clínico para Servicio Social en las diversas disciplinas cinéticas y técnicas que congregan la Institución.

"Enseñanza de Posgrado es la primera acción dentro de los objetivos antes mencionados que reviste especial importancia en los programas académico del INPer, ya que a través de ella el Instituto logra uno de sus más trascendentes objetivos. Se imparten las especialidades de Ginecología y Obstetricia y Biología de la Reproducción bajo programas reconocidos por la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, y se encuentra en fase de revisión final por el H. Consejo de la misma Universidad, los programas de las especialidades de Neonatología y Medicina Perinatal que se imparten en la Institución desde hace varios años y que cuenta con gran prestigio y demanda tanto en el país como en Centro y Sudamérica.

Se desarrollan diferentes protocolos para la obtención del grado de Maestría en Ciencia Médica que confiere la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Se realizan además otros cursos formativos - no universitarios- dentro del programa de Posgrado para Profesionales o Técnicos, sobre Nutrición Clínica Epidemiológica, Infectología e Inmunología Perinatal, Educación para la Reproducción y Enfermería Perinatal que responde a la necesidad de formar recursos humanos en áreas específicas."<sup>11</sup>

#### 1.4.1.2. Enseñanza continua

Esta segunda acción se realiza por medio de programas de Educación Continua Interna o Externa.

"La actualización de los conocimientos de los profesionales o técnicos que laboran en el Instituto es el objetivo principal de los programas de Educación Continua

---

<sup>11</sup> Ibid pág. 130, 131, 134, 139 y 140.

Interna, para lograrlo se incluyen sesiones clínicas de investigación, de morbimortalidad, etc. que buscan alcanzar los objetivos propuestos a través de la participación activa de los asistentes, se realizan cursos específicos de actualización al personal, se otorgan becas al mismo para asistir a cursos o reuniones en otras Instituciones de prestigio, para apoyar las necesidades educativas de los trabajadores del INPer; estas becas son destinadas a las áreas de Medicina, Enfermería y para otras profesionales como Psicología, Trabajo Social, etc.

Esta Educación permanente para el personal, es complementada con la Educación Externa para la capacitación de aquellos profesionales que laboran fuera del Instituto en actividades relacionadas con la Reproducción Humana y la Perinatología en cualquiera de los tres niveles de atención.<sup>12</sup> (El Primer Nivel que consiste en la prevención y detección de enfermedades, para lo cual, se cuenta con Centros de Salud, clínicas del IMSS e ISSSTE. El Segundo Nivel es la atención brindada en Hospitalización de acuerdo al diagnóstico emitido y para ello se cuenta con Hospitales Infantiles, Hospitales Generales, etc. Y el Tercer Nivel en el cual, por la patología, se requiere de una serie de elementos más sofisticados por el tipo de enfermedad o diagnóstico que se presentan, en el que encontramos a los Institutos Nacionales como el INPer, el Instituto de Pediatría, el IMAN, etc.).

Para lograr éste segundo objetivo se realizan diversos tipos de eventos, como son: cursos de actualización, cursos monográficos y talleres sabatinos de actualización; estos con el objeto de cubrir las necesidades de especialistas, ya sea del país o extranjeros, la actualización de los temas de Salud Perinatal, involucrando a disciplinas diversas como: Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Psicología entre otras. Los talleres son dirigidos a trabajadores del 1° y 2° nivel del área de salud,

---

<sup>12</sup> Ibid pág. 140, 143, 146.

que revisan en forma rápida problemas concretos de Salud Perinatal y Reproducción Humana.

#### 1.4.1.3. Enseñanza Comunitaria:

Es la 3 acción que se desempeña dentro de la función de Enseñanza y va dirigida especialmente a la comunidad. La Educación a la población en edad reproductiva, especialmente la que concurre a los servicios del Instituto, ocupa un lugar prioritario dentro de las actividades docentes, se cubre aquí el 3er objetivo propuesto a través del programa de Educación para la Reproducción en sus tres etapas: Pregestacional, Gestacional y Posparto; que incluyen metas, contenido, técnicas y apoyos didácticos editados por el propio Instituto para su aplicación Interna, así como en otros centros gubernamentales o particulares. El resultado logrado por estos cursos se valora por medio de investigaciones que muestran el cambio de conocimientos y conducta de los asistentes y el impacto logrado en su estado de salud.

El programa Pregestacional se ofrece al Público en general en forma de coloquios sabatinos en que se revisan aspectos primordiales de la reproducción como: Sexualidad, Planificación Familiar, Paternidad, Embarazo y Parto, etc.

Los cursos Gestacional y Posparto se imparten a las pacientes que se atienden en el propio Instituto, en forma de conferencias, practicas y sesiones de trabajo periódicas que realizan las embarazadas a partir del 5° mes de su gestación y posteriormente al parto; se abordan en ellas aspectos informativos sobre reproducción, identificación de signos y síntomas de alarma, preparación psicofísica al parto, cuidados higiénico-dietético. Planificación familiar, alimentación y estimulación del recién nacido, etc."<sup>13</sup> Esto con el propósito de dar una mejor

---

13 Ibid 151, 152

orientación a todas las madres que son atendidas en el INPer, y que posteriormente desarrollen una mejor atención a sus hijos, ya sea primigesta o multigesta.

"Debido a que la asistencia a estos cursos se limita por la capacidad física propia del servicio, se ha tratado de difundir su utilidad por medio de la formación de Educadores en Reproducción a partir de Profesionales y Técnicos interrelacionados con estas disciplinas procedentes de diversas Instituciones de Salud, con el objeto de que puedan aplicarlas en sus centros de trabajo, principalmente en el 1er. nivel."<sup>14</sup>

#### 1.4.2. Investigación:

La Investigación es otra función que desempeña el Instituto, que con altos conocimientos por parte del grupo interdisciplinario se logra el objetivo previamente especificado.

En los conocimientos de la Reproducción Humana influyen un sinnúmero de disciplinas con vínculos biológicos, sociales y del comportamiento humano que ofrecen perspectivas amplias de análisis; en este sentido, las líneas de investigación se establecen para continuar conceptos tradicionales, propiciar conocimientos de frontera y desarrollar nuevas tendencias en la atención materno infantil.

Para cumplir con el Plan Nacional de Desarrollo en Materia de Salud, el Instituto Nacional de Perinatología centra sus esfuerzos de Investigación en dos grandes vertientes; la Primera se refiere a la actividad asistencial cotidiana, en donde el ejercicio sistematizado de acción, el análisis de los hechos de la evaluación de resultados confluyen en protocolos clínico, sociales y epidemiológicos, resultado de la labor diaria.

---

<sup>14</sup> Ibid 152

El Segundo tiene como propósito la creación de infraestructura y la formación de recursos humanos, cuenta con las áreas específicas y personal altamente capacitado que se involucra fundamentalmente en la investigación básica, experimental y analítica."15

Actualmente se está formando una torre específica de Investigación con un alto nivel tecnológico que ayudará al incremento de dichos protocolos de investigación en las diversas áreas del Instituto.

En la investigación, los esfuerzos que se realizan dentro de un programa, tiene como "aplicación última mejorar la calidad de vida y abatir las tasas de morbimortalidad; por esto, se establece una cadena de acciones que amalgaman conceptos básicos y clínico para resolver las incógnitas en la prestación de Servicios de Salud.

La investigación clínica que realiza el INPer es de acuerdo a los riesgos durante el embarazo incluyendo el conocimiento de causas responsables de morbimortalidad materna y perinatal, contemplando el estudio de problemas genéticos y/o congénitos... factores ambientales que influyen sobre el desarrollo humano, sensibilidad y especificidad de los métodos diagnósticos que permiten identificar el crecimiento y desarrollo de la unidad fetoplacentaria hasta el final del embarazo...que da lugar a la prevención profiláctica o terapéutica probada para la toma de decisiones.

Otro objetivo de la Investigación es el análisis del Trabajo de Parto, el uso de medicamentos y la operatoria más indicada para la culminación del nacimiento poniendo énfasis a la operación cesárea y la aplicación de fórceps y sus resultados finales."16

"La estrategia planteada en el área pediátrica, responde también a la inquietud de desarrollar líneas aplicables en todos los niveles de atención que influyen

15 Ibid 285

16 Ibid pág. 286

problemas de terapia intensiva neonatal, análisis epidemiológicos de las causas de morbimortalidad y criterios para la identificación de riesgo neonatal. El desarrollo de técnicas útiles para unidades de cuidados intensivos del recién nacido. Finalmente el concepto de alojamiento conjunto que favorece los proyectos de investigación sobre las respuestas materna y familiar al recién nacido y su adaptación biopsicosocial. Como investigación final quedan también los protocolos multidisciplinarios relacionados con el Seguimiento Pediátrico, en donde participan Médicos, sociólogos, antropólogos, trabajadores sociales, Psicólogos y de otras especialidades afines, que tienen por objeto la detección y tratamiento de lesiones funcionales en etapa temprana."<sup>17</sup>

Por otro lado los problemas relacionados con la esterilidad y la infertilidad.

"Estas acciones han tenido por objeto establecer la confiabilidad de los métodos clínico, de laboratorio y gabinete útiles en el diagnóstico y la terapéutica médico-quirúrgica de los problemas que enfrentan la atención materno-infantil y la reproducción. Con el fin de sistematizar la investigación dentro del Instituto y hacerla congruente con las necesidades del país y las recomendadas de instancias superiores como la Ley General de Salud y el Reglamento en Materia de Investigación para la Salud.

Se han desarrollado actividades con el objeto de asesorar, revisar y corroborar que los proyectos de investigación se realicen con las técnicas en materia de investigación, que se establecen de acuerdo al Reglamento General sobre Investigación en Humanos, emitido por la Secretaría de Salud. Dichas comisiones emiten, proporcionan asesorías a los investigadores, en la presentación y para la ejecución de los proyectos de acuerdo a los criterios, umbrales y prioridades institucionales."<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> *Ibid* pág. 289...292

<sup>18</sup> *Ibid* pág. 292...295 y 298

### 1.4.3. Asistencia:

Es otra de las funciones que desempeña el Instituto. Asistencia Médica, es la atención que brinda el INPer al paciente de acuerdo a sus necesidades patológicas de riesgo elevado que presenten, independientemente de la clase social a la que pertenezca. Por lo que se refiere al Instituto, "la atención Materno-Infantil, por el impacto que tiene sobre el futuro del hombre es quien ha marcado la pauta en los programas de salud en gran escala. Por ello que para cumplir con los propósitos del Plan Nacional de Desarrollo en materia de salud y a los objetivos del Programa Nacional de Salud, a través del apoyo asistencial en el área de la reproducción, crecimiento y desarrollo humano, existen tres áreas que deben ser analizadas: - Las características propias del Instituto en el Area Asistencial, - El perfil de la población en la que derrama sus servicios y - Finalmente su integración dentro de la estructura del sector al que pertenece.

El Instituto cuenta con una planta física que se ha ido adaptando de acuerdo con las demandas asistenciales; de manera general se puede dividir en tres grandes áreas que se integran por la Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización."19

La Consulta Externa está distribuida por las especialidades de: "Ginecología y Obstetricia, Neonatología y Seguimiento Pediátrico, Endocrinología, Cardiología, Genética, Medicina Interna, Anestesiología, Infectología, Fisiología de la Reproducción, Hematología, Oncología Ginecológica, Endocrinología de la Reproducción, Dietética, Planificación Familiar y Clínica de Tabaquismo.

En consultorios específicos, por las necesidades técnicas de la especialidad, se encuentran, Comunicación Humana, Audiología, Oftalmología, Estomatología,

---

19 Ibidem pág. 73

Antropometría, Física y Fisioterapia Infantil, Psicología y Servicio de Trabajo Social. Los servicios auxiliares de diagnóstico que incluyen un laboratorio central y Banco de Sangre, Radiología y Ultraconografía, Histopatología, Cardiografía, Inmunoinfectología y Genética. Dispone de todos los recursos necesarios para la integración de los diagnósticos."20

Se ha observado que la consulta externa por las necesidades de la población en atención médica, se encuentra muy saturada en algunas especialidades, como es el caso de la clínica de esterilidad, que debido a la gran demanda poblacional, limita el acceso a pacientes de nuevo ingreso, atendiendo únicamente los casos existentes. Esto obedece a que existe un alto índice de mujeres con problema de esterilidad.

Con ayuda de Médicos especialistas han surgido buenos resultados en algunos casos, por lo que el Instituto está reconocido en el país.

Con respecto al área de Urgencias; se puede decir que da servicio a los adultos y recién nacidos que ameriten en el momento necesario de esta área.

La tercera y última área es Hospitalización: esta área, "para adultos se distribuye en tres pisos, una Unidad de Terapia Intensiva, una Unidad Tocoquirúrgica y una sala de recuperación, quirófanos y sala de expulsión. Los pacientes adultos ingresan a Hospitalización solamente a través del servicio de urgencias y se divide en dos grandes categorías, que han sido controladas por el Instituto"21 una vez que son aceptadas en el mismo como problema de embarazo de alto riesgo y las que acuden por primera vez no siendo controladas desde el inicio en el Instituto son atendidas, dependiendo del problema que se presente o son canalizadas a otras Instituciones.

Las pacientes se distribuyen dentro del área de Hospitalización de acuerdo con sus necesidades particulares.

---

20 Ibidem pág. 75

21 Ibidem pág. 75, 92, 99 y 104

Dentro de esta área existe otra, la "Área Neonatal que se compone de un Quirófano, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), la Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido (UCIREN), Cuna de Transición (CT) y Alojamiento Conjunto (AC), lo que da lugar para la población de recién nacidos."<sup>22</sup>

Otro punto importante que se mencionará dentro de la función de Asistencia es el criterio para la selección de pacientes que el Instituto toma en consideración para la prestación de servicios a la población derechohabiente.

Son dos las medidas que se han tomado para que el Instituto pueda cumplir con sus objetivos; que son, llegar a niveles que permitan ofrecer un servicio materno perinatal y el de la Reproducción Humana.

Por un lado, considerando que Avery Gorman define el concepto de riesgo elevado "como la posibilidad grave o muy importante de sufrir daño, lesión o muerte como consecuencia del proceso; por razones lógicas, este criterio que engloba factores biológicos, psicológicos y sociales, se extienden a toda la vida de una mujer, a la pareja como parte inseparable de la integración familiar y su salud integral."<sup>23</sup> Lo que en ocasiones algunos de los factores señalados y principalmente biológicos recae en la mujer en estado gestacional y posteriormente perjudica al producto, presentando problemas al nacer y se clasifique, como neonato de alto riesgo.

Una vez definido el concepto de riesgo elevado, esta definición se considera para "la identificación del mismo en pacientes que asisten por primera vez, que se realiza mediante un sistema de criterios de evaluación"<sup>24</sup> y por lo tanto la aceptación del Instituto. "Para éste fin se ha diseñado un formato especial, que se emplea de manera óptima. Con esta norma el Instituto está capacitado para recibir un promedio de 70

---

<sup>22</sup> Ibid pág. 105

<sup>23</sup> Avery Gorman Cap. 17 pág. 1010, 1017

<sup>24</sup> Memoria pág. 77 Op. cit.

mujeres diariamente, de las que se aceptan aproximadamente el 50% dependiendo de la capacidad y los recursos disponibles".<sup>25</sup>

"El instrumento para la identificación de riesgo permite conocer las principales causas que demandan atención dentro del Instituto."<sup>26</sup>

No estaría por demás mencionar estas causas dentro de la investigación realizada que a continuación se menciona. Es interesante señalar que el 91% solo tiene un factor de riesgo y 7.5% conjunta dos factores, al desglosarlo se observa una significativa proporción de mujeres de 17 años y mayores de 35 años. Con respecto a los antecedentes familiares, la diabetes es el factor predominante. Los padecimientos cardiovasculares, la epilepsia y las endocrinopatías ocupan los tres primeros lugares como antecedentes personales. Dentro de los antecedentes obstétricos, las malformaciones, el aborto habitual y el nacimiento pretérmino encabezan la lista. Con respecto al embarazo actual, las tres causas más frecuentes son: hemorragia genital, hipertensión arterial y comparten el tercer lugar el retraso en el crecimiento intrauterino y la amenaza de parto pretérmino."<sup>27</sup>

Existe un punto importante dentro de la función de Asistencia el cual se hablará y posteriormente resultará más en la investigación que se está realizando en la atención Pediatría, misma en la que "se efectúan esfuerzos continuos para la resolución integral de los problemas neonatales. En esta se realizan investigaciones quirúrgicas más frecuentes en el recién nacido."<sup>28</sup> La cual se clasifica en 3 tipos de atención, como son: niños que nacieron normales sin problemas al nacer, son enviados a Cuneros de Transición (CT); niños que presentaron pequeñas alteraciones y dependiendo del diagnóstico y evolución son canalizados a la unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido (UCIREN); y por último, niños que nacieron con

<sup>25</sup> Ibid Memoria pág. 79

<sup>26</sup> Ibid pág. 87, 89

<sup>27</sup> Ibid pág. 187, 189

<sup>28</sup> Ibid pág 112

problemas de alto riesgo, son sometidos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Los cuales son posibles candidatos al Programa de Seguimiento Pediátrico Longitudinal, tomando en cuenta los parámetros y políticas establecidas en éste, siendo así, que Trabajo Social juega un papel muy importante dentro del grupo interdisciplinario que integra el programa, y que, más adelante se especificará detalladamente.

Otra de las acciones determinadas que complementan la atención neonatal dentro del área de Seguimiento Pediátrico Longitudinal es la apertura al Programa de estimulación Neuromotora, donde se ha dado servicio asistencial a pacientes de los cuales algunos corresponden al Programa de Seguimiento y el resto a interconsultas enviadas por los servicios de neuropediatría, Neonatología, Genética y Psicología.<sup>29</sup> Dependiendo del problema que presente al nacer.

Con respecto al tipo de población que da asistencia Médica el INPer, corresponde al D.F. otros son foráneos y otros de zonas periféricas; los cuales son clasificados tomando en cuenta el nivel socioeconómico de los pacientes con el fin de proteger a las clases más necesitadas, que lo constituye la mayor parte de la población atendida.

"Finalmente, en el modelo de garantía en la calidad de atención médica resultado de la experiencia de países altamente desarrollados, como Canadá y algunos de Europa, han sido adaptados en sus puntos fundamentales dentro del Instituto. Sus lineamientos básicos pueden resumirse de la siguiente manera: Interacción y Participación de todos los Servicios Médicos, Paramédicos y de Administración; su objetivo primordial es conjuntar acciones dirigidas a establecer, mantener y optimizar permanentemente los mecanismos necesarios para identificar oportunamente problemas que impidan alcanzar la calidad de atención deseada, proponer medidas para resolverlos, dar seguimiento las acciones emprendidas y evaluar los resultados.

---

<sup>29</sup> *Ibid* pág. 120, 121

Con éste Programa el Instituto pretende fundamentalmente evitar la dirección por crisis a través de la planeación de sus acciones que permiten optimizar la utilización de recursos; principalmente tecnológicos y humanos, adecuar el proceso de atención médica para abatir las tasas de morbimortalidad, minimizar los costos de atención y fomentar el desarrollo de estas acciones a otros niveles del sector, con base en los resultados obtenidos de la experiencia institucional.

De esta manera el Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana cumple con el compromiso de ser un Centro Nacional de Referencia.\*30

#### 1.5. ORGANIZACION DEL INPer.

El Instituto Nacional de Perinatología está estructurado de la siguiente manera (ver Organigrama Apéndice A); como cabecera está la Junta Directiva, posteriormente se encuentra la Junta General, la cual está dividida en la Subdirección General Médica, Subdirección General de Enseñanza y Educación Profesional, Subdirección General de Investigación y la Subdirección General de Administración. Cada una de estas Subdirecciones está formada por Divisiones y finalmente en Departamentos.

Para el objetivo de la investigación es conveniente enfocarnos únicamente en la Subdirección General Médica, ya que en ella se encuentra la División de Pediatría.

##### 1.5.1. Subdirección General Médica.

En éste punto se mencionan las funciones de la Subdirección General Médica así como las Divisiones que la constituyen, y al mismo tiempo enfocarnos únicamente

---

30 *Ibid* p4g. 122...126

en la División de Pediatría y los Departamentos que la forman, esto con el objeto de conocer el funcionamiento que se requiere para el Programa de Seguimiento Pediátrico.

Las principales funciones de la Subdirección General Médica son las siguientes:

- \*Determinar las políticas y estrategias para la atención médica integral en todas las áreas relacionadas con la reproducción humana, de acuerdo con los lineamientos establecidos por las autoridades.
- Supervisar y evaluar el cumplimiento de las normas asistenciales.
- Establecer los lineamientos Generales para cuidar la salud de la mujer, feto y recién nacido.
- Favorecer la investigación docencia y capacitación del personal y evaluar el trabajo multidisciplinario en la prestación de servicios para la atención perinatal.
- Integrar todos los sistemas de atención institucional para la resolución de los problemas asistenciales.
- Propiciar juntas Institucionales e Inter-institucionales para la resolución de problemas de salud pública derivadas de la reproducción humana y proponer alternativas de solución."31

#### 1.5.1.1. Divisiones que constituyen la Subdirección General Médica.

La Subdirección General Médica está integrada por 4 Divisiones, una de ellas es la División de Pediatría, cuya organización mencionaremos más detalladamente al final, ya que de ésta depende la investigación realizada.

---

31 Subdirección General de Administración, Departamento de Organización y Modernización Administrativo Mayo 1988. Manual de la Organización del Instituto Nacional de Perinatología, pág. 45

Las Divisiones que la constituyen son las siguientes: "División de Gineco-obstetricia que está dividida en Departamentos, como son Hospitalización 2, 3 y 4 piso, Consulta Externa y Urgencias, Tococirugía, Anestesiología, Terapia Intensiva Adultos, Oncología y Ginecología.

- División de Auxiliares de Diagnóstico: los Departamentos que la componen son: Cardiografía, Anatomía Patológica, Laboratorio Central y Banco de Sangre, Laboratorio de Endocrinología Radiodiagnóstico, Ultrasonido e Inmunología de Infectología.

- División de Servicios Especiales, que está conformada por los siguientes Departamentos: Psicología, Medicina Preventiva, Planificación Familiar, Trabajo Social, Enfermería, Evaluación Médica, Análisis y Estadística.

- División de Pediatría, la constituyen los Departamentos de: Unidad de Cuidados Intensivos del Neonato (UCIN), Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido (UCIREN), Alojamiento Conjunto (AC) y Seguimiento Pediátrico (SP). De esta División también dependen las Areas de: Cuidados Inmediatos del Recién Nacido, Cirugía Neonatal, Sistema de Transporte Neonatal y Urgencias, Auditoría, Análisis e Investigación Clínica.\*32

De acuerdo a lo anterior, la División de Pediatría es donde se encuentra el Departamento de Seguimiento Pediátrico, que en colaboración con los demás Departamentos y Areas como es UCIN, UCIREN, AC y SP, se ha logrado la elaboración del Programa de Seguimiento Pediátrico Longitudinal.

#### 1.5.1.2. División de Pediatría y sus Funciones.

---

32 Memoria pág 21 Op Cii.

Las funciones que realiza la División de Pediatría, organizado por el grupo interdisciplinario dentro de su especialidad dirigida al neonato de riesgo al nacimiento; son las siguientes:

- Organizar y controlar la asistencia médica integral al neonato dentro de la especialidad de la Pediatría Médico Quirúrgica, Social y Comunitaria.

- Supervisar el cumplimiento de las normas y procedimientos aplicables a la especialidad.

- Evaluar, Organizar y Supervisar los estudios y registros sobre epidemiología de riesgos al nacimiento.

- Supervisar la investigación epidemiológica descriptiva y analítica, tanto de la medicina perinatal pediátrica, como de la social y demográfica.

- Participar en los programas de investigación enseñanza que lleve a cabo el Instituto."33

#### 1.5.1.3. Funciones de los Departamentos de la División de Pediatría

Es importante señalar cual es el instrumento de valoración que se toma en consideración para que un recién nacido sea canalizado a los diferentes Departamentos de la División de Pediatría.

La canalización de los recién nacidos obtenidos en la Unidad de Tococirugía, es de acuerdo al puntaje obtenido de los parámetros establecidos en la hoja de valoración epidemiológica de riesgo al nacimiento, lo cual valora peso al nacer, que de acuerdo a este da un puntaje específico, edad gestacional que de acuerdo a las semanas de gestación proporciona un puntaje y que así mismo valora también la

33 Manual del Instituto Nacional de Perinatología,  
Mayo 1988 pág. 55 Op. Cit.

edad materna, complicaciones durante el trabajo de parto, si ameritó o no la reanimación del producto, todos estos puntajes se suman de tal manera que si es menor de 15 la cifra, se considera un producto con morbilidad baja y, se envía al departamento de Alojamiento Conjunto con la madre, si el puntaje es entre 15 y 30 se envía a Cuidados Intermedios, ya que por lo anteriormente expuesto su morbilidad es media, requiriendo de ciertos cuidados especiales con vigilancia médica y de enfermería continua, cuando el puntaje es mayor de 30, el riesgo de morbilidad es mayor por lo que su vigilancia será en la Unidad de Cuidados Intensivos ya que es un neonato de riesgo elevado.

De acuerdo a lo anterior se especifican las funciones de cada uno de éstos Departamentos.

Departamento de Alojamiento Conjunto, sus funciones son:

- Valorar el estado de salud del recién nacido y determinar el manejo correspondiente.
- Distribuir al recién nacido en los tres pisos para proporcionarle una asistencia adecuada.
- Informar a las madres sobre las características de sus hijo, proporcionar el estímulo temprano y la lactancia materna.
- Favorecer y ejecutar los planes y Programas de enseñanza en el Departamento tanto de médicos residentes como adscritos.
- Generar y ejecutar la estrategia en investigación de asistencia al recién nacido de bajo riesgo y al sano según protocolos.

Departamento de Cuidados Intermedios al Recién Nacido, cuyas funciones son las siguientes:

- Atender el crecimiento y desarrollo del Recién Nacido.

- Detectar tempranamente daños neurológicos o diversas patologías no urgentes en el recién nacido, y proporcionar el tratamiento (adecuado) indicado.
- Apoyar, en coordinación con otras áreas, la asistencia del recién nacido.
- Favorecer y ejecutar los planes y programas de enseñanza en el Departamento tanto a médicos residentes como adscritos.
- Generar y ejecutar estudios de investigación de asistencia y cuidados intermedios al recién nacido de acuerdo a protocolos autorizados.

Departamento de Cuidados Intensivos Neonatales, sus funciones son las siguientes:

- Proporcionar atención médica a recién nacidos en estado crítico para prolongar y sostener su existencia.
- Asesorar a los médicos residentes y médicos adscritos en la aplicación de normas asistenciales de infantes recién nacidos en estado crítico.
- Proponer y establecer, en su caso, normas y procedimientos médicos para el tratamiento de infantes recién nacidos en estado crítico.
- Coadyugar en la formación de Recursos Humanos para la Salud del Instituto y de otras Instituciones cuando así lo solicite, en el ámbito de su competencia.
- Proponer y participar en investigaciones, protocolos, áreas de investigación que pueden ser elaboradas en el servicio.
- Determinar evaluar en su caso, proporcionar el traslado inter-institucional de recién nacidos en estado crítico.
- Proporcionar la orientación y educación individual de padres de infantes que por su estado crítico necesiten un tratamiento prolongado."34

Las funciones que a continuación se mencionan corresponden al Departamento de Seguimiento Pediátrico y son aplicadas a los niños que tuvieron problemas al nacer

---

34 *Ibid* Manual pág. 56, 58 y 59

y son posibles candidatos al Programa de Seguimientos Pediátrico, siempre y cuando que Trabajo Social lo apruebe. Es el punto de partida para la elaboración de la investigación realizada, el objetivo de ésta, es conocer los factores sociales que influyen en el buen desarrollo físico-mental del neonato de alto riesgo. Por lo tanto, Trabajo Social se ha propuesto dar una respuesta a esta incógnita con ayuda de sus conocimientos adquiridos en su carrera profesional en conjunto con el grupo interdisciplinario que colabora en el Programa; y las funciones son las siguientes:

**Departamento de Seguimiento Pediátrico.**

- "Brindar asistencia pediátrica-neurológica al niño de alto riesgo y según el Programa de Seguimiento Pediátrico, el neonato que por otras circunstancias lo requiera.

- Detectar secuelas neurológicas, psicológicas, neurofisiológicas, de la comunicación humana, estomatológicas para otorgar la asistencia y el (servicio) seguimiento del niño de alto riesgo.

- Realizar medidas antropométricas en el niño para generar curvas de crecimiento institucional.

- Mantener una adecuada información a los familiares, de la evaluación del lactante y favorecer el seguimiento del niño por medio de visitas y entrevistas domiciliarias.

- Establecer líneas de investigación que brinden un apoyo y retroalimentación a las investigaciones que se realicen en el área hospitalaria.

- Participar en los programas de enseñanza del Instituto."35

## CAPITULO 2

### 2. TRABAJO SOCIAL EN EL INPer.

Con lo anterior, Trabajo Social en el INPer, realiza una intervención científica a través de la investigación de los fenómenos sociales que intervienen en el proceso de la reproducción humana, no siendo menos importante su acción asistencial para el fomento de la salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación del individuo en los aspectos de medicina perinatal.<sup>1</sup>

Durante la investigación se observa que el área de Trabajo Social es una especialidad de gran valor en el Instituto y que en base a sus objetivos realiza funciones que benefician al paciente. Es importante señalar que el INPer define a Trabajo Social, como "una disciplina que se encarga del estudio del hombre en su contexto social en relación con su medio y tiene como objeto conocer la realidad social imperante, así como analizar la manera de aprovechar los recursos de los individuos y de la comunidad. Por tal motivo el Trabajo Social en el INPer, tiene como función primordial, el estudio de factores de mayor trascendencia a nivel individual y/o familiar para determinar su influencia en el fenómeno de la reproducción humana, como lo es el caso de la medicina perinatal, asumiendo características trascendentales en el área de la investigación, prevención y promoción de la salud."<sup>2</sup>

"La concepción actual del ser humano como unidad bio-psico-social obliga a diversas profesiones de las ciencias sociales, entre ellas Trabajo Social, a integrarse a

---

1 INPer Segunda Reunión, Memoria Curso de Trabajo Social y su acción en Perinatología. pág. 15

2 Ibidem INPer Segunda Reunión pág. 15

grupos interdisciplinarios de trabajo con el objeto de brindar una atención integral,"<sup>3</sup> y con ayuda de sus conocimientos obtener mejores resultados de ésta y por lo tanto, brindar mejores aportaciones a las investigaciones que se le designen, por lo tanto, "la participación de Trabajo Social en el INPer se ve involucrada en tres niveles primordialmente; Investigación, Enseñanza y Asistencia."<sup>4</sup> Existen varios objetivos de cada uno de éstos niveles, que a continuación se mencionarán; al igual que sus funciones.

## **2.1. Objetivos y funciones de Trabajo Social en el INPer**

Cada uno de los niveles antes mencionados a su vez cuentan con "tres objetivos principales de una Institución de Tercer Nivel de Salud. En breve, se describen los objetivos específicos que se pretenden alcanzar a través de la práctica diaria del servicio de Trabajo Social en el INPer."<sup>5</sup>

### **2.1.1. Objetivos**

#### **2.1.1.1. Objetivos de Investigación.**

Estos objetivos permiten la existencia de un diagnóstico para brindar un tratamiento confiable y adecuado al paciente.

---

<sup>3</sup> *Ibid* pág. 15

<sup>4</sup> *Ibid* pág. 16

<sup>5</sup> *Ibid* pág. 16

- "Obtener información sistemática, confiable, que permita la conformación de variables, que sirvan para estratificar socialmente, a las pacientes, dentro del riesgo reproductivo.

- Identificar y cuantificar las variables sociales que pueden describir, explicar, predecir y analizar el riesgo de algunas conductas reproductivas."6

#### 2.1.1.2. Objetivos de Enseñanza.

En los siguientes objetivos se clasifican en dos tipos, tanto para los paciente como para el profesional, esto con el fin de que exista una relación paciente-médico y trabajadora social, y de como resultado una buena evaluación para un mejor servicio. Los objetivos son los siguientes.

Para los pacientes:

- "Proporcionar a los pacientes información adecuada respecto a los diferentes programas existentes y motivar la participación activa en los mismos.

- Establecer acciones de promoción para motivar y/o capacitar a las pacientes en la prevención, curación o rehabilitación dentro del proceso perinatal.

Para el profesional:

- Proporcionar el desarrollo del servicio de Trabajo Social buscando la superación personal y profesional.

- Conjuntar y capacitar recursos humanos a fin de lograr un personal de elevada calidad profesional que sea capaz de adiestrar a los diferentes profesionistas de la medicina, lo relacionado con la salud bio-psico social del binomio madre-hijo."7

---

6 Ibid pág. 16

7 Ibid pág. 16 y 17

### 2.1.1.3. Objetivos de asistencia.

Las actividades que dentro de la asistencia realiza Trabajo Social dentro del Instituto es de mayor importancia ya que de ésta área, depende si el paciente es o no aceptado al servicio; a continuación se mencionan las actividades que se llevan a cabo durante el proceso de aceptación del paciente y son las siguientes:

- "Detectar fenómenos sociales (positivos o negativos) que influyan en el desarrollo del proceso perinatal.

- Valorar la condición socioeconómica para: establecer cuota de recuperación, aportar información necesaria para conocimientos de acción médica, proporcionar un manejo específico de Trabajo Social de acuerdo al fenómeno social detectado.

- Establecer información necesaria para con el personal médico y administrativo, relacionada a los elementos de orden socioeconómico y de dinámica familiar que se relacionen con el evento perinatal.

- Sistematizar la información de Trabajo Social dentro del equipo interdisciplinario institucional."<sup>8</sup>

En la medida de en que Trabajo Social participa activamente en los objetivos antes mencionados, el enfoque de su quehacer profesional deberá desarrollarse en un marco de metodología específica, de tal manera que sus acciones se encuentren íntimamente ligadas al desarrollo de cualquier ciencia o disciplina social, que sea capaz de elaborar normas y procedimientos específicos, así como producir, elaborar o diseñar investigaciones sociales.

---

<sup>8</sup> *Ibid* pág. 17

### 2.1.2. Funciones de Trabajo Social en el INPer.

En el siguiente punto se especifican funciones que Trabajo Social desempeña como parte importante en el INPer, que debido a sus habilidades y conocimientos dentro del área, es la profesión mas preparada para motivar, concientizar, orientar y educar a la población que requiera del servicio.

A continuación se mencionan las funciones que desempeña Trabajo Social, las cuales dan respuesta a los objetivos propuestos en el INPer.

- "Llevar a cabo las actividades de asistencia, docencia e investigación que en materia de Trabajo Social se programa en el Instituto.

- Aplicar las normas de Trabajo Social establecidas en la Institución en el área asistencial.

Informar y orientar a los pacientes y sus familiares respecto a los diferentes programas e investigaciones del Instituto.

- Establecer relaciones de asistencia con Instituciones Públicas y descentralizadas, para facilitar el traslado a dichas unidades de las pacientes del INPer; o bien de aquellas a éste, cuando sea necesario.

- Impartir educación continua al personal que opera el programa de Trabajo Social de la Institución; participar en los eventos educativos organizados por otros departamentos con contenidos de esa especialidad; y diseñar y realizar periódicamente eventos educativos relacionados con el Trabajo Social aplicados a la perinatología.

- Diseñar proponer y realizar protocolos de investigación en materia de Trabajo Social, y participar en los realizados en ésta área por otros departamentos."9

---

9 Documento de Administración pág. 70 Op Cit.

## 2.2. TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO PEDIATRICO.

La Subdirección General Médica esta dividida en cuatro partes:

- División de Gineco-Obstetricia
- División de Servicios Especiales
- División de Pediatría
- Auxilio de Diagnóstico.

En dos de éstas encontramos al Trabajo Social; y son: la División de Servicios Especiales y la División de Pediatría, sin embargo existe una gran diferencia en éstas con relación a sus actividades profesionales, esto se debe a los objetivos y funciones que se desempeñan en cada una de éstas. Respecto a lo anterior se explica, que en el Departamento de Seguimiento Pediátrico, que depende de la División de Pediatría, este se conforma por especialidades, en las cuales aparece Trabajo Social como un área importante para el Programa de Seguimiento Pediátrico que el mismo Departamento lleva a cabo. Su funcionamiento depende de dos Trabajadoras Sociales que tienen la misma responsabilidad, éstas dependen del médico Pediatra que es el jefe del Departamento y el Programa de Seguimiento Pediátrico. "La finalidad del servicio es la de conocer los factores sociales y ambientales que influyen en el crecimiento y desarrollo del neonato que permita instaurar un manejo integral del paciente"<sup>10</sup> Trabajo Social del Programa presenta los siguientes objetivos y funciones.

---

<sup>10</sup> Protocolo Crecimiento y Desarrollo y Crecimiento Pediátrico, División de Pediatría, México D.F, Nov. 1988 pág. 42

### 2.2.1. Objetivos.

- "Identificar los factores socioeconómicos que influyen en el crecimiento y desarrollo de la población del Programa de Seguimiento.
- Detectar y prevenir oportunamente las causas de inasistencia e irregularidad al programa.
- Establecer mecanismos de control para evitar en lo posibles la deserción al Programa.
- Fomentar la participación de los padres en el cuidado de la salud de sus hijos.
- Participar en un trabajo de investigación al año que sea de interés para el departamento de la Institución."<sup>11</sup>

### 2.2.2. Funciones.

El Departamento cuenta con tres funciones importantes para el manejo del Programa de Seguimiento, y son las siguientes:

- Asistencia
- Enseñanza
- Investigación.

---

<sup>11</sup> Ibidem Protocolo pág. 42

### 2.2.2.1. Asistencia:

Es la Trabajadora Social la que obtiene la primera aproximación con los pacientes que son aceptados en Seguimiento, dependiendo de la valoración, son canalizados los niños al servicio, tomando en cuenta los siguientes requisitos.

\*Captación de la población: se toma a todos los recién nacidos cuya permanencia sea mayor a tres días en el Servicio de UCIN; para esto se solicita la libreta de pacientes a la Trabajadora Social de la misma (diario) para anotar los ingresos.

Posteriormente se realizan lo citatorios que son entregados en información para que se presentes los familiares de éstos niños.

Una vez que se presenta el familiar se piden o toman datos tales como: fecha de nacimiento del niño, número de expediente, edad gestacional, peso al nacer, servicio al que paso directamente, problemática de salud y domicilio actual. Tomando en cuenta todos éstos datos, se hace la invitación a los padres para participar en el Seguimiento Pediátrico; comentándoles que en el Instituto existe un servicio, que brinda atención pediátrica integral a partir del momento en que son dados de alta hasta que cumplan siete años de edad, con la finalidad de vigilar su crecimiento y desarrollo a lo largo de este tiempo, detectar cualquier alteración y tratarla oportunamente y si no existe alteración, optimizar el crecimiento y desarrollo del niño, son vigilados periódicamente por 8 especialidades.

La atención que se proporciona no tiene ningún costo en lo que se refiere a Consulta Externa, estudios de Laboratorio y Radiología, si el especialista los envía, lo único que se les pide es que acudan a sus citas a la hora y fecha señalada. Se hace hincapié que durante el primer año tienen que acudir de dos a tres veces por mes ya que por ser muchas especialidades no se pueden dar todas en un solo día, esto hasta que cumpla el niño un año posteriormente, las citas se van espaciando y serán cada

dos, tres o seis meses dependiendo de la especialidad y después serán solo una vez al año.

Se da a firmar la carta de consentimiento; se toman datos de identificación (nombre, edad y domicilio de los padres) y se dan indicaciones en cuanto a las citas refiriendo que el pediatra que da de alta al niño les entregue una solicitud de interconsulta, entonces que no saquen la cita, sino que pasen al servicio de Trabajo Social a dejar la solicitud, juntamente con el adesógrafo (placa de identificación), ya que las Trabajadoras Sociales tramitan sus citas, y que llamen por teléfono una semana después de que el niño fue dado de alta para dar la fecha de la primera cita y ya el día de ésta presentarse 10 minutos antes al Servicio para proporcionar carnet de citas y adesógrafo.

Una vez que ya se tiene la solicitud de interconsulta y el adesógrafo, éste último, se lleva al archivo clínico para que le coloquen SEGUIMIENTO y entonces se lleve a recepción junto con la interconsulta con datos como: fecha de nacimiento, fecha de egreso, edad gestacional y peso para que realicen la programación de sus citas y carnet.

Posteriormente se realizan las siguientes valoraciones.

1o. Valoración Social.- Se realiza al primer mes de edad del niño, se entrevista a los padres con la finalidad de conocer la situación socioeconómica a la que se integro el niño en estudio. Se aplica un estudio social el cual contiene los siguientes indicadores sociales: estructura familiar, escolaridad y ocupación, economía familiar, características de la unidad habitacional, servicios públicos.

Se proporciona manejo social según lo requiera el caso tales como:

- Reforzamiento de indicadores de cada una de las especialidades.
- Se motiva para que acudan a sus citas con regularidad.
- Se orienta sobre vacunas.

- Se orienta planificación familiar (métodos anticonceptivos).
- Registro civil.
  - Se resuelven dudas en cuanto al Servicio de Seguimiento Pediátrico.
- Se proporciona bolsa de trabajo.
- Se proporcionan orientaciones legales.
- Se dan orientaciones higiénicas sobre cuidados y atención al niño.
- Etcétera.

2o. Valoración Social.- Corresponde a los seis meses de edad, se realiza una visita domiciliaria con la finalidad de conocer el medio ambiente en el cual se esta desarrollando el niño, durante la visita domiciliaria se aplica un cuestionario ya sea de Causas de Asistencia al Servicio o de causas de Inasistencia o Irregularidad al mismo.

3o. Valoración Social.- Corresponde al año de edad del niño, se realiza en el Instituto, se entrevista a los padres y se aplica nuevamente el cuestionario de Causas de Asistencia o el de Inasistencia e Irregularidad.

Después del año se valora al niño cada seis meses, para observar cambios sociales existentes.

- Se realiza discusión de casos con especialistas.
- Se realiza canalización a otras Instituciones.
  - Se realizan llamadas telefónicas y envíos de telegramas para localización de pacientes."12

---

12 pág. 45 Op. Cit.

### 2.2.2. Enseñanza.

Las funciones de la Enseñanza en el Seguimiento es con la finalidad de que Trabajo Social, como las demás especialidades se capacite mejor y exista una relación entre éstas, con el objeto de brindar una buena atención médica al paciente y al mismo tiempo el profesionista se realice como tal, elaborando las actividades siguientes:

- "Reunión con el grupo interdisciplinario.- se reúne una vez por semana el equipo de trabajo para tratar aspectos generales del Programa de Seguimiento Pediátrico, así como para la discusión de diversos casos de recién nacidos.

- Participación en sesiones bibliográficas.- una vez por semana se realizan sesiones bibliográficas en el Servicio de Trabajo Social de Seguimiento, con la finalidad de que cada integrante exponga un tema específico relacionado con el Programa.

- Asistencia a sesiones clínicas.- se asiste dos días por semana a las sesiones clínicas y generales en el Instituto, programada por la subdirección de Enseñanza en la que exponen diversos temas de interés Institucional."13

### 2.2.3. Investigación.

En la investigación como parte importante del Programa se realizan las siguientes actividades; con el propósito de realizarla y en base a ésta obtener mejores resultados a la problemática que presenta el paciente; esta función la elabora la Trabajadora Social en colaboración con el grupo interdisciplinario, tomando en cuenta la decisión de ésta, y son las siguientes:

---

13 pág. 50 Op. Cit.

- Participar en la planeación del Programa de Seguimiento Pediátrico.- se colabora con el grupo interdisciplinario de Seguimiento en la planeación y organización del Programa, así como definir y delimitar funciones a realizar por cada integrante del mismo.

- Captación de la población de recién nacidos que se elijan teniendo las siguientes características: ambos sexos, nacidos en el INPer, siendo ingresos en la Unidad Tocoquirúrgica (quirófano) al servicio de Terapia Intensiva Neonatal.

- Diseño de los cuestionarios (estudios sociales completos y cuestionario de causas de asistencia, inasistencia e irregularidad), referidos en las actividades técnico asistencial.

- Tabulación y codificación de datos.- se elabora una sabana de recolección de datos tomados del estudio social completo para posteriormente realizar la Tabulación y cruce de variables.

- Elaboración de cuadros y gráficas.

- Análisis e interpretación.- corresponde a la descripción y evolución de la información obtenida, como son:

Edad de la pareja

Estado civil de la pareja

Escolaridad de la pareja

Ocupación de la pareja

Número de hijos vivos

Número de miembros

Ingreso y egreso familiar

Tipo de vivienda

Tenencia

Núm. de dormitorios

Núm. de personas por dormitorio.<sup>14</sup>

Una vez obtenida la información de los parámetros establecidos anteriormente, estos son factores que Trabajo Social considera importantes para el logro de sus objetivos.

---

<sup>14</sup> *Ibidem* pág. 54

## CAPITULO 3

### 3. SELECCION DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO PEDIATRICO.

Para la selección del paciente al Seguimiento es necesario realizar un estudio general del mismo, para que exista una mejor evaluación de este, tomando en consideración los siguientes puntos.

#### 3.1. Flujograma de pacientes.

"Todo paciente que nace en la Unidad Tocoquirúrgica (UTQ) en un probable candidato para el Programa.

En ésta Unidad el recién nacido es evaluado para decidir el lugar de su hospitalización que puede ser:

- a) Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)
- b) Servicio de Cuidados Intermedios del Recién Nacido (SECIN).
- c) Cunero de Transición y alojamiento conjunto (SCTAC).

Estas Areas concentran a la población de alto, mediano y bajo riesgo, corresponde al orden enunciado. De acuerdo a los niveles de riesgo, alto y mediano, todos los pacientes egresados de UCIN y SECIN son remitidos a Seguimiento."1

---

1 Crecimiento y Desarrollo y Seguimiento Pediátrico. División de Pediatría. Nov. 1988 pág. 12

### **3.2. CANALIZACION DE PACIENTES SEGUN SU RIESGO DE NACIMIENTO.**

Para valorar al paciente se realiza un estudio del mismo para definir a que servicio será canalizado, tomando en cuenta las encuestas, como instrumento de valoración que a continuación se mencionan.

#### **3.2.1. Estudio del paciente.**

"A todo Neonato que nace en la Institución se le evalúa al nacimiento con la encuesta de "Valoración Epidemiológica de Riesgo al Nacimiento", instrumento que jerarquiza el nivel de riesgo de enfermarse (morbilidad) o de morir (mortalidad) del paciente lo que permite definir el lugar a donde será canalizado, siendo así que:

- a) Bajo Riesgo menor de 15 puntos pasa SCTAC.
- b) Riesgo Medio 16 menor que 30 puntos pasa a SECIN.
- c) Alto Riesgo mayor que 30 puntos se ingresa a UCIN.

Al paciente seleccionado de Cunero de Transición y Alojamiento Conjunto únicamente se le aplica el instrumento llamado "Criterio de Optimidad Obstétrica de Prechtl" que contiene 64 indicadores de Riesgo Perinatal.

A todos los neonatos de UCIN y SECIN además de aplicarles el instrumento anterior (de Prechtl) se les valora con dos instrumentos más que son:

- a) "Calificación de la Evaluación Neonatal Semanal en Hospitalización de Caser", contiene indicadores que miden la gravedad (estado crítico) del recién nacido; practica cada semana hasta su alta. A mayor puntaje mayor riesgo.
- b) "Evaluación de factores que influyen en el Desarrollo Físico y Mental de los recién nacidos de Eggermant", contempla una serie de indicadores ya conocidos

como de riesgo para producir secuelas neurológicas a mayor puntaje obtenido mayor riesgo.

A través de éstas evaluaciones, se obtiene un perfil neonatal de riesgo.

El continuar con el Seguimiento implica la aplicación de la "Prueba de Tamiz Neurológico" que contiene indicadores fáciles y rápidos en su aplicación e interpretación lo que permite explorar a un gran número de neonatos. La prueba tiene dos opciones, normal o sospechoso; si resulta normal el recién nacido pasa a la Clínica de crecimiento y desarrollo, en donde de acuerdo a sus características de riesgo, ante la sospecha de alteración, se canaliza al Programa de Seguimiento; si el resultado es sospechoso, entonces se le interconsulta por el grupo multidisciplinario del Programa de Seguimiento y se le evalúa con la "Exploración Neurológica de Prechtl" que contiene 60 indicadores que se evalúan de acuerdo a los estados funcionales del paciente. Estas dos últimas evaluaciones Neurológicas son aplicadas cuando el paciente se encuentra estable y con edad gestacional corregida a 37 semanas.<sup>2</sup>

Considerando que Trabajo Social tiene conocimiento de los instrumentos antes mencionados y que son aplicados por el médico pediatra, son evaluaciones que se requiere para la inclusión al Seguimiento, tomando en cuenta los criterios del Programa.

### 3.2.2. Criterios de inclusión para el Programa.

Son características que Trabajo Social considera para la aceptación del paciente al programa y son las siguientes:

---

<sup>2</sup> Ibid pág. 13 y 14

- a) "Haber nacido en el INPer.
- b) Haber egresado de UCIN a SECIN.
- c) Haber sido seleccionado al azar como caso único semanal del Cunero de Transición y Alojamiento Conjunto.
- d) Cualquier peso y edad gestacional.
- e) Contar con la aprobación escrita de los familiares.
- f) Vivir en el área metropolitana.
- g) No tener malformaciones congénitas mayores."<sup>3</sup>

Una vez mencionados los parámetros a seguir para la inclusión de un niño al Seguimiento, es importante hacer hincapié, que a éste, se le considera como neonato de Alto Riesgo.

### 3.3. NEONATO DE ALTO RIESGO.

Por la importancia que tiene en el Programa de Seguimiento se dará la definición de Neonato de alto Riesgo así como las diversas patologías que lo clasifican como tal.

"El concepto de Alto Riesgo en el recién nacido a pesar de tener una aceptación universal, todavía presenta un problema muy serio, incluso en los países desarrollados, siendo de los principales en pediatría. En nuestro país existe un escaso control de todas aquellas madres que tienen problemas valorados como de embarazo de alto riesgo, por lo tanto la morbilidad se eleva considerablemente."<sup>4</sup>

Tomando en cuenta lo anterior el autor del Texto de Cuidados intensivos, Arturo García H., define como neonato de alto riesgo a "todo Recién nacido que

<sup>3</sup> Ibid pág. 14 y 15

<sup>4</sup> Arturo García H. Cuidados Intensivos Neonatales pág. 82

proviene de una madre con estado patológico, que repercute en la salud del producto.<sup>5</sup> Considerando éste concepto de gran importancia, el INPer dispone de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), para brindar atención a neonatos de alto riesgo, tomando en cuenta la patología existente.

#### 3.4. PATOLOGIAS MAS FRECUENTES QUE PRESENTAN LOS NIÑOS DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO PEDIATRICO.

Existen varios factores que posteriormente ocasionan un embarazo de alto riesgo y que lógicamente perjudican al producto, así elevando la tasa de morbilidad y mortalidad perinatal; por lo tanto, es preciso mencionar algunos que el INPer considera como problemas durante la gestación y como consecuencia de resultado a un neonato de alto riesgo, presentando diversas patologías en su nacimiento, lo que ocasiona su traslado a UCIN.

Se ha identificado que la población de alto riesgo asociada con la proporción más elevada de resultados perinatales desfavorables se ha convertido en prioridad del sistema de prestación de asistencia obstétrica. Sobre la base de estudios se han establecido mucho de los principales determinantes de la morbilidad y mortalidad perinatal. Entre éstos se encuentra LA EDAD DE LA MADRE: que influye en la morbilidad perinatal, ya que se considera que los dos extremos de la vida reproductiva (17 a 35 años) presentan el mayor índice de complicación en el embarazo, la misma inmadurez de los órganos genitales en el primer caso, esto es, en el no desarrollo adecuado de la pelvis, así mismo, la desadaptación psicológica de éstas pacientes al embarazo, predispone a que aumente la morbilidad y además, se ha visto que a ésta edad son más frecuentes las malformaciones congénitas del tipo de

---

<sup>5</sup> Ibid pág. 11

Síndrome de Daum (mongolismo); así, en el segundo caso después de los 35 años se presentan éstas mismas eventualidades.

La SITUACION SOCIOECONOMICA está justificada que en cuanto al nivel socioeconómico sea más bajo aumenta la morbilidad y mortalidad perinatal, condicionado por el poder adquisitivo de los diferentes estratos económicos, siendo el estrato de nivel bajo por lógica el más afectado, ya que no hay la disponibilidad de factores que lleven a una buena nutrición, así mismo las valoraciones obstétricas no están al alcance de todos los medios socioeconómicos. Esto va aunado a que una mala NUTRICION conlleve a la falta de desarrollo y crecimiento in-útero y consecuentemente se presenten niños de bajo peso al nacimiento, abortos y productos habitados (muertos) lo que en éstos casos el índice de morbilidad y mortalidad perinatal están influenciados directamente por éstos parámetros mencionados.

Otro factor que también se toma en cuenta son los antecedentes obstétricos, la primigesta (primer embarazo) y la multigesta (más de tres embarazo), que es donde aumenta la morbilidad y mortalidad, ya que la valoración obstétrica adecuada para decidir la vía del nacimiento es importante, porque productos obtenidos por cesárea, se ha documentado que presentan insuficiencia respiratoria por acumulo de líquido pulmonar que se extrae con la comprensión que ocasiona la pelvis en un parto obtenido por la vía vaginal, así mismo se incluye el momento en el cual se debe de interrumpir el embarazo de acuerdo a las enfermedades clínicas con comitantes, como pueden ser el hijo de madre diabética, la madre con hipertensión arterial, la madre cardiópata, etc. que éstas patologías per-se hacen que aumente la morbilidad y mortalidad.

Estos determinantes de la morbilidad y mortalidad, están formados por factores que ya existían antes del embarazo, así como factores y hechos relacionados directamente con éste; reunidos han dado las bases para la elaboración de diversas

técnicas de evaluación que permiten diferenciar a la mayoría de los pacientes de alto riesgo.

En el INPer para valorar si un niño o neonato pasa a UCIN se realiza la Valoración Epidemiológica de Riesgo al Nacimiento y dependiendo del puntaje que el recién nacido obtenga en su valoración de riesgo, no mayor de 30 puntos, es canalizado a UCIN. (VER ANEXO I)

Independientemente de ésta evaluación se toman en cuenta las siguientes patologías.

Se considera a la **PREMATUREZ**, como una de las principales patologías que comprende desde 26 semanas a 36.6 semanas de gestación y aunado a que el prematuro, por sus propias características, es susceptible de patologías tales como:

- Trastornos de tipo metabólico, entre los que destaca la **HIPOGLICEMIA** (bajo de azúcar), **HIPOCALCEMIA** (calcio menor de 7 mg por dl) así como **HIPOMAGNACEMIA** (bajo de magnesio, menor de 2 mg). Así mismo, los Recién nacidos pretérminos (menor de 9 meses), presentan alteraciones de tipo insuficiencia respiratoria, que por falta de desarrollo orgánico así como la sustancia funcional del pulmón que es el surfactante (predispone de la denominada enfermedad de membrana hialina) en cuyo manejo se encuentra colocar a éstos neonatos en ventiladores mecánicos, que hacen la función de punción (respiradores).

**SEPSIS**: siendo una de las principales causas de mortalidad por que los neonatos de pretérmino son más susceptibles a las infecciones por los procedimientos a los que son sometidos, como son: cateterismo, multipulsiones (extracción de líquido) así como el uso de ventiladores y el manejo por el personal del mismo servicio, condicionaste que hacen desarrollar éstos procesos infecciosos, ya que estos neonatos estas inmunosuprimidos (bajo de defensas).

Desde el punto de vista **CARDIOVASCULAR**, la insuficiencia cardiaca es una de las patologías que ameritan monitorización en la UCIN y sus causas son múltiples, van desde malformaciones congénitas (cardiopatías) hasta condicionantes del propio manejo del líquido en éstos neonatos. Existen otras patologías dentro de la **HEMATOLOGIA**: como son las enfermedades Hemorrágicas del recién nacido, la coagulación intravascular diseminada, así como la denominada isoinmunización materno fetal IRH que ocasiona la destrucción de los eritrocitos por incompatibilidad a partir del segundo embarazo, si la paciente queda isoinmunizada y que dentro de su manejo en la UCIN existe la posibilidad del cambio sanguíneo (exangineotransfusión) así mismo existen otros tipos de padecimientos como son las **ENDOCRINOLOGICAS**, como hijos de madres diabéticas, con lupusermatosos los cuales deben ser monitorizados en el servicio para diagnosticar complicaciones propias de la enfermedad materna, que son en el primer caso la hipoglucemia y en el segundo la falla cardiaca por los anticuerpos que la madre transmite al neonato.

Existe controversia actualmente sobre si un paciente con malformaciones congénitas múltiples es susceptible de ingresar a UCIN a pesar de que tengan alguno de los padecimientos antes mencionados y no sea responsable, o con una calidad de vida dudosa por las secuelas presentes, y es el comité de ética con que cuenta el Instituto el que decide si se ingresa o no al Servicio.

Dentro de los neonatos de término (de 37-41 semanas) una de las principales causas de ingreso a UCIN es a **EDEMAS CEREBRALES, CRISIS CONVULSIVAS SECUNDARIAS AL TRAUMA OBSTETRICO**, por lo que todo neonato con crisis convulsiva, asfisia severa, encefalopatía hipoxicoisquémica, se manejan en éste servicio. La incidencia del denominado **SINDROME DE ASPIRACION DE MECOMIO** es muy bajo en éste Instituto, ya que los pacientes llevan una monitorización en el desarrollo del embarazo que previene que éste líquido materno

se impacte en las vías aéreas inferiores obstruyéndolas y que son los cuidados neonatales, como la aspiración directa al pulmón por el neonatólogo, y amerita su vigilancia en el servicio. Ante la posibilidad de complicaciones como insuficiencia respiratoria que ameritaría de manejo con ventilador.

Otro de los padecimientos con frecuencia se presentan en los neonatos de término en la llamada TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO que se caracteriza por dificultad respiratoria a causa de un acceso de líquido pulmonar, sobre todo en aquellos neonatos que son obtenidos por cesáreas y que la insuficiencia respiratoria es tan grave que amerite el uso de ventiladores. Se habló ya de que los procesos infecciosos (Sepsis) ameritan monitorización en la UCIN, una de las principales causas de ingreso es la insuficiencia respiratoria, causada por NEUMONIA ADQUIRIDA (dentro de la madre) in-utero a través de que los gérmenes pasen por placenta al neonato condicionada por la presencia de infección de la madre como son de las vías urinarias o servicio-vaginitis y que ameritan manejo en la UCIN.

La HEMORRAGIA INTRACRANEANA forma parte importante en los pacientes manejados en esta unidad, siendo más frecuentes en el neonato pretérmino por su misma inmadurez, sin embargo también se presentan en los neonatos de término sometidos a traumas obstétricos y de presentarse éste, las secuelas neurológicas se presentan con frecuencia o bien son una de las principales causas de muerte, ya que en la unidad los problemas respiratorios forman parte de las patologías principales, el manejo ventilatorio ocasionará complicaciones propias del ventilador, como es el BAROTRAUMA (enfisema pulmonar, neumotora, displasia broncopulmonar) que ameritan el manejo específico de cada una de éstas patologías, que con el advenimiento de técnicas más sofisticadas de ventilación (ventilación de alta frecuencia) así como los conocimientos más profundos de neonatología y terapia

junto con el servicio de enfermería inhatoterapia ha hecho que estas se presenten con menor frecuencia.

Tomando en cuenta la problemática que presentan los niños que nacen con las patologías antes mencionadas, se vio la necesidad de abrir un servicio neurológico con el objetivo de brindar una atención integral al paciente que más lo requiera.

### 3.5. UNIDAD DE REFERENCIA PARA LA INTEGRACION AL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO PEDIATRICO.

En este capítulo se menciona la importancia que tienen las unidades con respecto al Seguimiento Pediátrico, que corresponde la Unidad de Cuidados Intermedios del Recién Nacido (UCIREN) y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Para canalizar al recién nacido en las unidades antes mencionadas de acuerdo al puntaje establecido en la hoja de Valoración Epidemeológica del Instituto, misma que en el capítulo anterior se explicó detalladamente.

"El manejo de un niño con patología discreta o moderada generalmente solo amerita un tratamiento rutinario evolucionado satisfactoriamente."<sup>6</sup> En éstos casos los niños son enviados de TQ a UCIREN. "No así cuando éste problema es severo o se complica, siendo necesario una intervención dinámica efectiva con equipo y material capacitado para resolver por medio de los cuidados intensivos el problema."<sup>7</sup> Los niños que lo presentan son trasladados a UCIN.

"Se considera como cuidados intensivos a una serie de métodos, procedimientos y técnicas médicas y de enfermería que propicie en condiciones

---

<sup>6</sup> Arturo García pág. 11

<sup>7</sup> Ibidem pág 11

patológicas una supervivencia con integridad anatómica, funcional psíquica del recién nacido."<sup>8</sup>

Dando lo anterior se considera que para que un niño tenga acceso o sea candidato a integrarse al Programa de Seguimiento Pediátrico tuvo que estar anteriormente en UCIN, que es la unidad que se considera de mayor importancia para el Programa.

---

<sup>8</sup> *Ibidem* pág. 3

## CAPITULO 4

### 4. SEGUIMIENTO PEDIATRICO Y SUS ESPECIALIDADES.

Para nuestro conocimiento es importante saber que el INPer, "atiende a un cierto número de población de riesgo elevado, tanto materno como neonatal, por lo tanto hay la necesidad de contar con un Programa de Seguimiento Pediátrico Longitudinal para identificar alteraciones del crecimiento y desarrollo del recién nacido y brindar apoyo especializado en las esferas biológicas y sociales."<sup>1</sup> Ello implica la integración de varias disciplinas, "lo cual trae como resultado una observación colectiva que permita una retroalimentación, en el diagnóstico y el manejo oportuno, adecuado conjuntamente con el equipo interdisciplinario."<sup>2</sup>

#### 4.1. OBJETIVOS.

Para lograr lo antes planteado se realizan los siguientes Objetivos, los cuales obedecen a dos etapas.

##### 4.1.1. Primera etapa:

Consiste en "validar instrumentos de bajo costo, amplia cobertura y fácil aplicación"<sup>3</sup> que incluyen las siguientes valoraciones.

##### 1) Valoración epidemiológica de Riesgo al Nacimiento.

---

<sup>1</sup> Protocolo Crecimiento, Desarrollo y Seguimiento Pediátrico, División de Pediatría, México D.F. Nov. 1988, pág. 4

<sup>2</sup> Op cit. Memoria pp 32

<sup>3</sup> Op cit. Crecimiento y Desarrollo pp 4

- 2) Criterio de Optimidad Obstétrica (Prechtl)
  - 3) Calificación de la evaluación de Neonatal Semanal en Hospitalización Casaer.
  - 4) Evaluación de factores que influyen en el desarrollo físico-mental de los Recién Nacidos de Eggermont.
  - 5) Tamiz Neurológico (modificación=Prechtl).<sup>4</sup>
- Estos instrumentos catalogan al individuo en riesgos de presentar lesiones o secuelas neurológicas.

#### 4.1.2. Segunda Etapa.

Una vez lograda la primera etapa se plantea la Segunda Etapa, que consiste en:

- 1) "Detectar un 80 a 90% a recién nacidos del INPer en riesgo de presentar alteraciones en su crecimiento y desarrollo.
- 2) Ofrecer una rehabilitación integral en la medida de las posibilidades Institucionales al 100% de la población captada en Seguimiento.
- 3) Publicar periódicamente los resultados que emanen de las investigaciones realizadas en éste campo.
- 4) Difundir la información generada por el programa a través de presentaciones en el ámbito Nacional e Integral.
- 5) Adiestrar a personal de la Institución y a personal Extrainstitucional en la aplicación de implementación de programas de Seguimiento."<sup>5</sup>

Estos son en general, los Objetivos a los que obedece el Programa, que respecto a la Primera Etapa, en el capítulo anterior se dio un enfoque general de lo que consiste cada una de las evaluaciones mencionadas.

<sup>4</sup> Ibídem pp 4 Protocolo

<sup>5</sup> Ibídem pp 5

#### 4.2. POLITICAS.

Dentro del Programa existen también políticas que son las siguientes.

"En lo asistencial, el departamento dicta sus normas y establece procedimientos específicos para cada especialidad, de acuerdo con las políticas dictadas a través de la División de Pediatría, como dependiente de la Subdirección General Médica.

En lo administrativo depende de las decisiones y disposición de la jefatura de la División de Pediatría.

En lo docente se subordina a las normas y lineamientos marcados por la Subdirección General de Enseñanza, conservando su autonomía en la imprecisión de adiestramiento, y Enseñanza de las especialidades que tiene el Departamento.

En cuanto a la Investigación es autónoma en la selección de sus líneas de estudio lo que se genera de acuerdo a las características del Departamento, apegándose a las normas dictadas por la Subdirección General de Investigación."<sup>6</sup>

#### 4.3. ORGANIGRAMA DE LAS ESPECIALIDADES.

El Departamento de Crecimiento, Desarrollo y Seguimiento Pediátrico depende de la División de Pediatría. Esta conformada por las siguientes Especialidades Médicas.

- Cardiología
- Comunicación Humana
- Estomatología
- Oftalmología
- Nefrología

---

<sup>6</sup> *Ibidem* pp 5 y 6

- Neurología
- Antropología Médica
- Estimulación Neurológica
- Trabajo Social

Por necesidad del Departamento su Programa de Seguimiento Pediátrico interactúa con el Departamento de Neurofisiología del Desarrollo que depende de la División de Investigación Clínica. También se interrelaciona con el Servicio de Psicología Clínica que depende de la División de Servicios Especiales.<sup>7</sup>

#### 4.4. FUNCIONES DE MEDICOS ESPECIALISTAS Y PARAMEDICOS.

Estos grupos interdisciplinarios son responsables directos de la atención Médica prestada en su servicio y son responsables de la existencia de material y equipo necesario para la atención de los pacientes.

"Las funciones que desempeña son las siguientes:

##### 4.4.1. Asistencia:

- "Otorgar la consulta de su especialidad a todos los neonatos canalizados a su servicio.

- En todos los casos escribirán una nota clínica en el expediente del paciente.

Si es el programa de Seguimiento lo hará en las hojas especiales de cada servicio.

---

<sup>7</sup> Ibidem pp 7 y 8

- Atiendes especialmente a los recién nacidos que ameriten traslado a otra Institución y gestionan ante el jefe de Departamento su transferencia.

- Se encargan de supervisar la correcta aplicación y utilización de los recursos colaborando con los mecanismos de reabastecimiento, mantenimiento y adquisición con que cuenta el Departamento.

- Tiene acuerdo con el jefe del Departamento cada 15 días.

#### 4.4.2. Enseñanza e Investigación.

- Imparten en forma constante y permanente adiestramientos al personal Médico en formación.

- Participa activamente en el Programa Médico de la Especialidad de Neonatología y de ser requerido en las diferentes especialidades que se imparten en la Institución.

- Colaboran en la Institución impartida al personal de enfermería y paramédico así como a las madres del Programa de Seguimiento.

- Asisten a todas las sesiones reglamentarias de la Institución así como a las de la División de Pediatría.

- Participan, colaboran y supervisan en la líneas de Investigación que el Departamento contemple para su especialidad.

- Asumen la responsabilidad directa de producir dos proyectos de Investigación al año relevantes para el Departamento y la Institución.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Ibidem pp 10, 11 y 12

#### 4.4.3. Forma de Registro y manejo de expedientes.

"La información que genera el paciente es vertida en los formatos específicos de cada especialidad y guardada en el expediente único del Programa de Seguimiento Pediátrico. Para los que no pertenecen a éste Programa, la información es vertida en el expediente habitual de la Institución."<sup>9</sup>

#### 4.5. ESPECIALIDADES DEL SEGUIMIENTO PEDIATRICO.

Los especialistas que brindan dicha atención son Médicos que gracias a su capacidad y conocimiento de cada una de éstas brindan un mejor tratamiento para una mayor evaluación del paciente, captan por interconsultas de los diferentes Departamentos y del Programa de Seguimiento Pediátrico, ya que su objetivo es brindar un tratamiento adecuado y oportuno a los padecimientos detectados en los Neonatos de alto riesgo, que ingresen al Programa de Seguimiento Pediátrico.

##### 4.5.1. Especialidades Médicas.

Por lo anterior se señalan las siguientes especialidades Médica que conforman el seguimiento.

##### 4.5.1.1. Cardiología:

"Su finalidad es detectar las alteraciones del Sistema Cardiovascular en el periodo Neonatal para instituir un tratamiento adecuado y oportuno.

---

<sup>9</sup> Ibidem pp 15

Su objetivo es:

- Detección y tratamiento oportuno del 80% de las cardiopatías congénitas de la población neonatal del INPer.
- Establecer normas y procedimientos que ayuden al diagnóstico preciso del neonato con cardiopatías.
- Identificar la incidencia de las alteraciones del aparato cardiovascular en la población neonatal del INPer.

Recursos Humanos:

El servicio esta integrado por un Médico especialista en Cardiología Pediátrica y se interrelaciona estrechamente con el Cirujano Cardiovascular de la División.

Participa en la visita y valoración de los neonatos internados en UCIN.<sup>10</sup>

#### 4.5.1.2. Comunicación Humana:

Rama de la Medicina que estudia las alteraciones del lenguaje auditivas. "El Servicio tiene como finalidad la de evaluar diagnósticos y tratar las alteraciones en el desarrollo de las funciones auditivas, del habla y del lenguaje; así como de los procesos de aprendizaje.

Sus Objetivos son:

- Dar atención oportuna a los procedimientos de la Comunicación Humana de todos los niños del Programa de Seguimiento.
- Brindar el tratamiento adecuado en caso de algunas alteraciones en el 80% de los casos.

---

<sup>10</sup> *Ibidem* pp. 17, 18

- Colaborar con otras Instituciones en la planeación y desarrollo del tratamiento rehabilitatorio en caso de no poderse realizar en el Instituto.

- Generar normas y procedimientos que sean de utilidad para la detección en la época neonatal de problemas de la comunicación.

El Servicio cuenta con un especialista en Comunicación Humana y 3 estudiantes de la Licenciatura en Educación Especial, en servicio social."<sup>11</sup>

#### 4.5.1.3. Estomatología:

Rama de la Medicina dedicada al estudio de las patologías presentes de la cavidad oral y mecanismos de succión, deglución. "Su finalidad es el estudio de las patologías que se presentan en la cavidad bucal del recién nacido así como la vigilancia del desarrollo normal y la cronología de la erupción dental.

Sus objetivos son:

- Dar asistencia al 100% de los neonatos que ingresen al Programa desde el punto de vista estomatológico.

- Brindar el tratamiento odontológico adecuado al 100% de los neonatos del Programa.

- Definir las condiciones de normalidad de crecimiento y desarrollo de la región maxilofacial, incluyendo la erupción dentaria primaria y mixta.

- Elaborar y difundir programas de prevención a los familiares de los niños del Programa de Seguimiento.

El servicio cuenta con un especialista en Odontología Pediátrica y dos odontólogos que apoyan el programa en la asistencia de los niños."<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> *Ibidem* pp 17 y 18

<sup>12</sup> *Ibidem* pp 23 y 24

#### 4.5.1.4. Oftalmología:

Rama de la Medicina que se encarga del estudio de los ojos y su función.

"El servicio tiene como finalidad diagnosticar temprana y oportunamente los procedimientos oftalmológicos derivados del riesgo perinatal y que comprometen el desarrollo sensorial evolutivo del individuo, efectuando en lo posible, el manejo terapéutico necesario y conveniente a su referencia oportuna a donde pueda ser atendido.

Sus objetivos son:

- Diagnosticar el 100% de refinopatías del prematuro en la población de neonatos que nacidos en el INPer egresan de sus áreas de Hospitalización para ser captados por el Programa de Seguimiento Pediátrico.
- Canalizar a otras Instituciones a los pacientes que no pueden ser atendidos para tratamiento en la Institución.
- Estudiar los padecimientos oculares específicos del recién nacido en toda la estructura ocular y sus anexos.
- El servicio cuenta con un especialista en Oftalmología, así como con un Médico residente en Neanotología con rotación mensual."<sup>13</sup>

#### 4.5.1.5. Nefrología:

Rama de la medicina que se dedica al estudio del aparato urinario.

"La finalidad del servicio, Esta encaminada a la Investigación y estudio de aquellos procesos gestacionales, perinatales y neonatales condicionantes de Patología

---

<sup>13</sup> *Ibidem* pp 26

Renal, su diagnóstico, tratamiento y seguimiento hasta la resolución o en su caso la determinación del grado del daño residual.

Sus objetivos son:

- Dar atención al recién nacido con sospecha de alteración renal.
- Detectar factores de riesgo con el fin de evitar o limitar en lo posible el daño renal.
- Ofrecer en todos los pacientes con Patología renal un tratamiento y rehabilitación adecuada y en caso de no poderse realizar en la Institución canalizarlos a otro hospital para continuar su tratamiento.
- Emitir normas y procedimientos para la prevención Detección temprana y seguimiento de la Patología renal."14

#### 4.5.1.6. Neurología:

Rama de la Medicina encargada del estudio del sistema nervioso central y periférico y su función.

"La finalidad del servicio es la de evaluar a los recién nacidos, lactantes, preescolares y escolares desde el punto de vista de su función Neurológica integral para emitir un diagnóstico temprano y tratar la secuela oportunamente.

Sus Objetivos son:

- Detectar a un 100% los problemas neurológicos tanto de los niños de Seguimiento como de los canalizados que no pertenecen al Programa.
- Canalizar a rehabilitación a todos los niños que requieran de éste servicio.

---

14 *Ibidem* pp. 28, 29

- Adiestrar a los Médicos de la Especialidad de Neurología en la detección gruesa de problemas neurológicos con el fin de que sean canalizadores a Instituciones donde se les pueda brindar atención integral.

- El servicio cuenta con dos especialistas en Neurología Pediátrica y un Médico residente en Neonatología.<sup>15</sup>

#### 4.5.2. Especialidades Paramédicas.

##### 4.5.2.1. Antropología clínica:

Es la parte de la Antropología encargada de estudiar los procesos biológicos del hombre en interacción con su medio social y cultural (Epidemiología, genética de poblaciones, crecimiento y desarrollo).

"Tiene como finalidad, evaluar y diagnosticar las alteraciones en cuanto a la hipertrofia (producción de células) e hiperplasia de los tejidos constitutivos del organismo del recién nacido.

Sus objetivos son los siguientes:

- Captar y detectar en forma oportuna a todos los neonatos que presenten alteraciones en el crecimiento del Programa de Seguimiento Pediátrico, así como los que son canalizados de los diferentes Departamentos de la División.

- Estimar la evolución del crecimiento de todos los neonatos del Programa de Seguimiento y canalizados durante los 7 primeros años de la vida.

- Registrar y definir las alteraciones más frecuentes en cuanto al crecimiento de los pacientes que acuden a la clínica.

---

<sup>15</sup> *Ibidem* pp. 31, 32

- Estandarizar al grupo de Médicos residentes en Neonatología en las mediciones antropométricas del recién nacido.

El servicio cuenta con un Antropólogo Físico y un Médico residente en Neonatología con pasantía mensual.\*16

#### 4.5.2.2. Estimulación Neurológica:

La rama de la Medicina dedicada a la Detección y manejo de las secuelas neurológicas así como la Estimulación, el desarrollo y crecimiento del niño sano.

"Su finalidad es tratar lo mas tempranamente los retrasos o alteraciones presentes de la población intervenida para optimizar el desarrollo o en su defecto disminuir las expresiones conductuales del daño subyacente.

Sus objetivos son:

- Tratar las alteraciones del desarrollo tan temprano como sea posible, principalmente del área motora en el 100% de los casos.

- Implementar un programa preventivo o curativo de Estimulación Neuromotora en todos los casos, siendo los padres los agentes activos del mismo.

- Canalizar oportunamente a otras Instituciones todos los casos en los cuales no se le pueda brindar atención en el INPer.

- Implementar cursos de capacitación dentro de la Detección y manejo temprano del niño con lesión Neurológica para personal de la Institución como extrainstitucional.

- Elaborar instrumentos de Detección oportuna que puedan ser aplicados en el primer y segundo nivel de atención para la canalización a centros de especialización de estos pacientes.

---

16 *Ibidem* pp. 35, 36

El servicio cuenta con un Terapeuta en Neurodesarrollo y una Licenciada en problemas de aprendizaje, además de dos Médicos becarios de Neonatología al mes." 17

#### 4.5.2.3. Trabajo Social:

Esta especialidad es la base fundamental para el Seguimiento, el Trabajador Social es un profesionista que pone en práctica sus conocimientos en el Programa y gracias a ellos el Instituto lo reconoce como una especialidad básica para llevarlo a cabo. Existe en el INPer un documento titulado Crecimiento, Desarrollo y Seguimiento Pediátrico donde aparece como definición de Trabajo Social, lo siguiente: las transformaciones sociales para el desarrollo integral del hombre.

"La finalidad del servicio es la de conocer los factores sociales y ambientales que influyen en el crecimiento y desarrollo del neonato que permita instaurar un manejo integral del paciente.

Sus objetivos son:

- Identificar en el 100% los factores socioeconómico que influyan en el crecimiento y desarrollo de la población del Programa de Seguimiento.
- Detectar y prevenir oportunamente las causas de inasistencia e irregularidad al Programa.
- Establecer mecanismos de control para evitar en lo posible la deserción al Programa.
- Fomentar la participación de los padres en el cuidado de la salud de sus hijos.
- Participar en un trabajo de Investigación al año que sea de interés para el Departamento y la Institución.

---

17 Ibidem pp. 39, 40

El servicio cuenta con dos Trabajadoras Sociales. Para las actividades de campo cuenta con el apoyo de la División de Servicios, que proporciona un vehículo para realizar visitas domiciliarias.

El universo de trabajo sí se diferencia de las demás especialidades ya que únicamente se les brinda a los recién nacidos que ingresen al Programa de Seguimiento Pediátrico."18

#### 4.5.3. Especialidades asociadas.

##### 4.5.3.1. Neurofisiología:

"La finalidad del Departamento para el Programa de Seguimiento, es la Detección temprana y el seguimiento de la desorganización funcional del Sistema Nervioso.

Sus objetivos son:

- Contribuir al conocimiento que permita la prevención de secuelas Neurológicas.
- Obtener indicadores con sensibilidad y especificidad del 90% que permita la Detección de riesgo para secuelas neurológicas.
- Demostrar que las alteraciones en la organización del sueño durante el desarrollo del niño, se relacionan en más del 80% con problemas en la atención, el lenguaje, la conducta y el aprendizaje.

El servicio cuenta con un especialista en Neurofisiología del Desarrollo, Jefe del Departamento y una plantilla de 7 enfermeras y técnico especializados."19

---

18 *Ibidem* pp. 43, 44

19 *Ibidem* pp. 46

#### 4.5.3.2. Psicología:

"Ciencia que se ocupa del estudio de la actividad mental, y de la conducta así como de los trastornos patológicos.- Psicología Clínica: empleo de los conocimientos teóricos y técnicos psicológicos con la finalidad de diagnosticar y tratar las enfermedades mentales.<sup>20</sup>

"El servicio tiene como finalidad el de evaluar el Desarrollo en forma global y la de intervenir en caso de su alteración con técnicas psicológicas específicas.

Sus objetivos son:

- Detección oportuna en el 100% de los neonatos en seguimiento de alteración del Desarrollo.

- Intervenir clínicamente en caso necesario en todos los niños que lo requieran, comprendiendo al niño, padres o familia con el objeto de prevenir, promover y mantener el sano desarrollo de los niños en Seguimiento.

- Elaborar programas de orientación que ayuden a prevenir, promover y mantener el sano desarrollo del paciente.

- Apoyar con psicoterapia grupal a padres de niños con alteraciones en el Desarrollo.<sup>21</sup>

#### 4.5.4. Diferencia entre las Especialidades.

Una vez que se explicó en que consiste cada una de las especialidades Médica, Paramédicas y Asociadas, también es importante mencionar cual es la diferencia de cada uno de éstos grupos de especialidades.

La Médica son aquellas que están integradas en el Programa de Seguimiento y Desarrollo del INPer como es el servicio de Cardiología, Comunicación Humana,

<sup>20</sup> Diccionario Médico. Jorge Joven pp. 1010

<sup>21</sup> Protocolo pp. 48 Op. Cit.

Estomatología, Oftalmología, Neurología y Neurología que como ya se explicó cada una en sus áreas, detectan las alteraciones encontradas en los pacientes de Seguimiento Pediátrico, y siendo las especialidades Paramédicas como es Antropología Clínica, Estimulación Neurológica, Trabajo Social; las encargadas de llevar a cabo la rehabilitación detectada que nos ayuden a certificar o descartar un diagnóstico.

Las asociadas como Neurofisiología y Psicología, entre éstas nos ayudan al manejo integral del paciente.

Como se ha señalado todas las especialidades tiene sus propios objetivos y sus propias finalidades dependiendo de su especificidad, independientemente de sus actividades, todas están obligadas a elaborar sus propias investigaciones al año en beneficio del propio Departamento y la Institución.

## CAPITULO 5

### 5. INVESTIGACION DE CAMPO A LOS PACIENTES DEL SEGUIMIENTO PEDIATRICO

#### 5.1. Metodología.

La presente investigación se llevo a cabo en el INPer siendo, siendo éste un Instituto de Salud de Tercer Nivel de atención que cuenta con recursos humanos y materiales altamente especializados adecuados al área perinatal.

##### 5.1.1. Investigación Bibliográfica:

Primeramente se apoyó de información por parte de especialistas que participan en el Programa; (Trabajadoras Sociales, Médicos y Enfermeras) se seleccionó la bibliografía a consultar, que consistió en Protocolos de Trabajo Social, Libros sobre el tema, revistas, artículos, folletos que el servicio de Trabajo Social brinda a toda la población que pertenece al Servicio.

##### 5.1.2. Selección de la muestra:

El universo de trabajo lo comprenden pacientes que nacieron en el periodo de enero a diciembre de 1991 y que son inscritos en el Programa; siendo éstos 105, de los cuales 25 causaron baja por diferentes causas, quedando constituida la muestra en 8 casos los cuales se integran en 82 familias ( 3 casos generales y uno de trillizos).

Se optó por éstos puesto que en tiempo que se realizaron las visitas domiciliarias, que fue de abril a julio de 1991 serían pacientes que estarían dentro de los límites para realizar dicha tarea, son pacientes que se consideran con un expediente completo respecto a las especialidades que les brinda el servicio y los pacientes más recientes para la Investigación. Las políticas a seguir fueron; pacientes procedentes de la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos) y que actualmente están vigentes en el Seguimiento, lo que significa que cuenta con todos los criterios de inclusión para formar parte de éste, ya que son requisitos indispensables para ingresar al Programa (los criterios de inclusión aparecen en el capítulo 3).

### 5.1.3. Recolección de Información, Técnicas e

#### Instrumentos:

Para la recolección de datos se llevaron a cabo entrevistas informales de los pacientes; también se aplicó un cuestionario que consta de 11 preguntas, todas ellas relacionadas con la aceptación y/o rechazo al Programa de Seguimiento Pediátrico.

Se verificaron los datos socioeconómicos que habían sido registrados en el estudio socioeconómico aplicado por la Trabajadora Social del Programa. Se elaboró una hoja de concentración de datos, en la cual se asentaron las características bio-psico-sociales, lo que permitió tabular los datos y realizar conclusiones a partir de inferir las respuestas.

#### 5.1.4. Objetivos:

- Conocer los factores socioeconómicos y biológicos que influyen en el desarrollo físico-mental del neonato de alto riesgo, que se encuentra en el Programa de Seguimiento Pediátrico del Instituto Nacional de Perinatología.

- Conocer la participación del Trabajador Social del Programa de Seguimiento Pediátrico así como el interés que tienen los padres acerca de la atención que se brinda a sus hijos y detectar posibles causas de ausentismo y deserción a las consultas del Servicio.

El verificar los objetivos nos ayudó a corroborar la hipótesis planteada de la cual se hace referencia en el inciso siguiente.

#### 5.1.5. Hipótesis:

La participación de los padres en el Programa de Seguimiento Pediátrico limita los riesgos que presentan los neonatos, como consecuencia de las alteraciones neurológicas y/o psicológicas.

El análisis de los resultados que obtuvimos con el método de probabilidad nos permitió confirmar que la Hipótesis planteada es verdadera.

Independientemente de que el índice de deserción es de 21.90 % es un porcentaje considerado de importancia, se observó que el índice de niños normales es la mayoría de los pacientes de la muestra y esto es debido al interés de los padres en participar en el Programa, lo cual limita que existan más anomalías en los pacientes vigentes.

#### 5.1.6. Tratamiento de datos:

Sirvió para alcanzar resultados confiables; utilizando las fórmulas de la frecuencia esperada y prueba de significación que consultados en la tabla de FISHER y YATES (tabla estadística para biología y agricultura e investigación médica) nos dice el valor de probabilidad (P) y una aproximación del porcentaje en que influyen los factores en los estados neurológicos y psicológicos del paciente, que nos ayudan a proponer soluciones o alternativas para dar un manejo integral al paciente por parte de los padres.

## 5.2 DESCRIPCION Y ANALISIS DE LA INFORMACION.

### 5.2.1 Descripción.

#### CUADRO NO. 1

Como se mencionó anteriormente para la selección del paciente inscrito en nuestra muestra se constituyo de 82 cuestionarios.

#### Bajas comprendidas durante el periodo 1990.

x	Frecuencia	%
Vigentes	82	78.10
Bajas	23	21.90
Inscritos	105	100

Durante la investigación efectuada con pacientes inscritos en el Programa de Seguimiento Pediátrico en el periodo comprendido de enero a diciembre de 1990 se tomó como muestra a 105 pacientes (neonatos de alto riesgo), con lo que se puede determinar una afluencia de 78.10 % al Programa, lo que indica que 21.90 % son bajas (causas señal el siguiente cuadro).

**CUADRO NO. 2**

**Causas por bajas al Seguimiento (periodo 1990)**

x	Frecuencia	%
1	1	4.35
2	2	8.70
3	3	13.04
4	7	30.43
5	9	39.13
6	1	4.35
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

**1 Cambio de domicilio fuera del D.F.**

**2 Control en otra Institución.**

**3 Baja voluntaria.**

**4 Falta de interés por parte de los padres.**

**5 Defunción.**

**6 Inadecuada atención al servicio.**

En el cuadro anterior se presenta un 21.90 % como índice de deserción al Seguimiento. Por lo anterior surgió la inquietud de elaborar un Cuestionario

(ANEXO) que sirviera como base para conocer las causas de estas bajas; obteniendo los siguientes resultados.

Tomamos como indicador al 21.90 % (el cual equivale a en este caso) obteniendo los siguientes resultados: existe un 4.35% por cambio de domicilio fuera del D.F. el otro 8.70 % control en otra Institución, el 13.04 % se da por bajas voluntarias, el 30.43 % por falta de interés por parte de los padres, esta es una de las causas que ocupa los mayores porcentajes de la encuesta. Otro factor con índice elevado es el de defunción, dado que equivale a un 39.13 % de la investigación realizada. Encontramos dentro de los índices con menor porcentaje el 4.35 % a la opinión de los padres que refiere a una inadecuada atención al servicio.

**CUADRO NO. 3**

**Causas de Asistencia del Paciente al Seguimiento.**

x	Frecuencia	%
1 Por interés de participar en el Programa.	51	10.41
2 Porque requiere de atención Pediátrica.	66	13.47
3 Porque el servicio es gratuito.	45	9.19
4 Por el buen trato que recibe del personal.	59	12.05
5 Porque la atención es completa y adecuada.	65	13.26
6 Por fácil acceso al Instituto.	23	4.69
7 Por contar con tiempo para acudir.	32	6.53
8 Por lo espaciado de sus citas.	24	4.89
9 Porque nació aquí y conocen sus condiciones de nacimiento.	72	14.70
10 Porque cuento con la aprobación de mi esposo.	39	7.96
11 Otras causas.	14	2.85
<b>Total</b>	<b>490</b>	<b>100</b>

Se aplicó el cuestionario a 82 familias pidiéndoles que marcaran las causas principales por las que ellos asisten al Programa de Seguimiento Pediátrico obteniendo los siguientes resultados: el 14.70 % (que corresponde a 72 casos) consideró en primer lugar, el hecho de haber nacido el menor en la Institución; el 13.47 % que son 66 casos consideran que es importante porque requieren de atención pediátrica siendo las demás respuestas variadas según se pueden observar en el cuadro.

**CUADRO NO. 4**

**Total de cuestionarios de causa de asistencia e inasistencia al Seguimiento  
Pediátrico, aplicados al responsable del paciente inscrito en el periodo de enero a  
diciembre de 1990.**

x	Frecuencia	%
Cuestionarios aplicados	77	93.90
Cuestionarios no aplicados	5	6.10
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

De las 82 familias a 5 no se pudo aplicar el cuestionarios.

### CUADRO NO. 5

**Cuestionarios no aplicados de asistencia al Programa, durante la visita domiciliaria.**

x	Frecuencia	%
1	1	20
2	2	40
3	2	40
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

**1 Domicilio equivocado.**

**2 Cambio de domicilio.**

**3 Ausencia de los familiares.**

De las visitas domiciliarias que se realizaron existe un 6.10 % que por diversas causas no se pudieron contestar los cuestionarios de asistencia, considerando a éste como el 100 % de la información para representación de los siguientes resultados; el 20 % lo ocupa domicilio equivocado; el 40% cambio de domicilio y el otro 40 % por ausencia de los familiares.

**CUADRO NO. 6****Edad de la Madre del paciente.**

x	Frecuencia	%
16-20	7	8.53
21-25	16	19.51
26-30	27	32.92
31-35	12	14.64
36 a más	20	24.40
Total	82	100

En el presente cuadro podemos observar 5 grupos en donde la edad mínima es de 16 años y la máxima de 36 a más: en nuestra investigación consideramos los porcentajes de los rangos 2o. 3o. 4o. (21 a 25 de 26 a 30 y de 31 a 35 años) que es el equivalente al 67.03 % de nuestra muestra realizando la sumatoria de éstos por otro lado se detectó un 8.53% de madres de 16 a 20 años y un 24.40 % de madres añosas (considerando a las de 36 años a más).

**CUADRO NO. 7****Estado Civil de la Madre del paciente.**

x	Frecuencia	%
Soltera	6	7.31
Casada	60	73.17
Unión libre	15	18.30
Divorciada	1	1.22
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

Este cuadro representa el estado civil de la madre del paciente donde encontramos que el mayor porcentaje de la muestra lo representan las casadas que es el 73.17 %, el 18.30 % lo ocupan las de unión libre, el 7.31 % pertenece a madres solteras y una mínima parte divorciadas dando 1.22 %.

## CUADRO NO. 8

### Escolaridad de la madre del paciente.

x	Frecuencia	%
menor de 6 años	3	3.65
6 años	15	18.30
7-9 años	25	30.49
10-12 años	20	24.39
13- más	19	23.17
Total	82	100

La escolaridad de los padres es un indicador importante en determinadas ocasiones sobre manejo y atención del paciente en el Programa de Seguimiento Pediátrico.

Según resultados de la encuesta se observa, que el mayor número de madres únicamente estudio de 7 a 9 años que equivale a un 30.49 %, realizando la sumatoria de 10 a 12 y de años de estudio, nos da un 47.56 % sin embargo existe un 3.63 % de madres que estudiaron menos de 6 años y un 18.30 % estudiaron la primaria completa.

**CUADRO NO. 9**

**Ocupación de la Madre del Paciente.**

x	Frecuencia	%
Hogar	72	87.80
Empleada	8	9.76
Trabajo por su cuenta	2	2.44
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

En el cuadro se muestran los siguientes datos con respecto a la ocupación de la madre el 87.80 % lo ocupan las madres que se dedican al hogar, un 9.76 % empleadas y un 2.44 % a madres que trabajan por su cuenta.

**CUADRO NO. 10**

**Tipo de familia de la que depende el paciente.**

x	Frecuencia	%
Extensa	20	24.40
Nuclear	62	75.60
Total	82	100

El tipo de familia es otro factor que se considera el área social que un momento puede determinar el estado de salud del menor, que en éste caso se clasifican en nuclear y extensa; obteniendo en nuestra investigación que el 24.40 % ocupa la familia extensa y el 75.60 % pertenece a la familia nuclear.

**CUADRO NO. 11****Número de Hijos vivos.**

x	Frecuencia	%
1 hijo	45	54.88
2 hijos	27	32.92
3 hijos	5	6.10
4 hijos	5	6.10
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

El cuadro anterior representa el total de hijos vivos que compone la estructura familiar de nuestra muestra. Observando que existe un 54.88 % de madres que tienen solamente un hijo, un 32.92 % de madres con 2 hijos y un 12.20 % (realizando la sumatoria de los que componen de 3 a 4 hijos).

**CUADRO NO. 12****Ingresos y Egresos**

x	Frecuencia	%
Menor de un S.M.	16	19.51
1 S.M.	34	41.46
2 S.M.	17	20.74
3 S.M.	8	9.76
4 S.M.	7	8.53
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

Este cuadro muestra los ingresos y egresos con los que cuenta la familia del paciente en Seguimiento, basándonos en los salarios mínimos con los que cuenta ésta, se obtuvieron los siguientes resultados; se elaboró la sumatoria de los tres primeros indicadores (menor de un salario, de uno y 2 salarios mínimos) que representan el 81.71 %, el 9.76 % lo ocupa 3 salarios mínimos y el 8.53 % los de 4 salarios mínimos a más. Tomando en cuenta el salario mínimo vigente en 1990.

**CUADRO NO. 13**

**Tipo de Vivienda en la que se encuentra el Paciente.**

x	Frecuencia	%
Vecindad	9	10.98
Edificio	16	19.51
Terreno familiar	11	13.41
Casa sola	42	51.22
Dep. Habit.	3	3.66
Cuarto doméstico	1	1.22
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

De la información realizada sobre este factor se obtuvieron los siguientes resultados: un 10.98 % lo ocupan las vecindades, el 19.51 % edificios, el terreno familiar el 13.41 %, casa sola lo ocupa el mayor porcentaje que es de 51.22 % y realizando la sumatoria de departamento habitacional y cuarto doméstico ocupan 4.88 %.

**CUADRO NO. 14**

**Sexo del paciente en Seguimiento.**

x	Frecuencia	%
Femenino	42	47.73
Masculino	46	52.27
Total	88	100

El sexo es un dato importante para la identificación del paciente del Programa de Seguimiento Pediátrico, respecto a ésta información se obtuvo que existe un 47.73 % del sexo femenino y un 52.27 % del sexo masculino, que ocupa el índice más elevado de nuestra población estudiada.

**CUADRO NO. 15****Edad Gestacional del Paciente.**

x	Frecuencia	%
24 a 27 sem.	1	1.14
28 a 31 sem.	18	20.45
32 a 35 sem.	45	51.14
36 a 39 sem.	17	19.31
40 a más sem.	7	7.96
Total	88	100

Con respecto a éste cuadro se observa la edad gestacional del niño en Seguimiento. De esta información se obtuvo los siguientes: el 1.14 % ocupan de 24 a 27 semanas de gestación (s.g.); el 19.31 % de 36 a 39 s.m. y de 40 a más semanas de gestación el 7.96 %.

CUADRO NO. 16

**Peso al Nacer del Paciente.**

x	Frecuencia	%
menor de 900 grms	2	2.27
1000 a 1900 grms	62	70.46
2000 a 2900 grms	15	17.04
3000 a 3900 grms	8	7.10
4000 a 4100 grms	1	1.13
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>

Este cuadro representa el peso al nacer que presentó el menor a su nacimiento, información que nos auxilia para la información planteada, obteniendo los primeros resultados: menor de 900 grms 2900 grms lo ocupa el 87.5 % (realizando la sumatoria), el 7.18 % los de 3000 a 3900 grm y el 1.13 % de 4000 a 4100 grms.

**CUADRO NO. 17.**

**Estado Neurológico del Paciente.**

x	Frecuencia	%
Normal	53	60.22
Anormal	35	39.78
Total	88	100

Este cuadro representa el estado neurológico del paciente, dato que nos auxilia el estado actual del mismo.

Con respecto a esta información se obtuvieron los siguientes datos: existe un 60.22 % de niños normales neurológicamente y un 39.78 % de niños anormales.

**CUADRO NO. 18**

**Estado Psicológico del Paciente.**

<b>x</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Normal</b>	<b>58</b>	<b>65.90</b>
<b>Anormal</b>	<b>30</b>	<b>34.10</b>
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>

Este cuadro representa el estado psicológico actual del paciente en Seguimiento, es otro dato determinante para el objetivo de la investigación, el cual se clasifica como normal y anormal.

Respecto a ésta información se observa que existe un 65.90 % de niños normales psicológicamente y el 34.10 % de niños anormales.

### 5.2.2 Análisis de la Investigación.

**Estado Neurológico**

Escolaridad de la madre	Por años	N	A	total
	> 6 años	5	1	6
	6 años	6	9	15
	7 a 9 años	17	10	27
	10 a 12	15	6	21
	13 a más	10	9	19
	<b>total</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>88</b>

*chi cuadrada = 5.59 P < .20 = 70 %*

**Estado Psicológico**

Por años	N	A	total
> 6 años	5	1	6
6 años	8	7	15
7 a 9 años	14	13	27
10 a 12	16	5	21
13 a más	15	4	19
<b>total</b>	<b>58</b>	<b>30</b>	<b>88</b>

*chi cuadrada = 6.66 P < .10 = 75 %*

#### **Edad de la Madre del Paciente con Relación al Estado Neurológico y Psicológico del mismo.**

En el área social se considera importante la edad de la madre del paciente debido a que ésta influye en el óptimo desarrollo del niño.

Clínicamente se considera que la edad idónea de la mujer tanto físico como mental para estar en condiciones de procrear es entre los 22 y 35 años de edad, basándonos en los datos obtenidos de nuestra población estudiada, nos da un 67.07 % (ver Cuadro No. 6) de madres óptimas para gestar a sus hijos, ya que cuentas con la edad antes señalada.

En la investigación realizada sobre éste factor, encontró que en el estado Neurológico del menor, no significativa la edad de la madre (encontrando una  $P > .70$ ) dando un 30 % de posibilidad que esta influya positivamente.

Sin embargo en el estado Psicológico si es significativo, (encontrando una  $P < .30$ ) ya que ésta influye en un 60 %.

### Estado Neurológico

Estado Civil de la madre	N	A	total
Soltera	3	3	6
Casada	43	22	65
Unión Libre	6	10	16
Divorciada	1	0	1
total	53	35	88

chi cuadrada = 5.32 P < .10 = 75 %

### Estado Psicológico

Estado Civil de la madre	N	A	total
Soltera	3	3	6
Casada	47	18	65
Unión Libre	7	9	16
Divorciada	1	0	1
total	58	30	88

chi cuadrada = 5.89 P < .10 = 75 %

### Estado Civil con el Estado Neurológico y

#### Estado Psicológico del Niño.

En el ámbito legal de la sociedad mexicana civil juega un papel importante. En la investigación realizada se considera a éste como un factor condicionante para el buen desarrollo físico mental del paciente. En nuestra población se observó que tanto en el estado Neurológico como en el Psicológico este factor influye en un 75 %.

### Estado Neurológico

Edad de la madre del paciente	Por años	N	A	total
	16-20	5	3	8
	21-25	11	5	16
	26-30	19	12	31
	31-35	5	7	12
	36- más	13	8	21
	<b>total</b>	<b>53</b>	<b>35</b>	<b>88 n</b>

$$chi \text{ cuadrada} = 2.26 = P > .70 = 30 \%$$

### Estado Psicológico

Por años	N	A	total
16-20	3	5	8
21-25	9	7	16
26-30	23	8	31
31-35	8	4	12
36- más	15	6	21
<b>total</b>	<b>58</b>	<b>30</b>	<b>88</b>

$$chi \text{ cuadrada} = 4.58 = P < .30 = 60$$

### Escolaridad de la Madre con el Estado Neurológico y Estado Psicológico.

El conocer el grado de escolaridad de la madre del paciente en nuestra investigación se considera importante para detectar si éste influye en el desarrollo físico del niño.

Basándonos en los datos obtenidos, el mayor porcentaje lo ocupan madres que estudiaron de 7 a 9 años (30.49 %) realizando una sumatoria de las que estudiaron de 10 a 13 años o más (ver Cuadro simple No. 8) equivale a un 42.56 % encontramos que la mayor parte de los niños de estas madres presentan un estado Neurológico y Psicológico normal.

Conforme a los resultados estadísticos obtenidos se observó que la escolaridad de la madre influye en un 70 % en el estado Neurológico, encontrando una  $P < .20$  y en el estado Psicológico un 75 %, encontrando una  $P < .10$ , lo que significa que influye en tal estado de manera positiva.

### Estado Neurológico

Ocupación de la madre		N	A	total
Hogar		47	30	77
Empleada		6	3	9
Trabaja por su cuenta		0	2	2
total		53	35	88

chi cuadrada = 3.22 P .20 = 70 %

### Estado Psicológico

	N	A	total
Hogar	50	27	77
Empleada	8	2	9
Trabaja por su cuenta	0	1	2
total	58	30	88

chi cuadrada = 6.01 P < .10 = 75 %

### Ocupación de la Madre con el Estado Neurológico y Estado Psicológico.

La actividad productiva de la madre del paciente es determinante en el nivel de vida del entorno social. De ahí la importancia que tiene conocer la ocupación para detectar el tiempo que dedica al cuidado y manejo adecuado de sus hijos.

En nuestra población estudiada encontramos el mayor porcentaje de madres que se dedican al hogar (87.80 % ver Cuadro No. 9). Basándose en los resultados obtenidos de la estadística encontramos una P de .20, que equivale a un 70 % que este factor influya en el estado Neurológico y una P < .10 que corresponde a un 75 % en el estado Psicológico que influya en el estado del menor.

Estado Neurológico

Tipo de Familia		N	A	total
	Extensa		13	9
Nuclear		40	26	66
total		53	35	88

chi cuadrada = 0.01 P < .90 = 10 %

Estado Psicológico

	N	A	total
Extensa	13	9	22
Nuclear	45	21	66
total	58	30	88

chi cuadrada = 11.03 P < .001 = 99 %

#### Tipo de Familia relacionada con el Estado Neurológico y Psicológico.

En la sociedad mexicana, la familia es considerada como una Institución en el área Social, y dentro del Sector Salud, en este caso para su estudio se le ha clasificado como familia nuclear y extensa, tomando en cuenta los datos de la información, se observó que del total de nuestra muestra, el mayor índice lo ocupan familias nucleares, representado por el 75.60 % (ver Cuadro simple No. 10), encontrando en los datos estadísticos de población que, el tipo de familia es un factor no significativo en el estado neurológico, ya que se encontró una P < .90 que equivale a un 10 % aproximadamente.

Sin embargo, se puede observar que en el estado Psicológico encontramos una P > .001 equivalente a un 99 % que es un porcentaje significativo, lo que indica que hay probabilidad de que el tipo de familia influya en el estado Psicológico del niño considerándolo normal.

### Estado Neurológico

	Hijos vivos	N	A	total
Número	1	27	18	45
	2	16	14	30
de hijos	3	4	1	5
	4	6	2	8
vivos				
	total	53	35	88

chi cuadrada = 2.13 P < .50 = 40 %

### Estado Psicológico

	Hijos vivos	N	A	total
	1	30	15	45
	2	18	12	30
	3	4	1	5
	4	6	2	8
	total	58	30	88

chi cuadrada = 1.21 P > .70 = 30 %

### Número de Hijos Vivos con Relación al Estado Neurológico y Psicológico.

El número de hijos vivos es considerado en la Investigación porque forma parte de la estructura familiar a la que pertenece nuestro sujeto de estudio.

Conforme a los resultados obtenidos se observó lo siguiente: se encontró una P < .50, que equivale a un 40 % en el estado Neurológico y una P > .70 dando un 30 % en el estado Psicológico porcentaje no significativo, lo que deduce que el indicador antes mencionado no determina el buen desarrollo integral del menor.

Sin embargo se puede observar que el mayor índice de nuestra población estudiada es el 54.88 %, que lo ocupan familias con un hijo (ver Cuadro No. 11) presentando la mayoría en un estado Neurológico y Psicológico normal.

### Estado Neurológico

	Salario mínimo (m.n.)	N	A	total
Ingresos y	< de un s.m.	12	5	17
	1 s.m.	25	14	39
	2 s.m.	9	8	17
	3 s.m.	4	4	8
Egresos	4 s.m. o más	3	4	7
	total	53	35	88

chi cuadrada = 2.61 P < .70 = 30 %

### Estado Psicológico

	Salario mínimo (m.n.)	N	A	total
Ingresos y	< de un s.m.	7	10	17
	1 s.m.	26	13	39
	2 s.m.	15	2	17
	3 s.m.	5	3	8
Egresos	4 s.m. o más	5	2	7
	total	58	30	88

chi cuadrada = 8.55 P > .05 = 85 %

### Ingresos y Egresos con Relación al Estado Neurológico y Psicológico.

Los ingresos y egresos con que cuentan los familiares del paciente es un factor importante en nuestra Investigación porque a través de éste, se conoce la situación económica de la población estudiada de nuestra muestra. De la cual se obtuvieron los siguientes resultados estadísticos: se registró una P > .70 equivalente a un 30 % aproximadamente, porcentaje que no afecta el estado Neurológico del paciente; sin embargo en el estado Psicológico existe un 85 % de probabilidad que este factor influya en el estado del niño.

Podemos decir que el mayor porcentaje de nuestra muestra lo ocupa un 41.46 % (ver Cuadro No. 12) de familias con bajos recursos económicos; clasificandolos la mayor parte como normales.

### Estado Neurológico

Tipo de vivienda	N	A	total
Vecindad	4	4	9
Edificio	10	7	17
Terreno Fam.	10	5	15
Casa sola	26	17	43
Dep. Habit.	2	1	3
Cuarto doméstico	1	0	1
Total	53	35	88

chi cuadrada = 2.20  $P < .80 = 20 \%$

### Estado Psicológico

	N	A	total
Vecindad	6	3	9
Edificio	11	6	17
Terreno Fam.	7	8	15
Casa sola	31	12	43
Dep. Habit.	2	1	3
Cuarto doméstico	1	0	1
Total	58	35	88

chi cuadrada = 3.80  $P > .70 = 30 \%$

### Estado Neurológico y Psicológico.

El tipo de vivienda que habitan los pacientes del Seguimiento es un indicador que lo podemos relacionar con el ingreso y egreso familiar, este factor nos permite detectar las costumbres, formas de vida e higiene de cada familia a la que pertenece el paciente, y conocer si este influye en un buen desarrollo biopsicosocial.

En la estadística realizada, encontramos los siguientes resultados: con respecto al estado Neurológico, encontramos una  $P < .80$  que equivale a un 20 % y en el estado Psicológico una  $P > .70$  que nos da un 30 % datos no significativos, lo que señala que el tipo de vivienda no altera el estado físico mental del niño. De la muestra se pudo observar que el mayor porcentaje lo ocupan niños que viven en casa sola donde, un 51.22 % (ver Cuadro No. 13) de nuestra muestra, se encuentra la mayoría en óptimas condiciones de salud.

**Estado Neurológico**

	N	A	total	
Sexo del Paciente	Femenino	29	13	42
	Masculino	24	22	46
	total	53	35	88

chi cuadrada = 2.43 P < .10 = 75 %

**Estado Psicológico**

	N	A	total	
Sexo del Paciente	Femenino	29	13	42
	Masculino	29	17	46
	total	58	30	88

chi cuadrada = 0.35 P < .35 = 40 %

**Sexo con Relación al Estado Neurológico y Psicológico.**

De los datos obtenidos se detecta que el mayor porcentaje de la población estudiada lo ocupa el sexo masculino (52.27 % ver Cuadro No. 14) encontrándose la mayoría normal en su estado de salud (ver Cuadros). De los resultados estadísticos se captó lo siguiente: existe una  $P < .10$  equivalente a un 75 % de probabilidad de que el sexo determine el estado Neurológico del paciente, con respecto al estado Psicológico encontramos una  $P < .50$  que equivale a un 40 % aproximadamente, dato no significativo para el objetivo de la investigación, lo cual no lo determina al respecto.

### Estado Neurológico

Edad Gestacional	Sem. Gestación	N	A	total
Edad	24 a 27	0	1	1
	28 a 31	14	4	8
	32 a 35	24	21	45
	36 a 39	11	6	17
Gestacional	40 a más	4	3	7
	Total	53	35	88

chi cuadrada = 4.49 P > .30 = 60 %

### Estado Psicológico

Sem. Gestación	N	A	total
24 a 27	0	1	1
28 a 31	15	3	8
32 a 35	25	20	45
36 a 39	11	6	17
40 a más	7	0	7
Total	58	30	88

chi cuadrada = 11.99 P > .02 = 90 %

### Estado Neurológico y Psicológico.

La edad gestacional del niño es importante para el objeto de la investigación ya que es un antecedente de mayor importancia para determinar su estado de salud en su edad futura, es un dato que nos permite clasificarlo como Término, Postérmino y Pretérmino para un mejor manejo en su diagnóstico.

El conocer la edad gestacional del paciente en Seguimiento facilita la información para detectar si esta influye directa o indirectamente en su desarrollo.

En la estadística realizada los resultados son los siguientes: una P < .30 equivale a un 60 % dato significativo para el estado Neurológico del paciente. Sin embargo, se observó una P > .02 que equivale a un 90 % de probabilidad de que este indicador determine el estado Psicológico del mismo, lo que significa que sí influye.

Estado Neurológico

	en gramos	N	A	total
Peso al Nacer	> 900	0	2	2
	1000 a 1900	37	25	62
	2000 a 2900	11	4	15
	3000 a 3900	4	4	8
	4000 a más	1	0	1
	Total	53	35	88

chi cuadrada = 194.83 P > .001 = 99 %

Estado Psicológico

	en gramos	N	A	total
Peso al Nacer	> 900	0	2	2
	1000 a 1900	37	25	62
	2000 a 2900	13	2	15
	3000 a 3900	7	1	8
	4000 a más	1	0	1
	Total	58	30	88

chi cuadrada = 10.00 P < .02 = 90 %

**Peso al Nacer con Relación al Estado Neurológico  
y Estado Psicológico.**

Conocer el peso del niño de Seguimiento en su nacimiento es un indicador que permite detectar si este influye positivamente en su óptimo desarrollo.

Se observó que el mayor porcentaje de niños de la muestra el 70.46 % (ver Cuadro No. 16) nacen de 1 Kg. a 1.9 Kgs. y la mayoría de estos niños son Neurológicamente y Psicológicamente normales.

En la investigación y en base a los resultados se observó una P > .001 dando un 99 % en el estado Neurológico y una P < .02 que equivale a un 90 % en el estado Psicológico, lo que significa que existe un mayor porcentaje de probabilidad de que ambas áreas que determinan el estado de salud del menor.

Estado Neurológico

Estado	N	A	total
Normal	42	16	58
Alterado	11	19	30
Total	53	35	88

chi cuadrada = 10.53 P < .001 = 99 %

Estado Psicológico

Estado	N	A	total
Normal	42	11	53
Alterado	16	19	35
Total	58	30	88

chi cuadrada = 10.55 P < .001 = 99 %

### Estado Neurológico en Relación con el Estado Psicológico.

Este cuadro representa el estado Neurológico y Psicológico actual del niño que está en el Seguimiento, dato importante para el objetivo de la investigación, este factor se clasifica en normal y anormal (clasificación que esta área lo determina como tal); se hace hincapié respecto al concepto de Anormal: el que un paciente aparezca como Anormal, no significa que presente alguna patología grave o presente malformaciones congénita se ha tomado éste concepto para identificar a los pacientes con posibles problemas de salud durante su crecimiento.

El estado Neurológico como Psicológico son las áreas que se consideran determinantes para conocer el desarrollo físico mental del niño que se encuentra en el Seguimiento clasificándolo como Normal (N) o Anormal (A); de los resultados sobre estos factores se observó que existe un 60.22 % de niños normales Neurológicamente (ver cuadro No. 17) y un 65.90 % de niños normales Psicológicamente en la estadística realizada, se concluye que ambas áreas influyen en un 99 % encontrando una P < .001 para el desarrollo físico mental del niño.

Neurológicamente (ver cuadro No. 17) y un 65.90 % de niños normales Psicológicamente en la estadística realizada, se concluye que ambas áreas influyen en un 99 % encontrando una  $P < .001$  para el desarrollo físico mental del niño.

## Análisis.

Conforme a los datos obtenidos se deduce que la edad de la madre es importante durante el embarazo para diagnosticar los posibles problemas que puedan presentarse y repercutir en el menor, lo que indica que éste factor puede determinar la patología del mismo, pero esto no significa que la edad de la madre determine su estado Neurológico del niño, ya que en los resultados obtenidos de probabilidad este factor influye en un 30 %, que para el interés de la investigación no es significativa; dentro de éstos resultados, se observó que el mayor porcentaje de madres que tienen a sus hijos en Seguimiento son las que tienen de 26 a 30 años, lo que indica que en esta edad se dan con más frecuencia los problemas de morbilidad en los pacientes, encontrando la mayoría en estado normal neurológicamente, aunque existe entre éstos un número considerado anormal y que por esta razón se requiere manejo social. Dentro de los mismos datos se señala que las madres añosas y jóvenes, la mayor parte se encuentran en un estado normal neurológicamente. Sobre el aspecto Psicológico y en base a los resultados se deduce que la edad de la madre si es determinante en el estado Psicológico del niño y que éste influye en un 60 %, puesto que del total de madres de nuestra muestra se observó que el mayor porcentaje lo representan madres de 26 a 30 años y el mayor número de pacientes de éste indicador están en un estado normal psicológico, ya que se consideran personas más consientes y responsables y por lo consiguiente óptimas en brindar un buen manejo en la salud de sus hijos. Sin embargo se observó que las madres de 16 a 20 años de edad, la mayor parte de los paciente presentan un estado anormal psicológicamente, esto se deduce que, se debe a la inmadurez que presenta la madre y por lo tanto brinde menos atención y estimulación hacia su hijo.

Apoyándonos en los resultados obtenidos, la situación civil sí influye en el estado Neurológico y Psicológico del menor en un 75 % ambos, ya que se observó que del total de la muestra corresponde a madres casadas legalmente y la mayoría de estos pacientes de dichas madres presentan un estado normal neurológica y psicológicamente (ver cuadros), esto se debe a que cuando existe una pareja legalmente casada tiende a tener más responsabilidad en la salud de sus hijos (habiendo excepciones). Puesto que se observó que las parejas que viven en unión libre, la mayor parte de los pacientes de estas madres, se encuentran en un estado anormal neurológica y psicológica, de lo que se deduce que aunque exista una pareja estable donde no existe un documento civil, no deja de existir alteraciones fisiológicas en los hijos en estos casos, encontrando la mayoría de la muestra en estado anormal neurológico y psicológico. Al igual que las madres solteras el cual es similar el número de pacientes con y sin alteración Neurológica y Psicológica.

De los factores sociales encontramos que la Escolaridad es un factor que influye en un 70 %, probabilidad normal, en el estado Neurológico, en este estado encontramos el mayor porcentaje de niños normales (60.22 %) donde la mayoría son pacientes con madres de estudios de 7 a 9 años; esto significa que como cuentan con un nivel académico básico aumenta el índice de pacientes en el Seguimiento, detectó que su mayoría son normales neurológicamente, y es similar en el estado Psicológico. Sin embargo se observó que las madres que tienen un nivel académico de 6 años tienden a presentar alteraciones necrológicas la mayoría de estas en nuestra muestra, esto se debe a la poca preparación y conocimientos por parte de la madre, ya que el resto de la población son madres que tienen un nivel académico superior, lo que significa que mientras cuentan con más preparación académica tendrán más

conocimiento sobre los posibles riesgos de presentar alteraciones necrológicas y psicológicas en sus hijos.

Con respecto al factor de la ocupación de la madre existe el mayor porcentaje de nuestra población a madres que se dedican al hogar, presentando el mayor número de éstos en un estado Normal tanto Neurológico como Psicológico; lo cual implica que influye un 70 % de probabilidad de que la ocupación determine el estado Neurológico del menor y un 75 % en el estado Psicológico.

Esto significa que la ocupación de la madre influye en el estado de salud del niño, puesto que se entiende que cuentan con más tiempo para dedicarlo a sus hijos y poder dar una buena atención a los mismos para mejorar su desarrollo físico mental, puesto que se observó que las madres que permanecen fuera del hogar por necesidad económica, cabe la posibilidad de que sus hijos presenten problemas en su desarrollo físico mental, debido a la falta de tiempo para el cuidado de sus hijos.

El tipo de familia se considera dentro del área social, porque permite conocer si existen 3<sup>a</sup> personas que influyan directamente en el estado de salud del paciente. Conforme a los resultados obtenidos se confirmó que no es determinante el tipo de familia en el estado neurológico del niño, puesto que este factor influye en un 10 % que es un porcentaje no significativo para nuestro fin, en todo caso se deduce que es responsabilidad de los padres que lo determinan como normal o anormal. Sin embargo, en el estado Psicológico sí influye éste factor en un 99 % de probabilidad de que este sea normal, puesto que si existen más integrantes en el núcleo familiar, suelen haber diferentes costumbres, hábitos, etc. que en un momento dado obstaculicen el estado psicológico del niño, y si se cataloga como anormal esto impida a que existan menos posibilidades de superar el problema que presente el menor. Por lo consiguiente, en nuestra muestra se observó que el 75.60 % (ver

cuadros) lo ocupan familias nucleares, obteniendo de éstas un alto índice de niños sin anormalidades y que la salud de éste depende de los padres. Lo que significa que el resto de la población lo contempla un 24.40 % que pertenecen a familias extensas donde existen el mismo número de niños normales y anormales en el estado Psicológico y Neurológico, esto se debe a que existe la posibilidad de que los demás integrantes sí influyan en la salud de los pacientes en Seguimiento.

El número de hijos vivos, que es el que nos permite conocer el tipo de familia a la que pertenece el paciente. Se deduce que la mayoría de los niños en Seguimiento que se encuentran en un estado normal Neurológica y Psicológicamente pertenecen a familias con un hijo. Sin embargo se observó que las madres que cuentan con tres y cuatro hijos son mínimas del total de la muestra y en su mayoría son pacientes normales Neurológicamente y Psicológicamente.

Observando lo anterior se deduce que el ingreso y egreso que bien sería la situación económica de la familia, no determina el estado Neurológico del niño, sino que más que nada y en base a los resultados del cuadro de cuestionarios, se observó que el interés de los padres que tienen sobre la salud de sus hijos es lo que determina su estado, ya que se detectó que el mayor índice de niños corresponde a familias que cuentan con salario mínimo y los cuales la mayoría son normales Neurológica y Psicológicamente. Esto se determina porque se pudo captar que la mayoría de los padres que cuentan con mayores ingresos económicos (ver cuadros) sus hijos se encuentran en un estado Neurológico Alterado.

Sin embargo, el ingreso familiar sí repercute en el estado Psicológico del niño, puesto que una familia con mejores condiciones económicas, tiende a brindar mejores medios para un buen desarrollo del menor.

El tipo de vivienda es una categoría que nos facilita conocer las condiciones de vida del paciente, ya que en base a los resultados de la población estudiada, se concluyó que el tipo de vivienda no influye en el estado de salud del niño, en el aspecto Neurológico influye en un 20 % y en el Psicológico un 30 %, porcentajes no significativos, de donde podemos deducir que la mayoría de la población se encuentra en condiciones normales.

Sin embargo se detecto una mínima parte de la muestra a familias que viven en vecindad (lo cual no afecta nuestra investigación, pero es importante señalarlo) de los cuales la mayor parte están afectados neurológicamente. Basándonos en estos resultados, podemos deducir que dicho problema surge a consecuencia de la situación socioeconómica en la que se encuentra la familia.

El sexo es determinante en la identificación del individuo (H.M.) en nuestra investigación se consideró para la identificación del paciente (F y M).

En base a los resultados se observó que del total de nuestra muestra el mayor porcentaje (52.27 %) lo ocupan los pacientes del sexo masculino encontrando entre estos una mínima diferencia de niños Normales y Anormales en el estado Neurológico y Psicológico, ambos sexos ocupan el mismo porcentaje del paciente en un estado normal. Sin embargo el sexo sí influye en el estado Neurológico en un 75 % y en el psicológico no es determinante ya que influye en un 40 % dato no significativo para nuestro estudio.

En base a lo anterior se observó que el total de nuestra muestra el mayor número de niños normales Neurológicamente corresponden al sexo femenino, independientemente que el mayor porcentaje de nuestra población lo ocupan los pacientes del sexo masculino, esto se debe y es comprobado por estudios médicos que la mujer es más resistente a enfermedades y por lo tanto es más susceptible a

cambios, ya que se ha comprobado que existe más morbilidad en el sexo masculino. Sin embargo el sexo no influye en el estado Neurológico actual del paciente.

La edad gestacional del niño es importante porque en base a este indicador se pueden detectar a tiempo los riesgos que presentan fisiológicamente durante su desarrollo y poder brindar atención oportuna.

Se deduce de los resultados obtenidos en la Investigación que el mayor porcentaje de pacientes en nuestra muestra lo ocupa un 51.14% de niños de 32 a 35 semanas de gestación (pretérmino) que en este caso la diferencia de niños normales y anormales en su estado Neurológico y Psicológico es mínima, concluyendo que es una cifra muy significativa de niños anormales en su estado y se plantea como problema de riesgo en este caso; por lo consiguiente el estado Neurálgico del paciente de nuestra muestra lo determina un 60 % la edad gestacional y un 90 % el estado Psicológico, lo que significa que este factor influye más en este estado debido a que se ha comprobado que la prematurez tiene como consecuencia a futuro tales como problemas de aprendizaje, retraso en los centros motores, etc.

En base a los resultados se observó que el mayor porcentaje, lo ocupan niños de 32 a 35 semanas de gestación (pretérmino) y que existe una mínima diferencia de niños normales y anormales Neurológica y Psicológicamente, sin embargo si nos damos cuenta existen menos niños de 21 a 28 semanas de gestación y la mayoría se encuentra en un estado normal en ambos estados, que de niños de 36 a 39 semanas esto se da, porque en base a estudios médicos se ha comprobado que un niño pretérmino es más resistente a sufrir daños neurológicos que un niño de término, por lo tanto se dan más casos de niños con problema Neurológico y Psicológico en nuestra muestra y existe una mínima diferencia de niños normales y anormales en este caso.

Se considera la insuficiencia del peso al nacer, como un factor o al menos uno de los factores más importantes, que determina el riesgo de sufrir alteraciones en su salud y durante su desarrollo integral del niño. Este indicador es importante dentro de la Investigación realizada debido a que es uno de los indicadores considerados de importancia en el área social para el estudio o diagnóstico del paciente; ya que se sabe que el retraso del desarrollo de los centros motores, la disminución de inteligencia, dificultad en el aprendizaje, problemas en el comportamiento, así como muchos trastornos neurológicos, que puedan tener consecuencias nocivas para el sistema nervioso central, se presentan con más frecuencia a niños que han nacido con bajo peso, ya que para la evaluación del estado de salud del recién nacido, el peso al nacer es una variable importante que constituye y condiciona la supervivencia, el crecimiento y desarrollo futuro.

Conforme a los resultados del cruce de variables que se realizó, el estado Neurológico con el Psicológico, se deduce que dependiendo como se encuentre el menor en su estado Neurológico, sin duda alguna presenta la misma evaluación en su estado Psicológico.

### 5.3. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION.

Los factores socioeconómicos (edad, escolaridad, estado civil, ocupación, etc.) no determinan la presencia de padecimientos neurológicos en el neonato de alto riesgo, puesto que en éstos casos; el que lo determina es el embarazo de alto riesgo que presenta la madre durante el periodo gestacional del niño y posteriormente esté en peligro de presentar problemas neurológicos en su nacimiento. Lo que significa que, una madre cuente con una situación socioeconómica favorable (que cuente con un ingreso favorable, que esté casada legalmente, con estudios superiores, etc.) no limita o impide que el niño o neonato presente un padecimiento neurológico en su nacimiento. Dentro de los factores socioeconómicos, existe una excepción, que es la edad de la madre ya que es un factor que en ocasiones determina el padecimiento neurológico del menor, y en base a teorías, estadísticas y estudios se ha confirmado que la edad de la madre es un indicador de mayor importancia (joven o añosa) para Diagnosticar la existencia de posibles problemas durante el embarazo y como consecuencia perjudique el producto.

Desde el punto de vista Social, que es lo que nos interesa en éste caso, los factores sociales sí influyen, tanto en su periodo gestacional, como en su desarrollo físico-mental(aunque no todos los factores que se consideraron); pero no van a determinar la patología que presente el neonato, puesto que éstos factores van a influir de tal manera a que la madre, participe más, obtenga mayores conocimientos sobre su embarazo si se considera de alto riesgo, que esté consiente del problema, de las posibles consecuencias que pueden surgir en base a éste y, posteriormente dedique mayor atención e interés sobre el cuidado y manejo del menor y, mediante su participación poder brindar una adecuada atención a sus hijos que estén en el

seguimiento, ya que de esto dependerá el estado neurológico actual del menor y por lo tanto se considere en un estado normal o como consecuencia a dichos factores su estado neurológico sea anormal (alterado). (Se hace hincapié, que el término Determinar no es similar al término Influir en ésta Investigación).

Los factores que se consideran de importancia son también los Biológicos ya que permiten conocer el estado físico-metal del neonato, (sexo del paciente, edad gestacional, peso al nacer, estado Neurológico y Psicológico) de lo cual se deduce que éstos van a determinar el padecimiento e influir en el estado neurológico y psicológico del niño (excepto el sexo que no influye en el estado psicológico) y en un momento dado influyen para determinar su estado, ya sea normal o anormal del paciente.

Estos padecimientos son de suma importancia, ya que determinan el padecimiento y el estado Neurológico y Psicológico del menor. Dentro de los factores biológicos que se mencionaron anteriormente, se hace notar que el sexo es el único factor que no influye en el estado Psicosocial, sin embargo en el estado Neurológico es determinante, en este caso refiriendonos a nuestra Investigación; ya que en base en los estudios que se han realizado se sabe que el sexo femenino es más resistente a las enfermedades que el masculino y de acuerdo a las estadísticas existe más mortalidad y morbilidad del sexo masculino, por lo que contesta a los resultados de la muestra sobre este factor, que se obtuvieron durante la Investigación realizada. La edad gestacional es otro factor fisiológico que se ha comprobado que es determinante en la salud del menor, lo mismo ocurre con el peso al nacer, que es otra condicionante para determinar el estado Neurológico y Psicológico del niño, puesto que se ha comprobado por los estudios realizados que la edad gestacional y el peso al nacer, lo que quiere decir que un niño pretérmino y de bajo peso tiende a presentar más problemas durante su crecimiento y desarrollo en su vida futura, puesto que este tipo

de niños tienen problemas de aprendizaje de los centros motores, disminución de inteligencia, etc. y por ciertas razones son pacientes que se consideran en el Seguimiento y por ello se les da manejo social.

Lo mismo ocurre con los estados Neurológico y Psicológico; dependiendo el estado del paciente neurológicamente, se encontrará psicológicamente.

Sobre el estado Psicológico y de acuerdo a los factores que se consideraron para la investigación se deduce que algunos son determinantes al problema psicológico del menor al igual que influyen si presentan alteraciones o no, pero definitivamente son determinantes en la participación de los padres.

## **CAPITULO 6.**

### **6. PROPUESTAS DEL TRABAJADOR SOCIAL.**

#### **6.1. APORTACIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL.**

El Trabajador Social cuenta con un amplio campo de acción, uno de ellos es el área de la Salud, donde pone en práctica sus conocimientos teóricos en base a su eficiencia, responde a los programas y proyectos en los que participa, esto mediante las funciones que realiza como son: Educación, Supervisión, Orientación, Motivación e Investigación. Tomando en cuenta que una de las funciones más importantes es la Investigación Social.

Existen varios Institutos donde Trabajo Social, participa en los Programas de Investigación; y colabora con respecto a los objetivos que se plantean en cada uno de éstos.

Dentro de los Institutos de Investigación, existe el Instituto Nacional de Perinatología, donde Trabajo Social es de suma importancia debido al trabajo y actividades que realiza, por lo tanto, forma parte del grupo interdisciplinario encargado de llevar a cabo programas y proyectos que el Instituto planea.

Uno de éstos Programas es el de Seguimiento Pediátrico, que tiene como finalidad detectar tempranamente alteraciones en el crecimiento y desarrollo del neonato de alto riesgo y brindar medidas de seguridad para un desarrollo integral.

Sin embargo, los factores que alteran la salud del menor, no son únicamente de tipo biológico o clínico, sino también de tipo social; lo que en ocasiones determina el estado del paciente, por lo tanto es el interés de Trabajo Social, conocer la situación socioeconómica y familiar de los mismos, y esta área es la responsable de

realizar dicha tarea; para brindar alternativas de solución en los pacientes con problemas de tipo Neurológico y Psicológico que en ocasiones aparecen debido a la problemática existente en el núcleo familiar o social y que en un momento altera la salud integral del menor.

**Nombre del Proyecto: MANEJO GRUPAL CON LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES DE SEGUIMIENTO PEDIATRICO.**

En base a nuestra Investigación y conforme a los resultados obtenidos, se observó que existen pacientes con problemas de tipo Neurológico y Psicológico y, que en un momento alteran su desarrollo físico mental actual, esto debido a la problemática que presentó el niño en su nacimiento porque proviene de un embarazo de alto riesgo o bien por problemas sociales, como son: el estado civil, la escolaridad, ocupación de la madre, etc. Sin embargo en éste problema no es únicamente el Médico el que debe resolverlo, sino también se requiere de la participación de los padres y la motivación, para brindar un mejor cuidado y atención a sus hijos.

El porcentaje de los pacientes con alteraciones Neurológicas y Psicológicas que se encontró en los resultados de la Investigación dio cabida para poder conocer los factores sociales y biológicos que influyen en el desarrollo físico mental del niño y por lo tanto no obstaculiza la continuidad del Seguimiento, al contrario, es de suma importancia que siga en pié.

Para mejorar el Seguimiento se ha optado por brindar alternativas de solución a la problemática que altera al paciente en su desarrollo integral, enfocándonos en el aspecto social; existiendo una diferencia, que el tratamiento no se tomará como sujeto

de estudio al paciente, sino ahora a los familiares de éstos, principalmente a los padres.

De acuerdo a lo anterior, se propone un "Proyecto de Manejo Grupal con los familiares de los pacientes del Programa de Seguimiento Pediátrico" con los siguientes objetivos:

**Objetivo General:**

Detectar el número de pacientes de 1986 a 1991 que presentan alteración neurológica y psicológica a causa de factores socioeconómicos y familiares, que determinan el estado del mismo y, capacitar a los familiares para un manejo adecuado y oportuno del niño dando manejo social y así disminuir la alteración presentada en el menor.

**Objetivos Específicos:**

- Conocer la problemática familiar para brindar alternativas de solución, brindando pláticas que el Trabajador Social dará para mejorar atención y cuidado en el crecimiento y desarrollo del menor.

- Motivar y concientizar a los padres de familia para que acudan a las pláticas y sensibilizarlos acerca de la importancia que tiene su participación, tanto en las sesiones como en el manejo adecuado de sus hijos.

- Conocer el avance neurológico y psicológico de los pacientes que presenten alteración antes y actualmente de las pláticas para poder evaluar si la participación e interés que presenten los padres de los pacientes ha beneficiado el estado del mismo.

**Metas:**

- Capturar al 90% de pacientes con problemas neurológicos y psicológicos actuales y brindar al máximo la capacitación a los padres de familia, motivándolos y capacitándolos para minimizar el número de pacientes con problemas actuales.

- Conocer al 90% la problemática familiar de cada paciente y mediante ésta, brindar medidas de solución para mejorar al máximo el estado del paciente.

- Brindar al 90% de las pláticas familiares planeadas a toda la población capturada con problemas sociales para concientizar y educar a los familiares sobre la problemática social que afecta el estado de salud del menor.

- Capturar al 90% de pacientes con alteraciones en su salud, conociendo su estado actual y evaluar las sesiones o pláticas que se han brindado a toda la población que asistió.

**Límites:**

**Tiempo:** el proyecto se realizará en seis meses con el fin de que pueda ser permanente en base a los resultados.

**Espacio:** este proyecto se realizará en el Instituto Nacional de Perinatología, en el Departamento de Seguimiento Pediátrico en el área de Trabajo Social.

**Universo de Trabajo:** se llevará a cabo con los familiares de los pacientes que se encuentran vigentes en el Programa de Seguimiento Pediátrico a partir del año 1986.

**Organización:**

El proyecto estará bajo la dirección del Departamento de Trabajo Social de Seguimiento, la coordinación del mismo estará a cargo de la responsable del proyecto en colaboración con la Psicóloga, Trabajadoras Sociales, Médicos, Enfermeras, etc.

**Funciones de Trabajo Social:**

Investigación, Motivación, Educación, Supervisión, Capacitación, Concientización, Sensibilización, Evaluación.

**Actividades:**

- Revisar los expedientes de los pacientes vigentes, tomando en cuenta las notas Psicológicas y Neurológicas, así como su situación social.

- Evaluación de la información (tabulación).
- Realizar visitas domiciliarias a los pacientes inscritos que presentan problemas bio-psico-sociales.
  - Realizar entrevistas formales e informales, cuestionando su situación socioeconómica, invitándolos y motivándolos a que participen en los eventos o reuniones planeadas en el Seguimiento.
  - Formar grupos de padres de familia, de pacientes que presenten alteraciones Psicológicas y Neurológicas, tratando temas sobre problemas captados de los factores socioeconómicos y algunos que se pudieran detectar sobre la marcha, durante las entrevistas y visitas domiciliarias, que estas afectan el estado de salud del menor.
  - Realizar las sesiones cada mes independientemente si tienen cita o no, con un tiempo de una hora o dependiendo de como se amplie el tema, dependiendo de los asistentes.
  - Planear temas a exponer, apoyándonos en material bibliográfico, hemerográfico, diapositivas, etc., para mejorar la exposición a cerca de los temas siguientes:
    - a) Que es una familia característica y quien la forma, actividades patológicas sobre la misma.
    - b) Que es un neonato de alto riesgo y por que se caracteriza como tal.
    - c) Posibles alteraciones Neurológicas y Psicológicas que alteran la salud del menor.
    - d) Qué es Psicología o Desarrollo Psicológico.
    - e) Cuales son los factores socioeconómicos y familiares que alteran el estado de salud del menor.
    - f) Manejo y cuidado del menor.
    - g) Posibles alternativas de solución a los problemas sociales.

h) Opcionales según interés del grupo.

Técnicas:

Visitas domiciliarias, entrevistas, revisión de expedientes, formación de grupos.

Instrumentos:

Expedientes, libretas de registro de pacientes del Seguimiento, hojas de identificación, cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, instrumentos de recolección de información (cuando sea necesario), diario de campo.

Recursos:

- Humanos: lo constituye el grupo interdisciplinario, en especial los Trabajadores Sociales.

- Materiales rotafolios, salón o sala, láminas, hojas blancas, proyectos de transparencias, películas (si son necesarias) y máquina de escribir.

- Financieros: Vehículos, fotocopiado.

Supervisión:

Lo llevará a cabo el Trabajador Social responsable del Proyecto.

Evaluación:

Se realizará cada seis meses, debido a que es un tiempo adecuado para observar el cambio que puede presentar el menor y poder garantizar si las actividades del Proyecto son efectivas en los padres, para mejorar el estado de salud del paciente o dar alternativas de solución al problema.

Indicadores:

- Estado Neurológico y Psicológico del paciente, antes y después de las pláticas del grupo.

- Asistencia de los padres y participación de los mismos.

- Contenido de los temas.

## 6.2. PROPUESTAS PARA EL INPer.

En base a la experiencia que se obtuvo durante la Investigación y conforme a las necesidades que se pudieron captar, tanto para la población como para el personal se propone lo siguiente:

- Que los pacientes que cuenten con el servicio de Seguimiento Pediátrico cuenten también con un médico Pediatra en el Servicio de Urgencias, puesto que en el transcurso de la Investigación y tomando en cuenta las entrevistas que se realizaron en las visitas domiciliarias se observó que la mayoría está de acuerdo con el servicio; sin embargo hay entre estas, muchas demandas sobre el servicio de urgencias y el Médico Pediatra, ya que para ellos el contar con éste servicio, es más confiable ante la salud de sus hijos, esto se puede observar por medio de los cuestionarios una vez tabulados.

- Que el Instituto contrate más personal de Servicios Generales para poder realizar las visitas domiciliarias y contar con un vehículo especial para el servicio de Seguimiento Pediátrico y poder llevar a cabo ésta tarea, puesto que debido al poco acceso a éste se obstaculizó la salida para el Objetivo propuesto a dicha actividad y por lo tanto se retazo la Investigación planeada.

- Para que se puedan elaborar las visitas domiciliarias en el Programa de Seguimiento Pediátrico sería ideal ampliar al personal de Trabajo Social del Seguimiento y poder realizar ésta tarea, en el momento que se deben llevar a cabo, ya que se observó que debido al exceso de trabajo que existe diariamente y por la amplia demanda al Servicio es imposible realizar las visitas domiciliarias, ya que el servicio no se puede quedar solo y con una Trabajadora Social, se atrasarían las consultas, que es otra observación que se pudo analizar.

El realizar las visitas domiciliarias es una actividad de mayor importancia, puesto que permite conocer más a fondo la situación socioeconómica de los familiares del paciente, que en ocasiones y conforme a la experiencia obtenida nos sirve de apoyo para dar manejo social si el caso lo requiere. Para realizar ésta tarea y que el ausentismo de los familiares en su hogar no obstaculice llevarla a cabo, lo ideal es hacer una llamada telefónica a los familiares unos días antes de realizarla, para que estos estén presentes, en caso de que no cuenten con alguna otra actividad importante como es el empleo y, así se facilite obtener esta información.

- Brindar cursos de neonatos de alto riesgo a los Trabajadores Sociales para obtener mejor conocimiento sobre el objeto de estudio con el que están trabajando, y en base a éste dar una mejor información a los familiares sobre el problema de sus hijos.

- Que se realicen cursos de Trabajo Social en el Area de la Salud.

- Profundizar las Investigaciones Sociales sobre el Programa de Seguimiento por parte del Trabajador Social con objeto de superar el Servicio que se da a los neonatos de alto riesgo.

## CONCLUSIONES GENERALES

- El INPer está reconocido como uno de los mejores Institutos de Ginecología y Obstetricia de todo el país, por los buenos resultados que se han observado de toda la población que en él asiste, esto es debido a que cuenta con un personal altamente capacitado y especializado en el área.

- El INPer es un Instituto que atiende únicamente casos especiales patológicos de la mujer con riesgo elevado, así como en el que se enfoca, en embarazos de alto riesgo y por lo consiguiente atiende a neonatos de alto riesgo y existe un Programa especialmente para estos casos.

- Es un Instituto que brinda apoyo económico en ocasiones ala población más necesitada, ya que esto se da en base a la valoración que realiza Trabajo Social en la inclusión al Instituto y dependiendo de ésta se les otorga a los pacientes una calificación ya sea de bajo, mediano y alto costo, sin embargo a pesar de que es un Instituto que cuenta con Recursos Humanos y Materiales aptos y especiales para el logro de sus objetivos, uno de ellos, es brindar a un gran porcentaje de neonatos de alto riesgo, dándoles Seguimiento Pediátrico en un lapso de 7 años, para vigilar su desarrollo y crecimiento del menor, esto es sin costo alguno y de alguna manera es un apoyo económico que brinda el Instituto a los familiares que presentan dicha problemática.

- Para resolver la problemática que se presenta el país día con día sobre las alteraciones que presenta un recién nacido, el Sector Salud ha tomado alternativas para resolver dicha situación, a base de Programas que por falta de Recursos Materiales y Humanos en otras Instituciones, se ha dado únicamente en el INPer.

- Sobre el Programa de Seguimiento Pediátrico en el INPer, se puede decir que es completo con respecto a las especialidades que han sido designadas para

brindar un buen desarrollo integral al menor, este programa es tan completo que es imposible brindarlo a todos los niños que nacen en el INPer; por lo tanto solo atiende a pacientes con problemas severos al nacer para obtener mejorías durante su desarrollo físico mental.

- La idea sería brindar el Seguimiento a todos los neonatos del Instituto, pero debido al alto índice de nacimientos que se presentan día con día es imposible dar éste servicio, por lo tanto, se optó por dar Seguimiento a todo los pacientes que lo necesite y que dentro de las posibilidades que cuenta el Instituto pueda dar manejo a su situación biopsicosocial.

- Es un Instituto que en ocasiones canaliza a pacientes que presenten problemas serios o críticos y que dentro de sus posibilidades no puede brindar apoyo, por lo tanto los canaliza a Institutos especialistas al problema. Esta es otra función que realiza Trabajo Social del Programa de Seguimiento Pediátrico.

- En general puedo decir que el Trabajador Social, es un profesional altamente capacitado ante la problemática social, dando manejo y alternativas de solución ante la problemática que se enfrenta la Comunidad, Grupo o Sujeto, que gracias a sus conocimientos técnicos pone en práctica sus habilidades como: Canalizador, Orientados, Supervisor, Educador, Coordinador, Concientizador, Evaluador, etc; por tales motivos se hace hincapié que el Trabajador Social orienta lo mejor posible, no pretendiendo en ningún momento dar la solución completa a sus problemas, ya que de ellos no depende únicamente de una persona sino esencialmente de todo un conjunto de los mismos para dar solución al problema presentado.

Una de las Instituciones Públicas donde el Trabajador Social toma un papel muy importante son las Instituciones de Salud, puesto que en la elaboración de un estudio social pasan primeramente al área de Trabajo Social. Un ejemplo muy claro y específico es la participación importante dentro del grupo interdisciplinario que tiene

el INPer; puesto que para la inclusión al mismo la valoración es realizada por los Trabajadores Sociales, incluyendo esta área en todos los Programas que en él existen.

Con respecto a las funciones que Trabajo Social desempeña, una de las más importantes es la Investigación, que en base a ésta se pudo elaborar la presente Tesis en el Instituto Nacional de Perinatología, incluyendo que ésta tarea nos permitió ver la realidad con respecto a la situación socioeconómica actual que se enfrentan los familiares y pacientes y, que en ocasiones el estado fisiológico se encuentran alterados por dicha situación, nos permitió conocer más a fondo los problemas que presentan los pacientes o neonatos en su nacimiento y que en ocasiones se eleva la tasa de mortalidad y morbilidad materno-infantil debido a la patología del niño, en el transcurso de la Investigación fueron mínimas las defunciones de estos en el INPer, ya que también se pudo comprobar por el buen avance de salud y mejores resultados de cada paciente que presentó problemas en su nacimiento, que existe una alta capacidad y preparación por parte del personal que en el servicio labora, entre ellos Médicos, Trabajadoras Sociales, Psicólogos, Enfermeras, etc. ya que también ellos se enfrentan a serios problemas a la situación que presenta el menor, y es una responsabilidad que aun para la mejoría en su desarrollo físico mental del paciente y exista una buena adaptación con su medio ambiente a futuro.

## SUGERENCIAS.

- Que se den Programas de control de embarazo para poder evitar más riesgos del mismo en los Institutos.

- Que en los tres niveles de atención se den pláticas o exposiciones de lo que es un embarazo de alto riesgo y un neonato de alto riesgo, principalmente en el Primer Nivel siendo estos Centros donde asisten personas de bajos recursos y nivel académico (hay excepciones) para que tomen medidas de prevención, haciendo hincapié que el INPer es un Instituto que está reconocido como el mejor de Gineco-Obstetricia y se encarga de atender casos de alto riesgo, es importante aceptar a toda la población debido a la alta demanda que existe.

- Promover en los hospitales de Segundo Nivel, como son: el ISSSTE, IMSS, etc. los Programas de Seguimiento y así abarcar a todos los neonatos de alto riesgo, ya que con los buenos resultados que se han obtenido en el INPer hasta la fecha, México sería a la vanguardia un país con sus habitantes en buenas condiciones de salud.

- Que se establezca de manera constante y se amplien conocimientos en los cursos del papel del Trabajador Social en el Neonato de Alto Riesgo y Seguimiento Pediátrico.

- Que para la planeación del Proyecto y realización de actividades de Trabajo Social se amplie el Programa del mismo. con respecto a las funciones de Investigación.

- Que el Programa de Seguimiento Pediátrico se exponga en ocasiones a toda la población que acude al Instituto, ya que el desconocimiento de éste crea confusión y por la mala información que tienen los familiares de los menores o mala explicación al respecto.

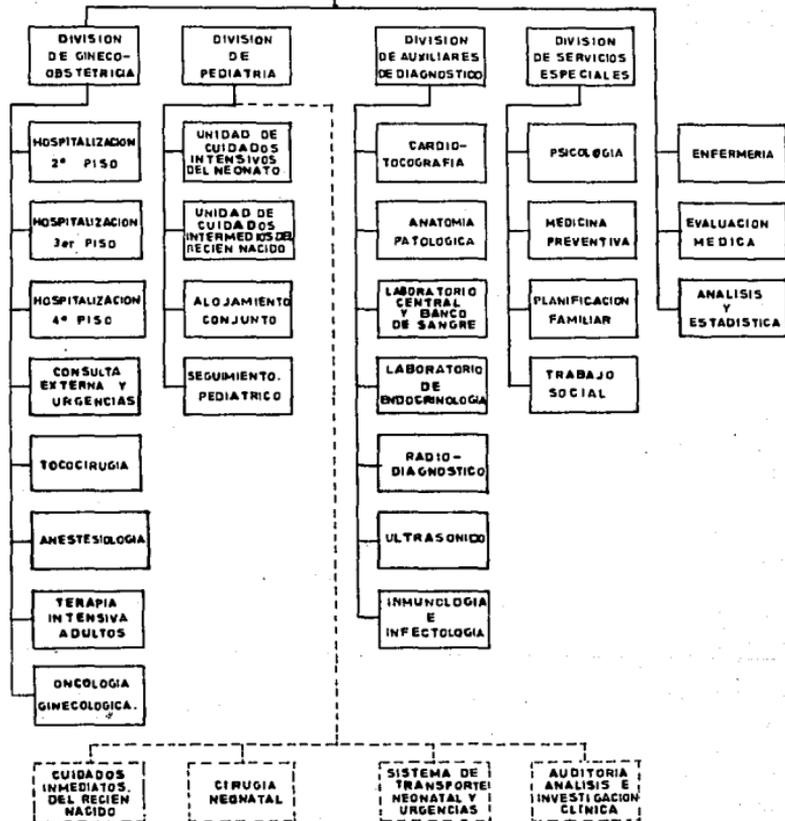
- Sería ideal dar pláticas en la sala de espera de lo que es un Neonato de Alto Riesgo, en que consiste el Programa de Seguimiento y cuales son sus ventajas en caso de que el menor necesite del Servicio, siendo así, se comunica a los familiares que su bebé es candidato al Seguimiento y de antemano ya sepa cual es la responsabilidad que adquiere desde el momento que acepta el Servicio para su hijo.

- Que en las escuelas de Trabajo Social a nivel Superior se instaure una materia de Trabajo Social Médico y Relaciones Humanas o en caso de no ser posible se impartan Cursos al respecto.

- Que el Instituto ofrezca al contratar al personal de Trabajo Social un curso, que explique en que consisten las funciones y actividades que realiza el Trabajador Social, para evitar confusiones con respecto a la problemática que presente el paciente y mediante este conocimiento dar una buena orientación para evitar confusiones.

- Que el personal de Trabajo Social reciba más orientación con respecto al área Médico Social.

SUBDIRECCION  
GENERAL  
MEDICA



ANEXO 1  
ORGANIGRAMA

## VALORACION EPIDEMIOLOGICA DE RIESGO AL NACIMIENTO

(MARQUE CON UNA x SEGUN CORRESPONDA. SUME Y OBTENGA ASI EL VALOR DEL RIESGO)

## MORBILIDAD

## PESO AL NACER

61.7	<input type="checkbox"/>	<= 1,500 g.
65.0	<input type="checkbox"/>	1,501 - 2,000
15.8	<input type="checkbox"/>	2,000 - 2,500
4.3	<input type="checkbox"/>	2,501 - 3,500
5.0	<input type="checkbox"/>	>= 3,501 g.

## EDAD GESTACIONAL

21.6	<input type="checkbox"/>	<= 27 SEMANAS
18.4	<input type="checkbox"/>	28 - 31
15.0	<input type="checkbox"/>	32 - 33
9.0	<input type="checkbox"/>	34 - 35
3.8	<input type="checkbox"/>	36 - 37
1.1	<input type="checkbox"/>	>= 38 SEMANAS
2.7	<input type="checkbox"/>	SE DESCONOCE

## EDAD MATERNA

7.4	<input type="checkbox"/>	<= 15 AÑOS
1.9	<input type="checkbox"/>	16 - 19
0	<input type="checkbox"/>	20 - 34
3.9	<input type="checkbox"/>	>= 35 AÑOS

## EMBARAZO, TRABAJO DE PARTO, PARTO

4.5	<input type="checkbox"/>	TOXEMIA
34.7	<input type="checkbox"/>	DIABETES
6.3	<input type="checkbox"/>	MEMB. ROTAS MAS 24 Hrs.
4.2	<input type="checkbox"/>	SUFIMIENTO FETAL
2.4	<input type="checkbox"/>	ANESTESIA, ANALGESIA, ETC.
4.1	<input type="checkbox"/>	COMPLICACIONES, TRABAJO PARTO (*)
5.3	<input type="checkbox"/>	PARTO DISTOCICO

## PRODUCTO DE LA GESTACION

0	<input type="checkbox"/>	APGAR (1') 8 a 10
3.1	<input type="checkbox"/>	APGAR (1') 5 a 7
11	<input type="checkbox"/>	APGAR (1') 0 a 4
4.1	<input type="checkbox"/>	PRODUCTO SEXO MASCULINO

## REANIMACION

6.4	<input type="checkbox"/>	PRESION POSITIVA
11.8	<input type="checkbox"/>	BICARBONATO, SANGRE, ALBUN, ETC.

TOTAL  RIESGO DE MORBILIDAD

CANALIZADO A:  
UCIN- (MORB. > 30)   
INTERMEDIOS  
(MORB. 30 > 15)

CUNERO TRANSICION 2 (MORB. < 15)   
CUNERO TRANSICION 3 (MORB. < 15)   
CUNERO TRANSICION 4 (MORB. < 15)

\* INCLUYE: INDUCCION, USO DE UTERODINHIBIDORES, CONDUCCION, INERCIA, PROLAPSO DEL CORDON, ESTRECHEZ PELVICA, FALTA DE ROTACION, Y OTRAS CONDICIONES RELACIONADAS

**ANEXO 3**

***CUESTIONARIO DE CAUSAS DE ASISTENCIA***

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**REGISTRO :** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

- 1.- Por interés de participar en el Programa. \_\_\_\_\_
  - 2.- Por que requiere de atención pediátrica. \_\_\_\_\_
  - 3.- Porque el servicio es gratuito. \_\_\_\_\_
  - 4.- Por el buen trato que recibe del personal. \_\_\_\_\_
  - 5.- Porque la atención es completa y adecuada. \_\_\_\_\_
  - 6.- Por fácil acceso al Instituto. \_\_\_\_\_
  - 7.- Por contar con tiempo para acudir \_\_\_\_\_
  - 8. Por lo espaciado de sus citas. \_\_\_\_\_
  - 9.- Por que nació aquí y conocen sus condiciones de nacimiento. \_\_\_\_\_
  - 10.- Por que cuento con la aprobación de mi esposo. \_\_\_\_\_
  - 11.- Otras causas ( especifique ) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**TRABAJADORA SOCIAL**

## **GLOSARIO.**

**Anestesiología:** Rama de la Medicina que estudia lo referente a la anestesia y los anestésicos. (Anestesia) Pérdida total o parcial de la sensibilidad, con o sin pérdida de conciencia, inducida por la administración de fármacos anestésicos, para hacer posible la ejecución de intervenciones quirúrgicas o para la realización de otras maniobras terapéuticas o diagnósticas capaces de producir dolor.

### **Anormalidades congénitas:**

- **Anencefalias:** Cerebro o médula espinal o anomalías de estas.
- **Espina bífida:** Defecto de los arcos vertebrales de la columna vertebral que deja una solución de continuidad a través de la cual la meninge, la masa esfélica o la médula espinal puede hacer protrusión.
- **Hidrocefalia:** agua en el cerebro.
- **Sistema Nervioso:** Como la ausencia de la médula espinal.
- Ojo, Oreja, Cuello, Corazón, Aparato Circulatorio, Aparato Respiratorio, Paladar y labio hendido, Conducto digestivo alto, Aparato digestivo, Organos genitales, Aparato urinario, Pie rambo, Miembros, Aparato musculoesquelético, Piel, Pelo, Uñas.

**Barotrauma:** Lesión producida por cambios en la presión atmosférica en el oído medio y senos paranasales debido a la diferencia de presión entre la presión atmosférica y la cavidad lesionada.

**Cardiología:** Estudio del corazón y sus enfermedades.

**Cateterismo:** Maniobra de introducción de un catéter en una cavidad o conducto del organismo con la finalidad terapéutica o diagnóstica. **Cateterismo multipulsiones** (extracción de líquido).

**Crisis convulsivas:** Crisis- Modificación súbita del curso de una enfermedad bien hacia la mejoría o el empeoramiento. Contrapuesto a lisis. **Exacerbación de las manifestaciones de una enfermedad.** - **Convulsión-** Contracción violenta o involuntaria de la musculatura voluntaria de forma generalizada. Es un síntoma característico de la epilepsia.

**Desarrollo físico mental:** Desarrollo: Proceso de transformación de un organismo hasta alcanzar su madurez. **Desarrollo Psicológico:** Madurez de la personalidad y del comportamiento que viene determinado por el trato que recibe el niño, clase social, tensiones familiares, complicaciones obstétricas, peso natal, sexo y grado de problemas neurológicos.

**Dietética:** (relativo al régimen) Parte de la Medicina que estudia la distribución de los nutrientes en los alimentos, las diferentes maneras en que la dieta puede modificarse, afecciones clínicas en las que la dieta forma un pilar importante del tratamiento, y en general las generalidades terapéuticas de la dieta.

**Edema:** Hinchazón. Aumento en el componente extravascular. **Edema cerebral:** Acumulación del líquido en el tejido nervioso del cerebro por aumento de permeabilidad de los capilares sanguíneos que se produce en diversas situaciones como accidentes cerebro vasculares, tumores cerebrales, diversas intoxicaciones químicas. Tienen especial importancia porque produce aumento del volumen del cerebro dentro de una

cabida no extensible y por ello es causa de hipertensión intracraneal y requiere tratamiento enérgico y rápido para evitar el exitus del paciente.

**Endocrinología:** Rama de la Medicina que estudia las glándulas de secreción interna.

**Esterilidad:** Falta de la aptitud de fecundación en el macho y de concebir en la hembra.

**Estimulación:** Acción y efecto de estimular, excitar vivamente a uno de la ejecución de una cosa; avivar a una actitud función, etc.

**Eutrófico:** Peso normal.

**Fisiología de la reproducción:** Que estudia la naturaleza. Ciencia que se ocupa de las funciones de la materia viva. **Fisiología Humana:** Aquella que estudia al ser humano. **Fisiología Médica:** aplicación de los conocimientos fisiológicos a la interpretación de las enfermedades.

**Genética:** Ciencia que se ocupa de la herencia. **Genética médica-clínica:** Parte de la genética humana que trata de las relaciones entre herencia y enfermedad.

**Gestación:** Embarazo.

**Ginecología:** (Gineco-mujer, logia-tratado). Rama de la Medicina que se ocupa del estudio de las enfermedades de la mujer.

**Hematología:** Especialista en el estudio de la sangre; hematoma: Acumulación de sangre normalmente coagulada en un tejido, órgano o espacio.

**Hidrocefalia:** Aumento del volumen del líquido cefalorraquídeo en la cavidad craneal que normalmente se acompaña de un incremento de su tensión.

**Hipertensión:** Aumento de la presión en general, especialmente aumento de la sangre con caracter patológico. Hipertensión arterial: Incremento de las cifras de presión de la sangre arterial en valores superiores o iguales a 150/90 mm de Hg en individuos de más de 45 años y 130/90 mm de Hg. en individuos menores de 45 años.

**Hipertrófico:** Alto de peso.

**Hipotrófico:** Bajo de peso.

**Histopatología:** Estudio del tejido enfermo.

**Índice de Apgar:** Sistema de valoración numérico que describe el estado del lactante al minuto y a los cinco minutos después del nacimiento. Un índice de cero indica que el lactante está gravemente afecto; cuando mayor es el índice, hasta un máximo de 10, mejor es el estado del lactante, dos precauciones: 1) El índice no debe de calcularse nunca aquel que asista al parto. Es siempre demasiado alto. 2) Los 60 seg. después del nacimiento deben de cronometrarse con un cronómetro que, preferiblemente, señale el tiempo sonando un timbre.

**Infertilidad:** (fétil). Incapacidad para concebir, o bien en el caso del hombre para inducir la concepción.

**Insuficiencia Cardíaca:** (Pérdida de la capacidad funcional de un órgano o estructura). Incapacidad del corazón para mantener un gasto cardíaco adecuado para sostener las necesidades de oxígeno de los tejidos. También se denomina insuficiencia del miocardio.

**Insolmunización materno fetal:** Inmunización: (Proceso por el cual un organismo se hace resistente o inmune a un determinado antígeno) de un animal con aparición del anticuerpo específico frente a antígenos de otro animal de la misma especie. El ejemplo más conocido es el de desarrollo de anticuerpos en el órgano materno frente a antígenos paternos presentes en el feto, como ocurre durante el fenómeno de incompatibilidad RH materno fetal.

**In-utero:** En el interior del útero.

**Malformación:** Trastornos usualmente congénitos del desarrollo o morfogenesis normal de los órganos y tejidos, con la consiguiente perturbación funcional más o menos grave, pero que supera los límites de la variabilidad normal. -Congénito: Presente en el nacimiento o antes del mismo.

**Medicina Interna:** Dícese de la que trata de las enfermedades que no tienen indicaciones quirúrgicas.

**Medicina Preventiva:** Aquella que estudia los medios de prevenir la enfermedad.

**Morbilidad:** Frecuencia en la que una determinada población padece una cierta enfermedad.

**Mortalidad:** Proporción de las muertes que tienen lugar en una población en un determinado lapso de tiempo. Número de muertos que causa un agente o enfermedad específicos. Mortalidad infantil. Número de niños fallecidos durante el primer año de vida por cada 1000 nacidos vivos.

Puede dividirse en tres grupos: la tasa de mortalidad perinatal, que incluye los niños muertos desde el sexto mes de concepción hasta el sexto día después de nacer; la tasa de mortalidad neonatal; o número de niños que mueren con más de un día y menos de 28 días y tasa de mortalidad posnatal; que incluye a los niños, con más de 28 días, pero menos de un año.

**Neonato:** Recién nacido.

**Neonatal:** Relativo o perteneciente al primer mes de vida.

**Neonotología:** Dícese de aquella parte de la Medicina que se ocupa del estudio del niño en el periodo neonatal.

**Neurofisiología:** Parte de la Medicina que estudia las enfermedades del sistema nervioso.

**Obstetricia:** Rama de la Medicina referente al embarazo, parto y puerperio.

**Oftalmología:** Rama de la Medicina que estudia el ojo y sus enfermedades.

**Oncología (Ginecológica):** Rama de la Medicina especializada en el estudio y tratamiento de los tumores.

**Pediatría.** Rama de la Medicina que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias de los niños.

**Perinatal:** Aplicase a cualquier suceso que tenga lugar inmediatamente antes, después o durante el nacimiento; en general constituye un período que se extiende desde la 28 semana de gestación hasta 28 días después del nacimiento.

**Perinatología:** Parte de la Pediatría que se encarga del estudio de las enfermedades características del periodo perinatal.

**Posnatal:** Ocurrido después del nacimiento.

**Posparto:** Que ocurre después del parto (puerperio).

**Postérmino:** Después del embarazo.

**Prenatal:** Que existe o se presenta antes del nacimiento.

**Pretérmino:** Embarazo antes del tiempo normal de gestación.

**Psicología:** (psic-psico- mente. Logos-tratado). Ciencia que se ocupa del estudio de la actividad mental, y de la conducta así como de los trastornos patológicos. -Psicología clínica: Empleo de los conocimientos teóricos psicológicos con la finalidad de diagnosticar y tratar las enfermedades mentales.

**Psicología Social:** La que estudia la conducta de un individuo o grupo dentro de una sociedad o comunidad y las interrelaciones recíprocas entre ambos.

**Salud:** Estado de bienestar físico, mental y social, y no únicamente ausencia de enfermedades (OMS) Salud Mental- Condición de la cual un individuo es capaz de mantener relaciones armónicas con sus semejantes y participar de manera constructiva, en las actividades de un ambiente social. Además implica la resolución de los conflictos planteados por sus tendencias instintivas. Salud Pública- es la ciencia de prevenir las enfermedades, de prolongar la vida y de mejorar las condiciones de salud, y la actividad mental y física de los individuos, a través de la acción colectiva.

**Sepsis:** Infección por microorganismos patógenos de un tejido, un órgano o un sistema.

**Sepsis puerperal:** Infección que se desarrolla a nivel del tracto genital femenino después del parto. Es un proceso grave con una mortalidad elevada. Las bacterias responsables influyen sobre todo anaerobios y con menos frecuencia.. Ocasionalmente el agente productor (enfermas diabéticas o que han sufrido algún tipo de trauma durante el parto) Las causas predisponentes a la sepsis puerperal son la rotura precoz de las membranas, la duración excesiva del parto, las hemorragias

aparecidas durante el embarazo, el parto o el alumbramiento, la mala irrigación local de los tejidos, y las maniobras endouterinas.

**Síndrome:** Conjunto de signos y síntomas que aparecen simultáneamente con frecuencia suficiente como para definir clínicamente un estado patológico determinado. Síndrome de aspiración fetal- Aspiración del líquido amniótico (líquido contenido en el amnio que rodea al embrión o feto) por el feto durante el parto, causa de distress respiratoria del RN. Síndrome de aspiración del meconio.

**Término:** Ciencia médica que se ocupa del tratamiento de las enfermedades y estudia los medios propios para alcanzar este objetivo.

**Terapéutica quirúrgica:** Tratamiento de una enfermedad mediante la intervención del cirujano.

**Toco:** Prefijo: Que significa parto; parte de la medicina que basa la curación de las enfermedades a través de intervenciones con las manos y/o instrumentos adecuados.

**Trauma:** Traumatismo-(Término genérico que abarca todos los estados físicos o psíquicos resultantes de una agresión o violencia exterior. Estado del cuerpo humano que se halla afectado por heridas o confusiones graves.- Trauma del parto- Todas las lesiones que se producen en el recién nacido ocasionalmente por el trabajo de parto.

**Ultra-sonografía=Ultra sonido:** Representación de las estructuras profundas del cuerpo a través del reflejo de las ondas del ultrasonido; sonido cuya frecuencia es

superior a la perceptible por el oído humano o por encima de 20 000 vibraciones por segundo.

**BIBLIOGRAFIA.**

**Dr. Ernesto Castelazo Morales**

**Memoria Instituto Nacional de Perinatología 1983-1988 Recopilación Editorial.**

**INPer**

**México D.F. 1988**

**Carlos Enrique D.**

**El Trabajo Social. Teoría Metodológica Investigación.**

**Librería Eco.**

**Buenos Aires 1976**

**Ezequiel And Egg**

**Historia del Trabajo Social**

**Librería Acros SRL**

**México 1975**

**Dr. Manuel Sánchez Rosado**

**Elementos de Salud Pública**

**Francisco Méndez Cervantes**

**Medicina No. 24**

**México 20 D.F. 1983**

**Stephem Pshao**

**Estadísticas para Economistas y Administradores de Empresas.**

**Herrero Hermanos, Sucs S.A.**

México 1960

**División de Pediatría**

**Protocolo Crecimiento y Desarrollo y Seguimiento Pediátrico**

**INPer**

**México D.F. Nov. 1988**

**Arturo García H.**

**Cuidados Intensivos Neonatales.**

**Jorge Joven**

**Diccionario de Medicina**

**Barcelona España 1986**

**Molina Castro Martha**

**Apuntes de Trabajo Social de la Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM**

**México D.F. 1985-1989**

**Rojas Soriano Raúl**

**Guía para Realizar Investigaciones Sociales.**

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Imprenta Universitaria**

**México D.F. 1935-1985**

**Instituto Nacional de Perinatología**

**Manual de la Organización del INPer**

Subdirección de Administración, Departamento de la Organización y Modernización  
Administrativa.

México D.F. Mayo 1988

Instituto Nacional de Perinatología  
Segunda Reunión Anual. Memoria  
Curso Trabajo Social y su acción en Perinatología  
INPer  
México D.F. Abril 1985

Volpe J.  
Neonatal Seizures  
Clin. Perinatal  
EE UU 1977

Bernard and Cornblath, m, et al  
Neonatal Hypoglicemia-A Discussion  
Pediatrics  
EE UU 1981

Colleti R. Pan M. Smith E.  
Detection of hipocalcemia in susceptibles Neonatas  
Edit. Med  
New. Engled 1984