

20
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**FACTORES QUE PREDISPONEN CASOS DE MORBILIDAD
EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO, DE LAS COMUNIDADES
DEL MODULO DE CHILCUAUTLA, HGO.**

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA
Y O B S T E T R I C I A
QUE PRESENTA LA PASANTE:
LORA PEREZ ROXANA

Con la Asesoría de: Lic. Ezequiel Canela Núñez



MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Página
Introducción	1
Justificación	2
Definición del problema	3
Objetivos	5
Planteamiento del problema	6
Hipótesis	7
VARIABLES E INDICADORES	8
Metodología	
Tipo de investigación	9
Universo	9
Muestra	9
Criterios de inclusión y de exclusión	10
Límites	10
Recursos	11
I MARCO TEORICO	
1. La mortalidad infantil en México	
1.1. Componentes y divisiones de la mortalidad infantil	12
1.2. Subregistros: estimación y aproximaciones .	15
2. Desarrollo infantil	16
2.1. Alimentación	17
2.1.1. Lactancia materna	18
2.2. Necesidad de cariño y estímulos	20
2.3. Vacunas del esquema básico	22
3. Enfermedades más frecuentes	25
3.1. Diarreas	26

3.1.1. Definiciones	28
3.1.2. Etiología	30
3.1.3. Fisiopatología	31
3.2. Infecciones respiratorias agudas	34
3.2.1. Identificación de los casos	35
3.2.2. Evaluación de los casos	35
3.2.3. Clasificación de los casos	36
3.2.4. Medidas preventivas	37
4. El papel de la mujer	38
4.1. Espaciamiento de los nacimientos	40
4.1.1. Factores de riesgo	42
4.1.2. Planificación familiar	48
4.1.2.1. Preservativo	48
4.1.2.2. Dispositivo intrauterino.	49
4.1.2.3. Contraceptivos bucales...	50
4.1.2.4. Contraceptivos <u>in</u> yecta	
bles	51
4.1.2.5. Esterilización femenina..	52
4.2. Atención prenatal	53
5. Ambiente	55
5.1. Daños al ambiente y contaminación	56
6. Estrategia de Extensión de Cobertura	59
6.1. Situación de la Estrategia de Extensión	
de Cobertura	61
6.2. Atención materno infantil	
6.2.1. Atención materna	64
6.2.2. Atención infantil	66

6.3. Logros en vacunación	68
6.4. Control de enfermedades diarreicas y terapia de hidratación oral.....	70
7. Datos sobresalientes del Módulo de Chilcuautla, del estado de Hidalgo	72
8. Las estrategias de la supervivencia infantil ..	76
II RESULTADOS	
1. Análisis, cuadros y gráficas	81
III CONCLUSIONES	
1. Conclusiones	150
IV SUGERENCIAS	
1. Sugerencias	156
V ANEXOS	
1. Instrumentos de recolección de datos	159
2. Mapa de ubicación del Módulo	165
3. Croquis del Módulo de Chilcuautla, Hgo.	166
4. Gráficas de peso	167
VI BIBLIOGRAFIA	
1. Bibliografía	169



INTRODUCCION

Cerca de 100 mil niños mexicanos mueren cada año antes de cumplir cinco años de edad. Muchos miles más padecen de enfermedades, sufren incapacidad o tienen desarrollo insuficiente. Los accidentes en su mayoría evitables, truncan el proyecto de vida de la población productiva en su etapa de consolidación.

La pérdida de estas vidas jóvenes es una tragedia que de sacredita a cualquier sociedad. A pesar de que se dispone de conocimientos y prácticas simples, al alcance de los padres de familia en todas las comunidades y suficientes para salvar la mayoría de dichas vidas, éstos no se aplican regularmente. (1)

Por todo lo antes mencionado, este trabajo tiene por objetivo detectar cual es la situación real de la población infantil en el ambito rural.

(1) Secretaría de Salud, Para la Vida, p. 6.

JUSTIFICACION

El siguiente trabajo que se presenta tiene la finalidad de averiguar cuales son aún los factores que predisponen los índices de mortalidad infantil en los niños menores de un año de las comunidades rurales del estado de Hidalgo.

La realización de esta investigación se llevo a cabo en las comunidades que corresponden al Módulo Chilcuautla, en las cuales se ha podido detectar que en su mayoría los niños menores de un año no reciben ningún tipo de consulta específica para el cuidado de su salud. Si recordamos que la mayoría de los problemas de salud se evitan mediante actividades encaminadas a la prevención y detección oportuna de enfermedades, y estamos desaprovechando esta oportunidad en los niños para detectar oportunamente problemas o necesidades.

Todo lo antes mencionado es de gran importancia ya que se debe recordar que durante el primer año de vida los niños tienen mayores riesgos de morir.

La finalidad de esta investigación es el de detectar cuales son los factores que condicionan los casos de morbilidad y mediante esto proporcionar alternativas que traten de dar soluciones.

DEFINICION DEL PROBLEMA

Los riesgos de fallecimiento guardan relación con la edad en el primer año de vida y así, las tasas de mortalidad, son más elevadas en el primer día, la primera semana, el primer mes, y el primer año de vida, en comparación con periodos semejantes de edades ulteriores. Ciertamente, el día que se corre el máximo riesgo de fallecer, salva el día de la muerte, es el día que se nace.

La dependencia total del ser humano durante el primer año de su vida, resultado de la inmadurez de su sistema motor, sensorial, inmunológico y metabólico, hacen del lactante, un organismo mal preparado para responder adecuadamente a los cambios ambientales, ante las agresiones microbianas o frente a las carencias o deficiencias nutricionales.

Jesús Kumate nos dice, el peligro de morir en los primeros días de la vida se ha reconocido en todas las culturas, y en ocasiones hace retrasar el nombre del recién nacido hasta que cumpla un mes de vida o no contar a los hijos hasta que son mayores de un año. En el medio rural de México a los fallecidos antes del primer año de vida se les llama "angelitos en el cielo", un modo indirecto de señalar que no vivieron realmente en la tierra.

Las condiciones de la vivienda, la alimentación, la hi -

giene y la educación, se introdujeron a las consideraciones analíticas de un fenómeno aparentemente biológico como la mortalidad infantil y, sin esperarlo, se encontró un indicador que vino a ser el de mayor sensibilidad para evaluar la salud de cualquier comunidad. Su vigencia en nuestros días es señal de su multicausalidad sociomédica con dependencia asistencial, preventiva, nutricional, prenatal, económica, educativa y familiar. (12)

Ante estas situaciones tan específicas y relevantes, tenemos que hacer conciencia y recordar que aunque los índices de morbilidad infantil han disminuido en los últimos años, aún queda mucho por hacer. Sobre todo en el ámbito rural donde tenemos tareas que cumplir y en donde las condiciones desfavorables de los niños son de la más amplia variedad; ante lo cual es necesario seguir un trabajo que les ofrezca mejores perspectivas a estos niños.

(2) Kumate Rodríguez Jesús, La mortalidad infantil en México, p. 475.

OBJETIVOS

GENERAL:

Identificar cuales son los factores que condicionan los casos de morbilidad en niños menores de un año de las comunidades del Módulo Chilcuautila, Hgo.

Identificar cuales son los factores que condicionan los casos de morbilidad, con la finalidad de encontrar alternativas que den solución a este problema.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cuales son los factores que predisponen casos de morbilidad en niños menores de un año, de las comunidades del Módulo de Chilcuautla, en el estado de Hidalgo ?

HIPOTESIS

DE TRABAJO:

A mayor cantidad de factores de riesgo,
mayores probabilidades de que se presenten
casos de morbilidad en niños menores de un año

VARIABLES E INDICADORES

a) Ambientales:

- Defecacion al aire libre.
- No contar con agua potable.
- Condiciones de la vivienda: tipo de material con que esta construida.
- Fauna nociva.
- Tiraderos de basura.

b) Maternos:

- Paridad mayor de 3.
- No haber llevado control prenatal durante el embarazo.
- Edad menor de 15 y mayor de 35 para embarazarse.
- Intervalos intergenésicos cortos.
- Adicciones: alcoholismo o tabaquismo.
- Padecer alguna enfermedad crónica degenerativa.
- No tener un método de planificación familiar.

c) Del niño:

- Desnutrición.
- Pesar menos de 2.500 kgs. al nacer.
- Nacer antes de tiempo.

- Falta de vacunas.
- Ablactación: edad y tipo de alimentos.
- Alimentación al seno materno: tiempo.
- Enfermedades diarreicas: hidratación oral.
- Atención médica inadecuada.
- Padecer enfermedades respiratorias con frecuencia.

METODOLOGIA

Tipo de investigación:

- Retrospectiva.
- Transversal.
- Descriptiva.

Universo.

Niños de las comunidades que pertenecen al Módulo de Chilcuautla, Hgo.

Muestra.

59 niños menores de un año que pertenecen a las comunidades del Módulo Chilcuautla, Hgo.

Criterios de inclusión:

- Niños menores de un año.
- Que vivan en las comunidades.
- Que estén o no registrados.
- Que hayan nacido hasta el mes de Julio de 1993.

Criterios de exclusión:

- Niños que tengan un año de edad cumplido.
- Niños de madres que no quieran participar.
- Niños que no se encuentren el día que se visiten en su casa.

Limites.

Lugar:

Jurisdicción Sanitaria No. IV, Ixmiquilpan, Hgo.

Tiempo:

De mayo a septiembre de 1993.

Espacio:

8 comunidades que pertenecen al Módulo Chilcuautla: La Loma, Dadho, Dontzhi, Deca, Llano Primero, Tandhe, Mejay y Xothi.

Recursos.

Recursos humanos:

Una pasante de nivel Licenciatura de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. Y las 8 auxiliares de salud de las comunidades.

Recursos físicos:

Instalaciones del Centro de Salud Rural Disperso de Chilcuautla, Hgo. Y biblioteca de la ENEO-UNAM.

Recursos materiales:

Todos los necesarios para que se llevara a cabo esta investigación.

Recursos financieros:

Los gastos seran cubiertos por la pasante.

I M A R C O T E O R I C O

1 La morbilidad infantil en México

1.1. Componentes y divisiones de la mortalidad infantil

La mortalidad infantil se define como el número de fallecimientos en menores de un año por mil nacidos vivos. Su expresión es una tasa que mide la frecuencia de los decesos ocurridos en los lactantes de una comunidad durante un año respecto a los recién nacidos vivos en el mismo lapso.

La tasa es una relación en la que se ligan cuatro componentes:

- 1) el número de lactantes muertos,
- 2) un intervalo de tiempo: el primer año de vida.
- 3) una población de referencia: los recién nacidos vivos durante un año calendario y
- 4) el parámetro de escala: mil.

Al constatarse que en la primera semana de vida acontecían la mitad de los fallecimientos de los lactantes, se inició la división de la mortalidad infantil. En la actualidad se manejan las tasas de:

- mortalidad hebdomadal, neonatal temprana o semanal: recién nacidos muertos antes de cumplir una semana de vida
- mortalidad neonatal tardía: fallecimientos ocurridos entre los 7 y 28 días de vida.
- mortalidad neonatal: los decesos registrados en las primeras cuatro semanas de vida.

- mortalidad postneonatal: el número de lactantes muertos después de las primeras 4 semanas y antes de cumplir el año.
- mortalidad infantil: la suma de las mortalidades neonatal y postnatal.

La mortalidad infantil es el indicador más valioso de las condiciones prevalentes en una comunidad en virtud de:

- 1) reflejar muy fielmente la aportación de los factores asistenciales, económicos, culturales, educativos y políticos, determinantes del bienestar y convivencia sociales,
- 2) registrar la elevada tasa de mortalidad comparativamente con las de los siguientes 60 años,
- 3) marcar la influencia preponderante en la esperanza de vida al nacimiento en los países subdesarrollados y su menor peso cuando se han alcanzado valores menores a 20 por mil nacidos vivos, y
- 4) constatar la posibilidad de lograr reducciones importantes con recursos asequibles a los presupuestos de los países pobres.

Las mortalidades perinatal y neonatal, los componentes cuantitativamente más frecuentes de la mortalidad infantil señalan determinantes endógenos como: malformaciones congénitas graves, desnutrición e infecciones intrauterinas,

traumatismos y hemorragias durante el trabajo de parto, isoinmunizaciones materno-fetales o efectos de problemas metabólicos de la gestante como diabetes, eclampsia, hipoxia anémica, como los que se conjuntan para producir sufrimiento fetal y terminar eventualmente en muerte fetal tardía (mortinato) o muerte neonatal temprana o la hebdomadal. Un determinante causal, la ausencia o deficiencia de la asistencia durante el parto, puede ser importante en los embarazos sin consulta prenatal o gestacionales complicadas.

La mortalidad postneonatal es exógena, la producida por factores ajenos al lactante, en su mayoría infecciones del tubo digestivo, de las vías respiratorias bajas, la septicemia o por enfermedades transmisibles pero prevenibles por vacunación, sarampión, tos ferina, difteria, poliomielitis o tuberculosis; el tétano es un problema de los recién nacidos en países carentes de asistencia durante el parto y manejo séptico del cordón umbilical.

El componente postneonatal de la mortalidad infantil es el más asequible de control mediante técnicas adecuadas en la preparación de las fórmulas lácteas, la alimentación al seno materno, la aplicación de las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones, la hidratación oral en la deshidratación por diarreas y el manejo apropiado de los episodios de tos.

1.2. Subregistros: estimación y aproximaciones

El registro de las defunciones en el primer año de vida adolece de omisiones importantes en las áreas rurales y es de cierta consideración aún en las ciudades.

Los factores determinantes de la subestimación por información incompleta son:

- 1) la ausencia de oficinas del Registro Civil en las más de 100 000 poblaciones menores de 500 habitantes y en la mayoría de las 13 000 con más de 500 y menos de los 2500 pobladores;
- 2) la mayor facilidad de inhumar a un lactante si se declara que nació muerto en vez de informar que murió días o semanas después de nacido;
- 3) la certificación no médica de las defunciones, que si bien va en disminución todavía es mayor del 20 por ciento en los estados del sureste y limita la posibilidad de corregir la subestimación oficial;
- 4) la mejoría del registro de los nacimientos en mayor proporción que corresponde a los fallecimientos en el primer año de vida; así, el denominador se incrementa

y el numerador sigue subestimado con lo que la mortalidad infantil resulta espuriamente menor a la realidad. (3)

2 Desarrollo Infantil

La desnutrición y las enfermedades infecciosas frenan el desarrollo físico y mental de millones de niños.

Algunos padres no pueden alimentar adecuadamente a sus hijos a causa de la producción limitada de alimentos, su inadecuada distribución, el mal aprovechamiento o la pobreza. Este problema sólo podrá resolverse mediante una acción de carácter político, económico y educativo que deberá incluir desarrollo tecnológico en el campo, una gran inversión para la producción de alimentos, orientación alimentaria y un sistema de abastos con apoyo a las poblaciones de menos recursos.

Es necesario que los padres conozcan las necesidades de alimentación de los niños y de las mujeres durante el em

(3) Ibid. p.p. 475-477.

barazo y la lactancia para que, organizados en sus comunidades y con la ayuda de las instituciones, puedan resolver estas necesidades. (4)

2.1. Alimentación

Todos los niños deben pesarse cada mes, desde el nacimiento hasta los tres años de edad. Si no hay ningún aumento de peso durante dos meses seguidos, es señal de que existe algún problema.

El aumento regular de peso es el indicador más confiable, de que el niño goza de buen estado general de salud y se desarrolla adecuadamente. Es más importante el aumento de peso de cada niño que la comparación con otros niños.

Por lo tanto es necesario pesar a los niños cada mes. Cuando un niño no aumenta de peso en un período de dos meses, los padres y el personal de salud deben poner atención. Seguramente, el crecimiento del niño se ve frenado por alguna enfermedad, por una alimentación deficiente o por falta de cuidados.

(4) Secretaría de Salud, Para la Vida, p. 25.

Ahora bien la lactancia materna ayuda a proteger al recién nacido y garantiza su desarrollo durante los cuatro primeros meses. También es esencial completar todas sus vacunas durante el primer año de vida, para protegerlo contra algunas enfermedades que son causa de desnutrición y pueden provocar la muerte.

El riesgo de infecciones aumenta cuando a la lactancia materna se agregan otros alimentos; por eso es muy importante comprobar que el niño aumente de peso todos los meses.

2.1.1. Lactancia Materna

Los lactantes alimentados con leche materna contraen menos enfermedades y están mejor nutridos que los que reciben otro alimento. La lactancia al pecho materno permite una mejor expresión del afecto y favorece el desarrollo del niño.

La leche materna constituye, por sí sola, el mejor alimento y la mejor bebida que puede darse a un niño durante los primeros meses de vida. La leche materna proporciona a el lactante toda la alimentación y todos los líquidos que necesita desde su nacimiento y hasta los cuatro meses de vida; es el alimento más completo y adecuado que puede recibir un niño. Todos los sustitutos, incluida la leche de va

ca, los preparados de leche en polvo para lactantes y las papillas de cereales, son de calidad inferior y de mayor costo.

En los climas secos y calurosos, el agua contenida en la leche materna puede no ser suficiente para satisfacer las necesidades de líquidos de un lactante. Quizá sea necesario dar al niño más agua para de esa manera saciar su sed.

La leche materna contribuye a proteger al lactante contra la diarrea, la tos, los catarros y otras enfermedades que son comunes de la primera infancia porque en ella van de fensas que la madre le proporciona a su hijo.

La alimentación con biberón puede ser causa de enfermedades, como la diarrea, si no se hierve el agua y se esteriliza el biberón y los chupones en agua hirviendo antes de cada toma. Las enfermedades frecuentes causan desnutrición. Por esta razón, en las comunidades donde no se dispone de agua potable, un lactante alimentado con biberón tiene una probabilidad 25 veces mayor de morir como consecuencia de las diarreas, que un lactante alimentado exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida.

Los niños pequeños se enferman con frecuencia cuando empiezan a gatear, a caminar y a jugar. Un niño enfermo necesita tomar leche materna, la cual le proporciona un ali

mento nutritivo y fácilmente digerible en el momento en que ha perdido el apetito por otros alimentos.

A partir del año de edad el niño uebe compartir lo que la familia come, excepto los irritantes, y es importante que se incorpore a la mesa durante la comida familiar. (5)

Es por esto que la ablactación se puede comenzar a partir del cuarto mes, que es cuando el niño necesita otros alimentos, además de la leche materna.

A partir del cuarto mes debe darse frutas o verduras hervidas, peladas y hechas puré después de la leche materna. Mientras más variados sean los alimentos que come el niño es mejor, porque unos tienen lo que a otros les falta.

2.2. Necesidad de cariño y estímulos

Para lograr el pleno desarrollo físico, mental y emocional del niño es esencial que tenga a su lado personas que le hablen, jueguen con él y le demuestren afecto. Además de las necesidades físicas, el niño tiene otros dos ti

(5) Ibid. p.p. 17-23.

pos de necesidades cuya satisfacción es vital para su desarrollo mental y emocional.

El recién nacido es capaz de dar y recibir afecto y de relacionarse con otras personas desde su primer día de vida. Esta relación y el hecho de sentirse amado y deseado son vitales para su desarrollo. Sobre esa base se construirá, su sentimiento de seguridad y de confianza en sí mismo y su capacidad para relacionarse con las demás personas adecuadamente y con el mundo en general.

Las relaciones que se establecen en las primeras etapas de la vida contribuyen a sentar las bases de las relaciones que tendrá la persona en su vida adulta.

Ahora bien, la mente del niño, al igual que su cuerpo, necesita ayuda para desarrollarse. Los tres "alimentos" más importantes para el desarrollo mental son las palabras, los juegos y el cariño.

El niño necesita constantemente oír palabras, recibir caricias y sonrisas, que se le escuche y se le estimule a responder con sonidos y movimientos desde los primeros meses de vida. Todos los niños tienen necesidad de mantener relaciones con otras personas. Tener a su lado a personas a las que puedan tocar, hablar y sonreír, ante las cuales reaccionar y que a su vez reaccionen ante ellos.

Para lograr un desarrollo sano, todos los niños necesitan que sus esfuerzos sean reconocidos, se les festejen sus logros y se les estimule a emprender nuevas tareas dependiendo de las habilidades propias de su edad y su desarrollo.

2.3. Vacunas del Esquema Básico

Si los niños no son vacunados, tres de cada cien morirán como consecuencia del sarampión; otros dos morirán de tosferina; otros más morirán de tétanos; y uno de cada 200 niños quedará incapacitado toda la vida a causa de la poliomielitis.

La vacunación protege a los niños contra algunas de las enfermedades más peligrosas que afectan durante la infancia. Las vacunas pueden ser inyectables u orales; actúan reforzando las defensas del niño. Si la enfermedad ataca al niño antes de que haya sido vacunado, la vacuna ya no es de utilidad.

Un niño que no haya sido vacunado tiene muchas probabilidades de contraer el sarampión o la tosferina. Estas enfermedades pueden ser mortales, e incluso los niños que sobreviven a ellas quedan debilitados y pueden morir más

adelante a consecuencia de la desnutrición o de otras en fermedades.

El sarampión también es una causa muy importante de desnu trición, retraso mental y sordera. De igual manera casi con toda seguridad, un niño no vacunado será infectado, por el virus de la poliomielitis, y de cada 200 niños in fectados, uno quedará incapacitado para el resto de su vi da.

Es muy importante vacunar a los niños durante los prime ros meses de vida. La mitad de las muertes provocadas por la tosferina, una tercera parte de los casos de polio y una cuarta parte de las muertes por sarampión se producen dentro del primer año de vida.

Es indispensable que cada niño reciba la serie completa de vacunas, pues de lo contrario éstas no surten efecto. Algunas vacunas deben administrarse una sola vez. Otras, deben administrarse en tres ocasiones, con un intervalo de dos meses entre cada dosis.

Los recién nacidos deben recibir las vacunas contra la tu berculosis y la poliomialitis inmediatamente después de nacer o en el plazo más breve posible.

Uno de los principales motivos por el que los padres no

llevan a vacunar a sus hijos es porque tienen fiebre, ca tarro, tos, diarrea, o cualquiera otra afección de menor importancia el día que le toca recibir la vacuna; también es posible que el personal de salud deje de vacunar cuando se les lleva un niño ligeramente enfermo o afectado de desnutrición; esto es un error. Actualmente se sabe que puede vacunarse sin ningún riesgo a un niño con una enfermedad de menor importancia o desnutrición, y son precisamente estos niños los que requieren mayor protección.

Es posible que después de la vacuna el niño llorc, tenga fiebre, presente una erupción leve o una pequeña ulceración, éstas son reacciones normales. El niño debe recibir alimentación abundante y muchos líquidos; la lactancia ma terna es particularmente útil.

Ya que si recordamos la lactancia materna proporciona una protección natural por algunos meses contra varias enfermedades. La madre transmite al niño parte de sus defensas contra la enfermedad a través de su leche y muy especialmente por la leche amarilla y espesa (calostro) que produce durante los primeros días después del parto. (6)

(6) Ibid. p.p. 30-40.

3 Enfermedades mas frecuentes

Los daños a la salud, desde el punto de vista de la salud pública, son las enfermedades que afectan a una determinada población, agrupadas y analizadas según alguna característica común: causa, evolución, frecuencia, distribución geográfica, etc; de tal forma que permitan deducir medidas para su prevención y control.

Describir en términos cuantitativos la situación de salud y enfermedad de una población requiere de cuantificadores. Los indicadores de la fase salud no se han logrado establecer satisfactoriamente, cosa que sí ha ocurrido con la enfermedad y la muerte. La invalidez permanente no tratada, además de producir limitaciones para los individuos, representa socialmente un daño. Lo mismo ocurre con los casos de desnutrición, cuyas formas severas se encuentra dentro de la patología cuyos diversos grados influyen tanto en la resistencia a las enfermedades como en el desarrollo de las capacidades de quien las sufren. (7)

(7) González Carbajal Eleuterio, Diagnóstico de la Salud en México, p. 19.

3.1. Diarreas

Cada año mueren unos 15,000 niños a causa de deshidratación provocada por la diarrea. Además las diarreas son una de las causas más importantes de desnutrición infantil.

En nuestro país, las enfermedades diarreicas se sitúan toda vía como la primera causa de muerte y una de las más importantes de enfermedad, constituyendo sin duda un grave problema de salud pública (Ver cuadros 1 y 2). Aún cuando su presencia es constante en todas las edades, la población más seriamente afectada es la de los niños menores de cinco años, en los que la deshidratación es causa directa o asociada hasta en el 70 por ciento de las defunciones atribuidas a diarrea. Además, las diarreas contribuyen a favorecer o agravar la desnutrición, formando así un círculo que frecuentemente también causa la muerte. La complicación aguda más grave de las diarreas es la deshidratación, pero la desnutrición resulta más insidiosa e importante, pues la elevada incidencia de desnutrición infantil que se observa en países en vías de desarrollo, es agravada por este tipo de enfermedades.

Es por esto que el Programa Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas (PRECED) fue puesto en marcha en 1984 con el propósito de disminuir la mortalidad por diarreas, utilizando como estrategia fundamental la

terapia de hidratación o rehidratación oral -principalmente mediante el uso de sobres con la mezcla de glucosa y electrolitos recomendados por OMS-UNICEF, pero sin excluir a los líquidos de uso regional-, para la prevención y el tratamiento de la deshidratación consecutiva a diarrea de manera particular en los niños menores de cinco años.

CUADRO 1, CINCO PRINCIPALES
CAUSAS DE DEFUNCIÓN
E.U.M. 1985

CAUSAS	MORTALIDAD GENERAL	TASA
Infección intestinal mal definida (01b)		34.94
Neumonía (321)		32.25
Diabetes mellitus (181)		26.79
Cirrosis y otras en- fermedades crónicas del hígado (347)		22.13
Infarto agudo del miocardio (270)		20.42
Todas las causas		529.79

FUENTE: SPP, INEGI Tasa por 100,000 haba.

CUADRO 2. MORBILIDAD GENERAL
 POR DIARREA
 E.U.M. 1980 - 1987

ANO	TASA
1979	875.5
1980	1706.8
1981	2446.7
1982	2822.1
1983	3069.5
1984	3218.4
1985	3636.1
1986	3018.3
1987	3191.4
1988	2990.2

FUENTE: DGE, DGMP. Tasa por 100,000 haba.

3.1.1. Definiciones

1. Se define a la diarrea, enfermedad diarreica, síndrome diarreico o gastroenteritis, como la presencia de evacuaciones intestinales aumentadas en frecuencia y disminuidas en consistencia, que puede cursar con o en ausencia de vómito.

Para su correcta valoración y manejo clínico, deben tomarse en cuenta las siguientes características:

- El número diario de evacuaciones pueden variar de acuerdo a la edad del niño y a su dieta. Por ejemplo, los lactantes alimentados al seno materno pueden tener normalmente de una a siete evacuaciones en 24 horas, de color "amarillo oro" y consistencia blanda.
- Debido a que el concepto de "evacuación normal" puede variar entre diferentes grupos sociales, es conveniente tomar en consideración la opinión de la madre.
- En general, las diarreas son autolimitadas; es decir, tienden a curar por sí solas, sin necesidad de utilizar medicamentos diferentes a la solución para hidratación oral ("Vida Suero Oral" (MR) en nuestro país), para prevenir o tratar la deshidratación.
- La capacidad de absorción del intestino no se afecta de manera significativa durante la diarrea, por lo que no es justificable suspender la alimentación del niño, ya que esto puede inducir o agravar la desnutrición.

3.1.2. Etiología

Con respecto a la etiología de la diarrea común -es decir, en ausencia de brotes epidémicos o cuadros de gran intensidad-, el análisis bacteriológico del material fecal tiende a perder importancia práctica. Esto se debe a casi todos los estudios realizados en años recientes, coinciden en que el número de los agentes de mayor frecuencia y jerarquía como productores de diarrea en la niñez, es más bien limitado; lo cual justifica que el clínico pueda guiarse por las reglas siguientes:

- 1o. La mayoría de los casos de diarrea que ocurren en nuestro medio, son ocasionados por agentes bacterianos o parasitarios, y secundariamente por partículas virales. Esta relación tiende a invertirse con la mejoría en lo que son los sistemas de saneamiento ambiental.
- 2o. El 80% de las diarreas son producidas por virus, *E. Coli* enterotoxigénica, *Campylobacter jejuni*, *Salmonella* sp. y *Shigella* sp.
- 3o. En general las gastroenteritis por Rotavirus alcanzan la más alta prevalencia entre las diarreas no epidémicas, son esporádicas, casi nunca producen casos secundarios entre contactos familiares, y ocasionan la deshidratación severa. Lo opuesto es la regla con las

gastroenteritis virales epidémicas (tipo Norwalk).

- 4o. En nuestro medio predominan los cuadros disenteriformes de etiología ambiental, pero su importancia como productoras de deshidratación es secundaria. Por lo contrario, la disenteria bacilar es aguda, líquida y tiende a deshidratarse rápidamente el individuo.

3.1.3 Fisiopatología

Al revisar los aspectos fisiopatológicos, debe tomarse en cuenta que la diarrea constituye un mecanismo de respuesta del organismo ante un agente agresor, y que por medio de las evacuaciones, el intestino enfermo expulsa grandes cantidades de bacterias, virus o parásitos. Por ello, conviene tener siempre presentes las siguientes consideraciones.

- Diversos mecanismos de defensa local evitan que las bacterias se adhieran en las membranas de las células epiteliales de la mucosa. La acidez gástrica tiene la capacidad de destruir algunos agentes patógenos que son ingeridos con los alimentos, y algunas secreciones intestinales interfieren el crecimiento de muchos gérmenes o incluso tienen acción bactericida.

- La flora residente (flora nativa o flora normal del intestino) por competencia y en ocasiones por producción de bactericidas impide la reproducción de las bacterias nocivas al intestino. Los antimicrobianos combaten a la flora normal, lo que puede favorecer la persistencia de la diarrea. Una dieta adecuada, facilita el crecimiento de la flora residente.

- El cuerpo absorbe normalmente el agua y los electrolitos que necesita, mediante el consumo de bebidas y alimentos (ingresos). También es normal que se elimine el agua y electrolitos a través de las evacuaciones, la orina, el sudor y la respiración, lo que origina uno de los egresos reguladores.

- Normalmente, el agua y los electrolitos pasan del intestino sano a la sangre. Sin embargo, cuando hay diarrea el intestino se altera y el volumen de agua y solutos que entran a la sangre se reducen; una cantidad mayor sale de la sangre al intestino y se elimina por las evacuaciones diarreicas (pérdida anormal), produciendo como resultado la deshidratación. Lógicamente, la pérdida de líquidos y electrolitos será más acentuada y grave, cuanto mayor sea el número y el volumen de las evaciones diarreicas.

- La deshidratación también puede ser causada o agravada

por los vómitos que a menudo acompañan a la diarrea, y se produce con más rapidez en los niños pequeños -en especial los menores de un año-, pero también en los que son enfermos febriles o que viven en climas calurosos.

- En la mayoría de los episodios diarreicos aumenta la secreción intestinal y se bloquea la absorción de cloruro de sodio, pero no la de sodio unido a nutrientes como los azúcares (glucosa), aminoácidos y vitaminas hidrosolubles.
- Las sales de sodio y potasio contribuyen a restituir a los electrolitos perdidos a través de las evacuaciones. La glucosa ayuda a transportarlos junto con el agua hacia el torrente circulatorio, para restituir los líquidos perdidos. (8)

(8) Secretaría de Salud, Programa Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas, p.p. 1-6.

3.2. Infecciones respiratorias Agudas

Las infecciones agudas de las vías respiratorias constituyen en México el rubro de enfermedades más frecuentes notificadas y las formas graves son causa de un gran número de defunciones, particularmente en el menor de 5 años, es el grupo en el que anualmente se concentra el 60% de las muertes atribuidas a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Del total de estas muertes el 80% son causadas por la neumonía, la que en los países subdesarrollados es de etiología bacteriana en un porcentaje elevado.

Se considera posible lograr una disminución de las tasas de mortalidad proporcionando atención familiar y médica oportuna y adecuada, enfocada principalmente a la identificación de los casos graves, en particular de la neumonía para su atención inmediata, evitando sus complicaciones, secuelas y muerte. Estas acciones deben efectuarse coordinadamente en los diferentes niveles de atención y en todas las instituciones del sector salud, de acuerdo a un programa de atención prioritaria al niño menor de 5 años.

En el Diario Oficial del 7 de Julio de 1985 fue publicada la norma técnica número 34 para la Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en la atención primaria a la salud. A esta acción siguieron otras que culminaron con el Programa Nacional de Prevención y

Control de las I. R. A; el cual inició su aplicación a par tir de 1988 en el territorio nacional. La revisión perma nente de la norma y sus resultados, plantean hoy cambios en la clasificación y manejo de los niños con IRA para me jorar los resultados de su atención y reducir en mayor pro porción la mortalidad que causan este grupo de padecimien tos.

3.2.1. Identificación de los casos.

Se entiende por IRA todo cuadro clínico que tenga desde su inicio hasta 15 días de evolución en los que se presentan uno o más de los siguientes síntomas y signos:

- Obstrucción o secreción nasal.
- Dolor o secreción por oído.
- Dolor o enrojecimiento de garganta con o sin placas puru lentas.
- Tos.
- Ronquera.
- Dificultad respiratoria.

3.2.2. Evaluación de los casos.

De acuerdo con la localización, severidad y pronóstico del

cuadro clínico, las infecciones respiratorias agudas se agrupan en:

- A) Problemas que provocan tos o dificultades respiratoria.
- B) Problemas de oído o dolor de garganta.

3.2.3. Clasificación de los casos

Se tomarán como base los síntomas y signos del niño y su edad:

- Según los síntomas y signos podemos dividirlo en tres grupos como se señaló en el punto anterior:

- A) Tiene tos o dificultad para respirar.
- B) Tiene problema de oídos.
- C) Tiene problemas de garganta.

- Según la edad las opciones son:

- A) Menor de 2 meses.
- B) Niños de 2 meses a 4 años. (9)

(9) Secretaría de Salud, Manual de Normas para el tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas en los niños, p.p. 2-7.

Además se debe tener presente que la tos y los catarrros pueden dar lugar a la neumonía, enfermedad que causa cerca de 10,000 muertes infantiles cada año sin contar las muertes por neumonía a consecuencia del sarampión y de la difteria, las cuales podrían prevenirse mediante vacunación.

3.2.4. Medidas preventivas

- Lactancia materna

La leche materna contribuye a proteger al niño contra las infecciones. Los lactantes alimentados con biberón sufren como promedio el doble de crisis de neumonía en comparación con quiénes son amamantados. Es de gran importancia alimentar al lactante sólo con leche materna durante los cuatro primeros meses de vida.

- Alimentación

A cualquier edad, un niño bien alimentado tiene menos posibilidades de caer enfermo o morir por neumonía.

- Vitamina A y C

La vitamina A, contenida en las verduras y en las frutas de color naranja o amarillo, también ofrecen protección contra las neumonías. La vitamina C, presente en

todas las frutas cítricas (naranja, toronja, limón, lima, guayaba y otras) es útil en la prevención y recuperación de las infecciones.

- Vacunación

El niño debe estar vacunado completamente al cumplir el año de edad. De este modo estará protegido contra algunas de las causas más frecuentes de infecciones respiratorias graves, entre ellas la tosferina, la tuberculosis, el sarampión y la difteria. (10)

4 El trabajo de la mujer

El cuidado de la salud de la familia ha sido considerado como un trabajo propio de la mujer; es ella quien se encarga de la limpieza de la casa, la alimentación familiar y la educación de los niños. La mujer lleva a vacunar a sus hijos, acude a los servicios de salud cuando alguien está enfermo y lo cuida en su hogar.

(10) Secretaría de Salud, Para la Vida, p.p. 57-58.

Esta situación es injusta, ya que la familia y su bienestar dependen tanto del padre como de la madre y el cuidado de la salud es responsabilidad de cada uno de sus integrantes.

La mujer trabaja frecuentemente fuera del hogar para apoyar la economía familiar, realiza actividades fundamentales como acarrear agua, proveer leña, criar animales, supervisar tareas, ir al mercado y otras, sin que esto demerite su papel central en la integración familiar y el funcionamiento doméstico. Es ella quien ha tenido que actuar en la planificación familiar y participa más activamente en acciones de promoción del desarrollo social.

Todo esto resulta una carga demasiado pesada si no hay participación de la pareja. (11)

(11) Ibid, p. XIV.

4.1. Espaciamiento de los nacimientos

Todavía no es suficientemente conocido que el espaciamiento de los nacimientos es uno de los medios más eficaces, para mejorar el estado de salud de las mujeres y de los niños. Los embarazos "demasiado numerosos o demasiado seguidos", así como los embarazos en mujeres "demasiado mayores o demasiado jóvenes" son la causa de aproximadamente una tercera parte del total de muertes infantiles.

Cerca de 2,000 mujeres mueren cada año por causas asociadas al embarazo y al parto, y dejan un número mayor de niños huérfanos.

Aunque sólo sea por razones de salud, ninguna joven debería quedar embarazada antes de los 20 años. Una mujer sólo empieza a estar físicamente preparada para tener hijos a partir de esa edad. Los hijos de madres menores de los 20 años tienen mucha más posibilidades de nacer antes de tiempo o con un peso demasiado bajo. También tienen más probabilidades de morir antes de cumplir el primer año de vida.

Todas las jóvenes deberían tener la oportunidad de madurar y convertirse en mujeres antes de cumplir el papel de ser madres. En las sociedades donde es frecuente que las mujeres se casen muy jóvenes, las parejas deberían recu-

rrir a la planificación familiar para retrasar el primer embarazo hasta que la futura madre haya cumplido al me nos 20 años de edad.

A partir de los 35 años vuelve a aumentar los riesgos asociados al embarazo y al parto. En el caso de mujeres mayores de 35 años, ya sea el primero o embarazos sucesi vos, representa un riesgo grave tanto para su propia sa lud como para la del hijo futuro, en quien aumentan las posibilidades de defectos congénitos.

El peligro de morir durante la primera infancia aumenta, alrededor de 50% cuando hay entre los nacimientos menos de tres años de diferencia.

Cuando una mujer queda embarazada antes de haberse recuperado por completo de su embarazo anterior, aumentan las posibilidades de que su nuevo hijo sea prematuro o tenga bajo peso al nacer. Los recién nacidos con peso de masiado bajo tienen menos probabilidades de desarrollarse correctamente, están más expuestos a las enfermedades y son más propensos a morir antes de cumplir el primer año de vida, cuatro veces más que los niños nacidos con peso normal.

Una madre necesita dos años para que su organismo se re cupere completamente después de un embarazo y un parto.

Los riesgos para la salud de la madre aumentan, si el tiempo entre un parto y el embarazo siguiente es demasiado corto. (12)

4.1.1. Factores de riesgo

Antes de hacer mención de cuales son los factores de riesgo que puede presentar la mujer tenemos que:

Factor "elemento que contribuye a producir algo" (13)

Si se confirma el embarazo, deben detectarse los factores de riesgo para bajo peso al nacimiento y prematuridad:

- Edad menor de 20 años o mayor de 32 años.
- Talla menor de 1.50.
- Desnutrición.

Antecedentes gineco-obstetricos:

- Primer embarazo.
- Multiparidad.
- Embarazos multiples.

(12) Ibid, p.p. 5.

(13) Diccionario Médico, p. 199.

- Intervalos intergenésicos cortos.

Antecedentes personales no patológicos:

- Tabaquismo.
- Alcoholismo y otras farmacodependencias.

Antecedentes personales patológicos de enfermedades crónicas:

- Hipertensión arterial.
- Cardiopatías.
- Nefropatías.
- Retraso mental.
- Toxemia.

Antecedentes laborales que predispongan trabajo excesivo:

- Obreras.
- Jornaleras.
- Campesinas, etc.

Detectar los factores de riesgo para el defecto de malformaciones congénitas:

- Edad materna mayor de 32 años.
- Desnutrición.
- Tabaquismo, alcoholismo y otras farmacodependencias.

Antecedentes gineco-obstétricos de:

- Embarazos múltiples.

- Abortos espontáneos o de repetición.
- Malformaciones congénitas en otros hijos.
- Mortinatos.
- Muerte neonatal precoz o tardía.

Antecedentes personales patológicos de enfermedades que predisponen a la utilización continua de fármacos:

- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus.
- Epilepsia.
- Hipertiroidismo.
- Cardiopatías.
- Nefropatías.

Enfermedades infecto-contagiosas:

- Toxoplasmosis.
- Rubéola.
- Herpes.
- Sífilis.
- SIDA. (14)

(14) UNAM Facultad de Medicina, Guía para la Prevención de los defectos al nacimiento, p.p. 26-27.

Además de los factores antes mencionados, tenemos dos en especial que actualmente están aumentando en nuestro medio; y que son el tabaquismo y el alcoholismo.

En cuanto al tabaquismo encontramos que son muchos los estudios que durante los últimos años han demostrado que los lactantes de madres que fuman pesan menos al nacer a diferencia de los que nacen de madres que no fuman. Además, en muchos estudios se ha observado que se incrementa el retraso intrauterino del crecimiento (RIUC) al aumentar el número de cigarros al día; el RIUC fue mínimo o no ocurrió cuando las mujeres dejaron de fumar al principio del embarazo (Naeye, 1981).

No se conoce el mecanismo específico del efecto que tiene el tabaquismo sobre el feto, pero se han propuesto diversas teorías. Muchos investigadores versados en la materia suponen que el paso de monóxido de carbono por la placenta produce hipoxia intrauterina. El monóxido de carbono se fija en la hemoglobina antes que el oxígeno, y por lo tanto disminuye el reparto del mismo por los tejidos fetales (Long, 1977). Otros sugieren que la nicotina del tabaco tiene un efecto directo sobre el feto por sus acciones vasoconstrictoras, su acción indirecta por alteración del riego sanguíneo placentario, o por ambas cosas (Hawort y col; 1980).

La tercera teoría, y la que produce más controversias, intenta establecer una relación entre la disminución del aumento de peso materno durante el embarazo con el tabaquismo de cigarrillos como causa de RIUC.

En el humo del tabaco se encuentran cientos de componentes químicos. Quizá pase cierto tiempo antes que se identifiquen los mecanismos que producen en realidad el RIUC. Sin embargo, los estudios parecen demostrar que la disminución del tabaquismo durante el embarazo da por resultado fetos de mejor clase.

Por otra parte en 1968 (Lemoine y col;1968) se publicó en la literatura médica por primera vez el reconocimiento de que el alcohol actúa como sustancia teratógena durante el embarazo. En esa época se relacionó a los neonatos que tenían una combinación específica de características con el factor común del consumo importante de alcohol por sus madres durante la gestación. Desde esa época se han efectuado numerosas investigaciones para conferir validez a esta relación.

Desde entonces se ha efectuado constantemente investigaciones sobre el grado de consumo de alcohol durante el embarazo que incrementa el riesgo del síndrome de alcoholismo fetal, (SAF). En su mayor parte esta investigación demuestra que el consumo intenso de alcohol durante el embarazo incrementa el riesgo de SAF, pero no está aún claro

el efecto que tiene el consumo moderado de alcohol durante la gestación. Aunque el consumo moderado puede producir el SAF, ciertas investigaciones indican aumento de la relación con alteraciones del crecimiento, desarrollo anormal de las reacciones neurológicas y aborto espontáneo (Sokol, 1981). Las conclusiones generales señalan que el riesgo de efecto teratógeno se incrementa de manera proporcional al aumento en la ingestión diaria promedio de alcohol (Hanson y col; 1978).

Se requiere una investigación más concienzuda para identificar los resultados del consumo de alcohol durante las diversas etapas del embarazo. Desde luego, algunas anomalías congénitas son resultado del abuso de sustancias durante la organogénesis.

Se ha observado que el alcohol bloquea el paso de aminoácidos a través de la barrera placentaria, y por tanto lo hace con la disponibilidad de elementos nutritivos para el feto; en consecuencia, los factores nutricionales y el problema del alcohol pueden desempeñar funciones muy importantes al respecto (Lin y Maddatu, 1980). (15)

(15) Oida Sally B, Enfermería materno-infantil, p.p. 302-303.

4.1.2. Planificación familiar

La planificación familiar permite a las parejas decidir el cuándo desean empezar a tener hijos, cuántos quieren tener y en qué tiempo.

La mayor parte de los servicios de salud pueden ofrecer mé todos diversos de planificación familiar seguros y eficaces. Ninguno de ellos es igualmente adecuado o tolerado de igual forma por cada una de las personas. Las parejas deben contar con la orientación de un agente de salud o del servicio de planificación familiar más cercano para seleccionar el método más conveniente. (16)

4.1.2.1. Preservativo.

Aunque desarrollados originalmente para proteger al varón contra las enfermedades transmitidas de manera sexual, es un medio viable de contracepción cuando se emplean de ma nera sostenida y adecuadamente. Su aceptación ha ocurrido a ritmo creciente conforme son cada vez más los varones que adoptan la responsabilidad para regular la fecundidad.

(16) Secretaría de Salud, Para la Vida, p. 6.

Los condones se aplican al pene erecto y se desenrollan desde la punta del extremo del cuerpo del mismo antes del contacto vulvar o vaginal. Debe dejarse un pequeño espacio en el extremo del condón para permitir que se acumule el semen eyaculado, de modo que el condón no se rompa en el momento de la eyaculación.

La eficacia de los condones depende en gran medida de su empleo. El condón es pequeño, ligero, desechable y barato, carece de efectos colaterales, no requiere exploración o supervisión del médico.

Como desventajas se citan a menudo roturas, desplazamientos, posible irritación perineal o vaginal y sensación de amortiguación.

4.1.2.2. Dispositivo Intrauterino

Son de muchas formas y tipos, pero funcionan primordialmente al producir una reacción local en el endometrio. Se acepta en general que el DIU produce una reacción inflamatoria estéril local. La reacción inflamatoria incrementa el número de leucocitos uterinos, cuyos productos de desdoblamiento tisular son tóxicos para los espermatozoides y el blastocisto. Inhibe la nidación si ocurre la fecunda

ción (Danforth, 1982).

Posibles reacciones adversas de los DIU son malestar general de la usuaria, aumento de la hemorragia durante la regla, enfermedad inflamatoria pélvica, perforación uterina y hemorragia intermenstrual, dismenorrea, expulsión de el dispositivo y embarazo ectópico.

Estos dispositivos se pueden insertar durante la revisión que se efectúa entre la cuarta y la sexta semana del puerperio, o durante el periodo menstrual.

4.1.2.3. Contraceptivos Bucales

El empleo de hormonas, de manera específica la combinación de estrógenos y progesterona, tienen éxito como método de control de la natalidad al inhibir la liberación de el óvulo y conservar el moco del tipo G, que interfiere con el paso de espermatozoides a través del cuello uterino.

Se dispone de numerosos contraceptivos bucales. El régimen posológico consiste en tomar un comprimido al día a partir del quinto día del ciclo (el primer día de la menstruación es el día uno del ciclo), proseguir durante 21 días. En la mayor parte de los casos sobrevendrá hemorra-

gia menstrual uno o cuatro días después de tomar el último comprimido.

Aunque muy eficaces, los contraceptivos bucales pueden producir efectos colaterales que varían entre hemorragias intermenstruales y formación de trombos.

Las contraindicaciones del empleo de contraceptivos bucales son embarazo, antecedentes de tromboflebitis, hepatopatía aguda o crónica del tipo colestático con función hepática anormal, presencia de carcinoma dependiente de estrógenos, hemorragia uterina por un trastorno que no se ha podido diagnosticar, tabaquismo intenso, hipertensión, diabetes, edad mayor a 40 años, falta de ciclos menstruales regulares durante uno a dos años por lo menos en adolescentes e hiperlipoproteinemia.

4.1.2.4. Contraceptivos inyectables

Estos fármacos inhiben la secreción de gonadotropinas, incluso la descarga de LH a mitad del ciclo. En un estudio se recuperaron ovulación y fecundidad en la mayoría de las mujeres dentro del año siguiente a la interrupción del tratamiento (OMS, 1977).

Han ocurrido amenorrea prolongada, aumento de la hemorra -

gia uterina, o ambas cosas, durante el empleo de contraceptivos esteroides y después del mismo (Cheng y col;1974) y se han observado también la ocurrencia de tromboembolia (Schwallie,1974). La recundidad se retrasa hasta que han pasado los efectos del progestágeno inyectado.

4.1.2.5. Esterilización Femenina

Se efectúa por diversos procedimientos abdominales y vaginales. En la mayor parte de los casos se realiza sección de las trompas de falopio.

La ligadura tubaria, ha sido el método empleado más a menudo. Se lleva a cabo laparotomía posparto, que suele efectuarse con una incisión subumbilical pequeña uno a tres días después del parto, bajo anestesia general. Se aíslan las trompas, que a continuación se pueden triturar, ligar o taponar (en los procedimientos reversibles más recientes). Con las técnicas microquirúrgicas es posible lograr una proporción de embarazos aproximadamente de 70% (Siber y Cohen,1980). (17)

(17) Olds Sally B, Op. Cit, p.p. 140-146.

4.2. Atención Prenatal

El embarazo tiene una duración de 280 días, contados a partir del primero después de la última menstruación (40 semanas), o 266 días si se considera como punto de partida la fecha de ovulación. Durante esta etapa, la mujer debe ser observada periódicamente por un médico, hecho que se conoce como atención prenatal.

La atención prenatal consiste en vigilar periódicamente a la mujer embarazada con objeto de apreciar oportunamente factores que puedan complicar el embarazo, dificultar el parto o condicionar un pronóstico desfavorable para el recién nacido, de manera que se pueda señalar el tratamiento oportuno. (18)

De manera que:

Cuidados + Higiene + Alimentación = Salud
médicos balanceada materno-infantil

(18) Mondragón Castro Héctor, Obstetricia básica Ilustrada, p.p. 120-121.

Un agente de salud la ayudará a tener un parto sin riesgos y a que su hijo nazca sano ocupándose de:

- vigilar la evolución del embarazo con el fin de poder canalizar a la mujer a un hospital, si existen probabilidades de que surja algún problema durante el parto;
- descubrir la posible presencia de hipertensión que representa un riesgo para la madre y el niño;
- orientar la alimentación adecuada o recetar medicamentos para prevenir anemia;
- aplicar dos dosis de vacunas que protegerán a la madre y al recién nacido contra el tétanos;
- controlar el peso de la madre y medir el crecimiento del hijo en el vientre; también preparar a la madre para el parto y aconsejarla sobre la lactancia materna y cuida-dos del recién nacido,
- orientar sobre los medios para retrasar el siguiente em-
barazo. (19)

(19) Secretaría de Salud, Para la Vida, p. 12.

5 Ambiente

Un diagnóstico no puede sustentarse sólo en la mera descripción de los daños a la salud, sino que es menester poseer información sobre los elementos que condicionan o determinan la aparición, desarrollo y distribución de la enfermedad, la invalidez o la muerte, representados por los caracteres del ambiente que rodea a la población.

El medio en el cual los individuos y los grupos interactúan son el ambiente natural y el social. El ambiente natural comprende los caracteres físicos y biológicos derivados de la geografía: latitud, altitud, orografía, hidrografía y naturaleza geográfica y, en consecuencia, el clima: temperatura, humedad relativa, velocidad del viento, régimen de lluvias, movimiento del aire, etc. El ambiente social está determinado por las actividades humanas: económicas, sociales y culturales.

Así tenemos que es un hecho comprobado que el tipo de la vivienda puede incrementar los índices de daño a la salud en sus moradores debido a varios factores: malas condiciones de construcción -que las hacen vulnerables a efectos de siglos, huracanes o lluvias-, malas condiciones higiénicas -en cuanto a iluminación, ventilación, temperatura y humedad-, cantidad y calidad del agua disponible, desechos líquidos,

basura y presencia de fauna y flora doméstica nocivas.

Estas condiciones se verán marcadas en la vivienda urbana y la rural. En las grandes ciudades el mayor problema radica en los cinturones de miseria que reproducen e, incluso, intensifican las deficiencias de las zonas rurales. En el campo, aunque puede disponerse de superficie suficiente y de un ambiente sano y satisfactorio, en muchos casos se carece de servicios fundamentales.

De lo anterior podemos determinar que el medio ambiente natural y social, así como las características de la vivienda entre algunos de los muchos factores que se podrían mencionar condicionan algunos de los problemas de salud existentes en la población.

5.1. Daños al ambiente y contaminación

Primeramente tenemos que un contaminante es cualquier elemento, sustancia, organismo o energía que, en cantidad suficiente, en el lugar inadecuado y el momento inoportuno, es capaz de provocar efectos nocivos al hombre o a sus recursos.

Desde el punto de vista del macroambiente, la contamina -

ción, se clasifican según el medio (agua, aire, suelo) y dentro de cada uno de ellos según el tipo de contaminante (físico, químico, biológico) o según el estado físico (sólido, líquido o gaseoso).

Se ha visto ya cómo los primeros lugares de la mortalidad, de la morbilidad por enfermedades transmisibles y de la morbilidad hospitalaria, los ocupan las enfermedades ligadas a la contaminación del agua de consumo, lo que la convierte en el problema ambiental de mayor prioridad.

La contaminación de las aguas en nuestro país no ha sido resuelto, debido a diversos aspectos jurídicos, administrativos y de programación de acciones.

En cuanto a la contaminación de los suelos deben distinguirse la producida por plaguicidas, por irrigación con aguas negras no tratadas, por desechos industriales, por basura de origen doméstico y por desechos orgánicos. Y se desconoce la magnitud de la contaminación por plaguicidas, aunque se presume sea de consideración. El uso de aguas negras no tratadas tampoco es conocido aunque a manera de un ejemplo se da el caso del Valle del Mezquital, que recibe anualmente por hectárea cerca de 500 kg de metales pesados, 700 kg de barro y 2 500 kg de detergente. De igual manera, se estima que cerca de 15 millones de toneladas de basura de origen doméstico se depositan anualmente a ras

de los suelos, agravando la situación de todos los asentamientos del país.

Si la contaminación de los suelos antes señalada afecta de manera importante al bienestar de los habitantes, la contaminación representada por las heces fecales del hombre y de los animales es cualitativamente la que más impacta a la salud, debido al riesgo que manifiesta desde el punto de vista epidemiológico, y junto con la contaminación del agua, antes analizada, es la que contribuye a explicar los daños a la salud prioritarios en el mexicano.

En cuanto a la fauna nociva, cabe mencionar que en México existen condiciones favorables para la existencia de una gran cantidad de especies causantes de enfermedades endémicas, como el paludismo y la oncocercosis, y de un gran sinnúmero de molestias sanitarias; tales son los casos de la mosca, potencialmente nociva y contaminante, y de los perros, la mayor parte con hábitos callejeros.

No se conoce a nivel nacional la magnitud real de la contaminación química y biológica de los alimentos, aunque, se reconoce que el manejo inadecuado de los mismos repercuten en las cifras de mortalidad y morbilidad por enfermedades diarreicas; el mal manejo comprende desde la producción, el transporte, el almacenamiento y la distribución, hasta el consumo.

Existen establecimientos comerciales, industriales y de servicios, tanto públicos como particulares, cuyas actividades implican riesgos potenciales para la salud; en nuestro país, hasta el momento, ha sido imposible disponer de una información precisa acerca del número de establecimientos de este tipo y sus condiciones sanitarias. El Programa Nacional de Salud reconoce, como universo, un millón y medio de ellos, sin desconocer su proliferación clandestina. (20)

6 Estrategia de Extensión de Cobertura

La Secretaría de Salud (SSA) tiene como prioridad proporcionar servicios de salud a la población desprotegida. Para dar atención primaria a los habitantes de comunidades rurales dispersas en las cuales no existe infraestructura de ninguna institución del Sistema Nacional de Salud, la SSA estableció la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) que es un instrumento para proporcionar los ser

(20) González Carbajal Eleuterio, Op. Cit. p.p. 57-65.

vicios básicos de salud en comunidades rurales de menos de 2,500 habitantes. Los programas que se llevan al cabo en la EEC son planificación familiar, atención materno infantil, control de enfermedades prevenibles por vacunación, prevención y control de enfermedades diarreicas y terapia de hidratación oral, control de infecciones respiratorias agudas, alimentación y salud. La prestación de los servicios está a cargo de personal voluntario de las propias comunidades quienes reciben capacitación y asesoría continua en servicio durante las visitas de supervisión de personal de enfermería como es la supervisora de auxiliares de salud, personal médico a través del coordinador médico jurisdiccional y del pasante de medicina. (21)

Y desde 1991 se cuenta en el estado de Hidalgo con pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. Y siendo la función de estos pasantes brindar capacitación a las auxiliares de salud.

(21) Secretaría de Salud, Análisis de las actividades desarrolladas en la Estrategia de Extensión de Cobertura, p. 1.

6.1. Situación de la Estrategia de Extensión de Cobertura

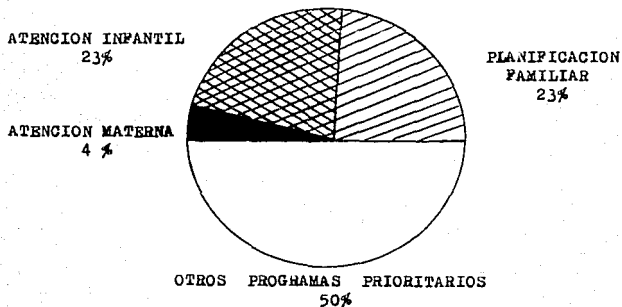
En las comunidades rurales incluidas en la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) de la Secretaría de Salud, de enero a junio de 1991 se realizaron 3.7 millones de atenciones básicas para mejorar la salud de la población; 23% fue para usuarios del programa de planificación familiar (PPF) y otro porcentaje para la atención de niños menores de cinco años, 4% para mujeres que cursaban distintas etapas del embarazo, y 50% se refieren a atenciones diversas (ver gráfica 1). Con relación a estas últimas atenciones, la cifra total fue mayor a un millón ochocientos mil y por grupo de edad poco más de la mitad de los servicios se otorgaron a personas de 20 o más años, 17% a jóvenes de 10 a 19 años, 13% a niños de 5 a 9 años y 16% a menores de 5 a 9 años y 16% a menores de 5 años. Los servicios de salud para este último grupo no se registra en el subsistema de atención infantil (ver gráfica 2).

En general, el número de personas atendidas por primera vez de enero a junio de 1991, se incrementó con respecto al año anterior. En planificación familiar el aumento fue 12%, en atención materna 26% y en atención infantil 13%. En promedio, a cada niño menor de un año se le otorgaron alrededor de tres atenciones. (22)

(22) *Ibid.* p.p. 3-6.

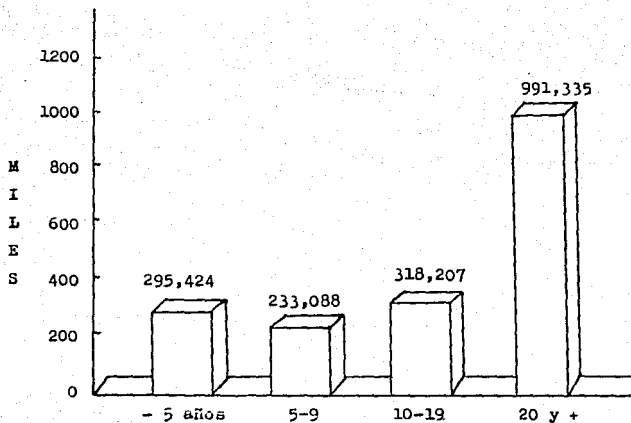
ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA
TOTAL DE ATENCIONES SEGUN PROGRAMA
ENERO-JUNIO 1991

TOTAL DE ATENCIONES: 3'701,637



FUENTE: SEIB, Subsistema de prestación de servicios;
MGEIE/LGPF.

ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA
TOTAL DE ATENCIONES POR SERVICIOS BASICOS
DE OTROS PROGRAMAS PRIORITARIOS, SEGUN GRUPO DE EDAD
ENERO-JUNIO 1991



FUENTE: SELB. Subsistema de prestación de servicios,
MGE/UGPP.

6.2. Atención materno infantil

6.2.1. Atención materna

En el programa de atención infantil, se proporcionaron un total de 160,407 atenciones en el servicio de control del embarazo y atención del parto y del puerperio. Tres de cada cuatro consultas correspondieron a gestantes, una de cada cinco mujeres que cursaban el puerperio, pero en un cinco de cada cien, la primera consulta fue en el momento del parto (ver gráfica 3).

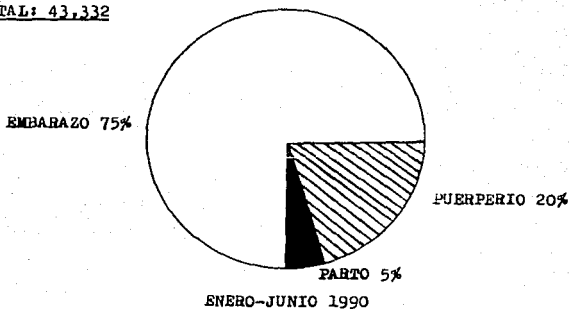
En el estado de Hidalgo el total de mujeres que ingresa - ron para recibir atención prenatal fue de 2258; de las cuales 428 recibieron atención durante el primer trimestre, 1058 durante el segundo y 772 en el tercer trimestre de su embarazo.

De los 6,540 partos que se atendieron en las comunidades de la EEC, 44% correspondió a mujeres que por primera vez se les proporciono el servicio, lo que significa que por cada 5 mujeres atendidas durante el parto, dos no recibieron control prenatal. (23)

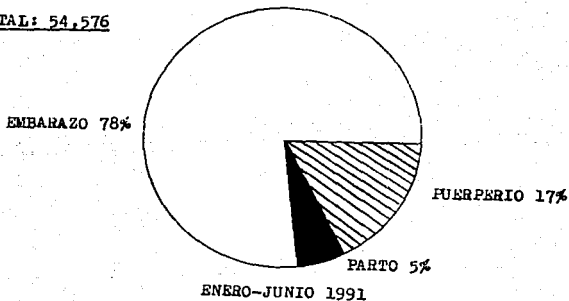
(23) Ibid, p.p. 16-18.

ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA
ATENCIONES MATERNAS DE PRIMERA VEZ
PORCENTAJE, SEGUN MOTIVO
ENERO-JUNIO 1990-1991

TOTAL: 43,332



TOTAL: 54,576



FUENTE: SEIS. Subsistema de prestación de servicios;
Ministry of Health.

b.2.2. Atención infantil

Se otorgaron 856,590 atenciones a la población infantil lo que incluye control del niño sano, prevención de enfermedades mediante vacunación y terapia de hidratación oral. De cada cuatro de estas atenciones, una fue para lactantes y tres para niños en edad preescolar. (ver gráfica 4).

Tenemos que en el estado de Hidalgo se brindaron un total de 42,316 consultas a la población infantil. De las cuales 9,344 correspondieron a consultas del menor de un año y a los niños de 1 a 4 años un total de 32,972 consultas. Por otro lado tenemos que de un subtotal de 6,112 consultas de primera vez, 2,554 correspondieron a menores de un año y 3,558 a niños de 1 a 4 años de edad.

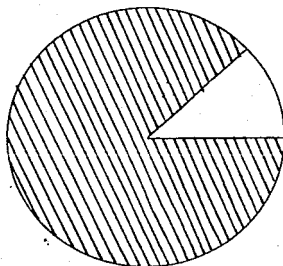
Con objeto de abatir las tasas de morbi-mortalidad en la población infantil del área rural, la incorporación de niños al programa de atención infantil debe ser desde recién nacidos, por lo cual se esperaba que la mayor parte de las consultas de primera vez correspondieran a niños menores de un año. (24)

(24) *ibid*, p.p. 22-23.

ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA
ATENCIONES AL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS
SEGUN TIPO, ENERO-JUNIO 1991

TOTAL: 687,291

SUBSECUENTES
572,662

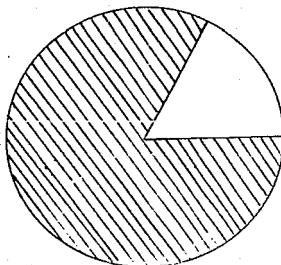


PRIMERA VEZ
114,629

ENE-JUN 1990.

TOTAL: 856,590

SUBSECUENTES
727,492



PRIMERA VEZ
129,098

ENE-JUN 1991

FUENTE: SEIB. Subsistema de prestación de servicios;
D: EIB/ MRR.

6.3. Logros en vacunación

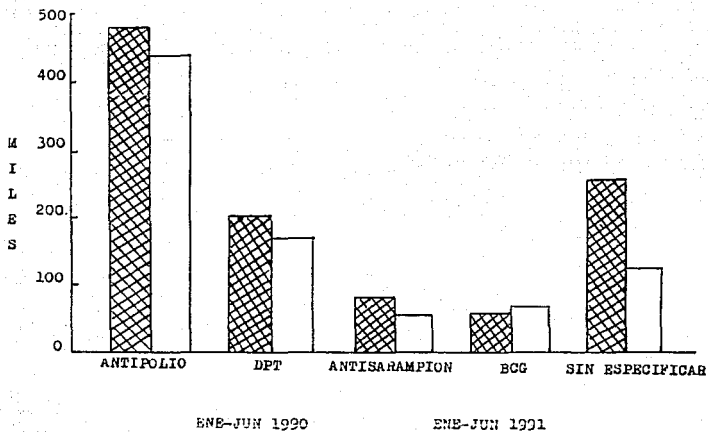
Una de las principales actividades que se desarrollan en la EEC es inmunizar a la población infantil, así se aplicaron 646,062 dosis de biológico a niños menores de cinco años, de estas dosis dos terceras partes fueron de vacuna antipolio, 21% de la triple o DPT, 6% de antisarampión y 6% de la BCG. En relación con el primer semestre del año anterior, disminuyó 16% el total de dosis aplicadas, excepto BCG que aumentó 9%, en todas las demás vacunas hubo decremento. (ver gráfica 5)

Las actividades de las campañas de vacunación no se registran en este apartado, por lo que podría ser el origen de la disminución de los registros.

En el estado de Hidalgo se aplicaron 4,825 dosis de antipolio, 2,274 de DPT, 604 de antisarampión y 775 de BCG. También tenemos que 16,700 niños completaron su esquema de vacunación. (25)

(25) Ibid, p. 26.

ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA
 DOSIS DE VACUNA APLICADAS SEGUN BIOLOGICO
 ENERO- JUNIO 1990-1991



FUENTE: SEIB. Subsistema de prestación de servicios,
 DGEI/ DGP.

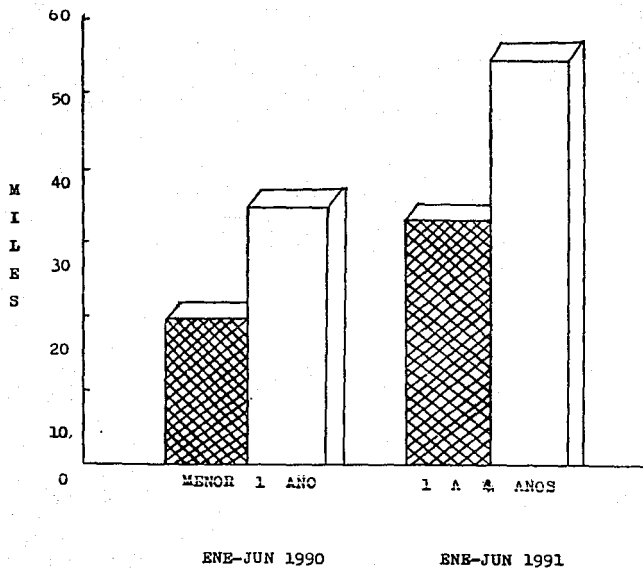
6.4. Control de enfermedades diarreicas y terapia de hidratación oral

Los problemas gastrointestinales y las enfermedades diarreicas, representan una de las principales causas de morbi-mortalidad infantil sobre todo en el área rural. En el período de enero a junio de 1991 se atendió por deshidratación a 94,834 niños menores de cinco años, 70% más que en el primer semestre del año anterior. De cada cien niños atendidos 39 eran lactantes y 61 preescolares (ver gráfica 6). Se utilizaron 237,717 sobres de electrolitos orales, lo que significa en promedio 2.6 sobres por cada niño atendido.

Ahora bien tenemos que en el estado de Hidalgo se atendieron 2,750 niños. De los cuales 823 eran menores de un año y 1,927 niños de 1 a 4 años. Entregándose 6,701 sobres de hidratación oral. (26)

(26) Ibid, p. 27.

ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA
 NIÑOS ATENDIDOS POR DESHIDRATACION
 SEGUN GRUPO DE EDAD
 ENERO-JUNIO 1990-1991



FUENTE: SEIB. Subsistema de prestación de servicios;
 LGEIE/ DGPF.

7 Datos sobresalientes del Módulo Chilcuautla, del estado
de Hidalgo

El nombre de Chilcuautla es de origen nahoa, y tiene por raíces "chilli", chile y "cuautla", arboleda, es decir: Plantío de chiles.

Fue erigida cabecera de distrito el 2 de junio de 1850.

Situación geográfica:

Localización:

Latitud entre:	20° 15' y 20° 20'
Longitud entre:	99° 10' y 99° 20'
Altitud (m.s.n.m):	1,884

Limites políticos:

Norte:	Ixmiquilpan
Sur:	Chapantongo, Mixquiahuala
Este:	Progreso y San Salvador
Oeste:	Alfajayucan y Chapantongo

Medio físico:

Clima

Temperatura media anual (°C): 17.20
Precipitación pluvial media anual: 480
Tipo de clima: Templado frío

Hidrografía

Rios: 1

Vegetación

Tipo: Matorral medio espinoso

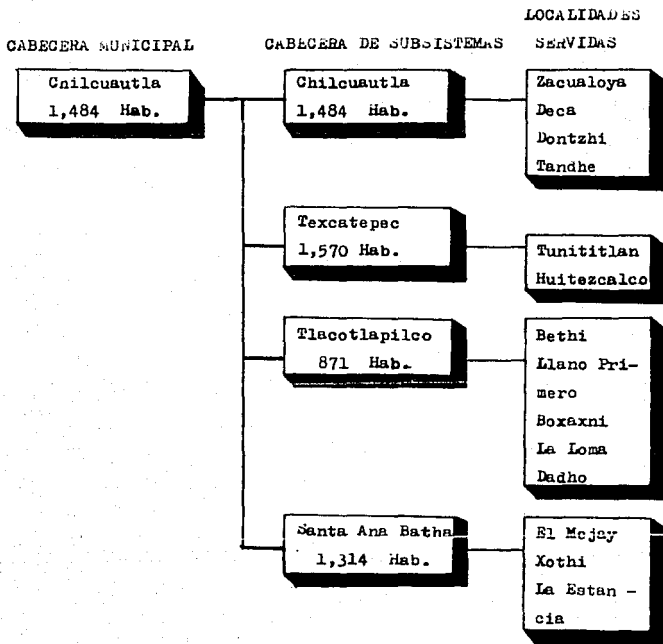
Suelo

Tipo: Castaño

Aspectos demográficos.

Tasa de crecimiento (%): 0.03
Nacimientos anuales (%): 4.28
Defunciones anuales (%): 0.62
Densidad de la población hab/kms: 47.00

Subsistema de ciudades



Distribución

Comunicaciones y transportes:

Carretera federal (kms):	-
Carretera estatal (kms):	36.10
Camino rural (terraceras) (kms):	2.00

Bienestar social

Salud:

Centro de Salud:	1
Consultorio rural:	-
Clinicas:	-
Unidades auxiliares de salud:	2
Hospitales: (27)	-

(27) Rossell de la Lama Guillermo, Orientación programática municipal 1985-1987, Chilcuautla Hidalgo, p.p. 1-12.

8 Las estrategias de la supervivencia infantil

El Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) ha propuesto e impulsa vigorosamente un conjunto de acciones y prácticas que incluyen:

- 1) la vigilancia del crecimiento y desarrollo,
- 2) el uso de hidratación oral en el manejo de los episodios diarreicos,
- 3) la promoción de la alimentación al seno materno durante por lo menos 6 meses,
- 4) la administración de las 8 dosis de las 6 vacunas, del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) recomendado por la OPS/OMS y
- 5) el establecimiento e impulso de un programa nacional de planificación familiar.

El poner en práctica las acciones antes dichas y mejorar la supervivencia infantil implica un mínimo de 4 consultas en el primer año de vida amén de 3 prenatales. En la actualidad sólo la población derecho habiente de la Seguridad Social y la que acude a la medicina privada, puede recibir tales cuidados.

La Cartilla Nacional de Vacunación entregada a todos los padres que acuden al Registro Civil al ocurrir el nacimiento

to de sus hijos, contiene información sobre el calendario de vacunas, la gráfica del crecimiento normal, la evolución del desarrollo motor e indicadores para la hidratación oral y para la lactancia.

Lado que por lo menos 15 por ciento de los nacimientos se registran extemporáneamente después del primer año de vida y después del 5o. año, resulta imperativo conseguir la distribución de la cartilla en el primer mes de vida. Con este propósito, desde fechas recientes los servicios de maternidad están autorizados para fungir como oficinas auxiliares del Registro Civil y entregar cartillas a los padres.

La vigilancia del crecimiento puede prevenir riesgos desde el nacimiento. Los neonatos con menos de 2.5 kgs tienen el doble riesgo de morir en el primer año de la vida que un lactante eutrófico. Un niño desnutrido tiene una tasa de letalidad más elevada en los episodios diarreicos graves que un lactante bien nutrido, lo mismo que en las infecciones agudas de las vías respiratorias.

La hidratación oral, el descubrimiento biomédico más importante del presente siglo, puede por sí solo salvar más vidas de niños que cualquier otra acción asistencial. Se calcula, conservadoramente, que mediante la utilización de una técnica muy sencilla, barata y de aplicación a do-

micilio en México podrían evitarse más de 10 000 fallecimientos anuales por deshidratación en niños menores de 5 años. La distribución de más de 12 millones de sobres con sales hidratantes, con ser plausible, no es suficiente ya que apenas 20 millones serían el mínimo necesario para reducir en 50 por ciento la letalidad actual por diarreas.

No hay limitación para la adquisición y la distribución oportuna de todos los sobres necesarios para atender la demanda asistencial en cualquier parte del país, especialmente en los más de 5 000 centros de salud y en las más de 13 000 casitas de las promotoras voluntarias en la EEC. Adicionalmente se distribuyen 1.5 millones de sobres durante los días nacionales de vacunación antipoliomielítica.

La alimentación al seno materno es fundamental para mejorar las oportunidades de supervivencia durante el primer año de vida. Los efectos favorables se expresan en el menor número de episodios diarreicos al evitar la contaminación de las fórmulas lácteas y por la protección específica así como inespecífica contra microbios enteropatógenos para los cuales existen anticuerpos y factores inhibidores microbianos en la leche materna.

Las vacunas del PAI constituyen un pilar fundamental en el fomento y protección de la salud de los lactantes. Por

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

una parte evita la poliomielitis en todos los vacunados, con tres dosis de cualquiera de las dos preparaciones disponibles. En el sarampión la prevención es mayor al 95 por ciento. Para la vacuna triple la eficacia profiláctica es del 100 por ciento, para el tétanos y de 80 a un 90 por ciento en la tos ferina y la difteria. En el caso de la tuberculosis el BCG defiende hasta en 80 por ciento para la localización pulmonar y en mayor proporción para las formas diseminadas y meníngeas.

La aplicación de vacunas da oportunidad para una consulta en la que se puede pesar y medir al lactante, y aconsejar sobre lactancia materna e hidratación oral.

La planificación familiar resulta el medio más efectivo, para reducir la mortalidad infantil si se puede conseguir que:

- 1) el primer embarazo ocurra después de los 20 años;
- 2) los intervalos genésicos sean mayores de dos años;
- 3) el número de embarazos no sea mayor de tres; y
- 4) la natalidad se suspenda antes de los 35 años.

Aunque las acciones señaladas son las apropiadas para disminuir los niveles de mortalidad infantil, los factores determinantes son la actitud individual, la posición familiar, así como el valor concedido por la comunidad y el

gobierno a la vida de los niños. En tanto que la muerte de un lactante se vea como un evento inevitable, que en la mayoría de los casos se puede remediar con otro hijo, entra rá en operación una trampa demográfica.

El primer año de vida no es, no debe ser, tiempo para morir. La mortalidad infantil no sólo es un indicador de la condición socioeconómica, sino una medida muy aproximada de civilización. No es casual que los pueblos y sociedades que cuidan y protegen a sus niños sean los más progresis - tas, donde existen menos diferencias entre los grupos so - ciales y en los que el respeto por la vida humana está pre sente en todas las edades.

Si "los niños son mensajes vivientes que enviamos a tiempos que no viviremos", debemos mejorar la calidad y cuidar la cantidad del testimonio viviente que le dejamos a la si guiente generación a cuyo cargo está el futuro de nuestra país, México. (28)

(28) Kumate Rodríguez Jesús, Op. cit. p.p. 478-479.

II RESULTADOS

En el siguiente cuadro se maneja la relación existente en cuanto a la paridad y los problemas de salud que pueden estar presentes en los niños al nacer.

Si se recuerda en base al marco teórico, al aumentar la paridad de las madres aumenta el riesgo de que el niño tenga algún problema de salud al nacer.

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación tenemos que solo 3 señoras de las 7 que reportaron el que sus hijos tuvieron algún problema de salud al nacer, caen en este rubro. De 1 de ellas era su 4 embarazo y de 2 su quinto.

De las señoras restantes cuyos niños tuvieron algún problema de salud tenemos que de 2 era su segundo embarazo y de las 2 restantes su tercer embarazo.

CUADRO NO. 1

PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO AL NACER EN RELACION CON LA
PARIDAD DE LA MADRE.
MÓDULO CHILCUAUTLA HGO. 1993

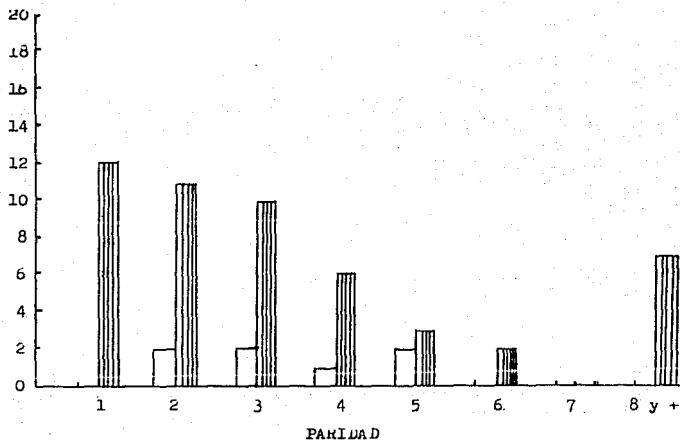
PARIDAD DE LAS MADRES	PROBLEMAS DE SALUD AL NACER			
	SI		NO	
	PO.	%	PO.	%
1	0	0	12	20.68
2	2	3.44	11	18.96
3	2	3.44	10	17.24
4	1	1.72(+)	6	10.34
5	2	3.44	3	5.17
6	0	0	2	3.44
7	0	0	0	0
8 y +	0	0	7	12.06
T O T A L	7	12.04	51	87.89

(+) Se agregan 7 centésimas para redondear al 100 %

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS EN LAS COMUNIDADES DEL
MÓDULO CHILCUAUTLA, EDO. DE HIDALGO; DURANTE LOS
MESES DE JULIO Y AGOSTO DE 1993.

GRAFICA NO. 1

PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO AL NACER EN RELACION CON LA
PARIDAD DE LA MADRE
MODULO CHILCUCUTLA HGO. 1993



CLAVES:

- Problema de salud
- No problema de salud.

FUENTE: CUADRO NO. 1

En base al marco teórico recordamos que otro de los factores que predispone la aparición de problemas de salud en el niño recién nacido es la edad de la madre, si es menor de 15 años o mayor de 35.

De acuerdo a los resultados obtenidos en cuanto a la relación que existe entre edad de la madre y problemas de salud del niño al nacer tenemos lo siguiente.

Tenemos que 2 señoras se encontraban dentro del parámetro de 19 a 22 años, 2 en el de 23 a 26 años, 2 en el de 27 a 30 y solamente una en el de 35 o más.

CUADRO NO. 2

EDAD DE LAS MADRES EN RELACION CON LOS PROBLEMAS DE SALUD
DE LOS NIÑOS AL NACER
MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993

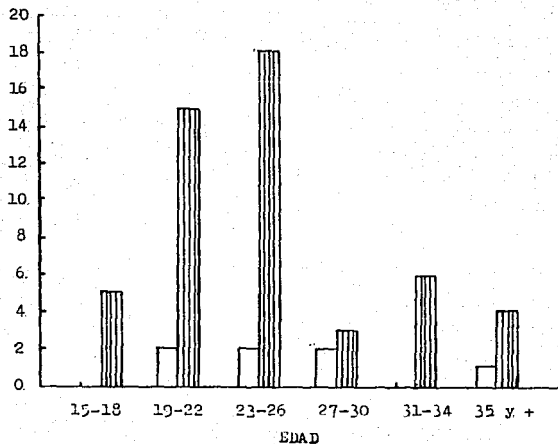
EDAD DE LAS MADRES	PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO AL NACER			
	SI		NO	
	FO.	%	FO.	%
15 - 18	0	0	5	8.62
19 - 22	2	3.44	15	25.86
23 - 26	2	3.44	18	31.03
27 - 30	2	3.44	3	5.17
31 - 34	0	0	6	10.34
35 y +	1	1.72(+)	4	6.89
T O T A L	7	12.04	51	87.91

(+) Se agregan 5 centésimas para redondear al 100 %

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 2

EDAD DE LAS MADRES EN RELACION CON LOS PROBLEMAS DE SALUD
DE LOS NIÑOS AL NACER
MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993



CLAVES:

- Problema de salud
▨ No problema de salud

FUENTE: CUADRO NO. 2

En el siguiente cuadro se encuentra la relación que existe entre llevar un control prenatal durante el embarazo y el que se presenten problemas de salud en el niño recién nacido.

Tenemos que de las 46 señoras que llevaron control prenatal durante su embarazo 5 de ellas informaron que sus niños presentaron algún problema de salud al nacer.

Y de las 12 señoras que no tuvieron control prenatal, solamente 2 notificaron que sus hijos presentaron algún problema de salud.

Lo cual demuestra que el control prenatal por si solo no evita problemas de salud, pero si ayuda a detectarlos.

CUADRO NO. 3

PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO AL NACER EN RELACION CON
 LAS MADRES QUE LLEVARON CONTROL PRENATAL
 MÓDULO CHILCUAUTLA HGO. 1993

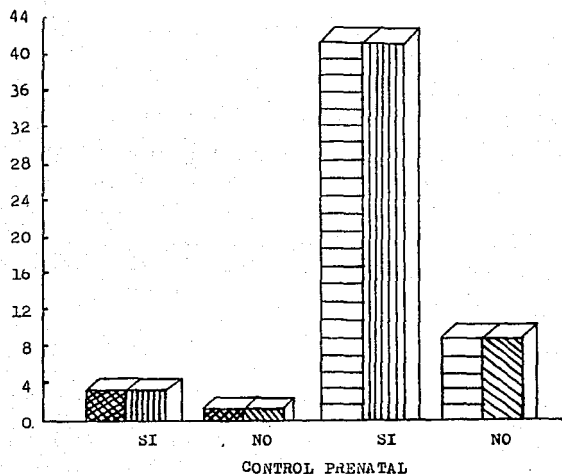
PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO AL NACER	CONTROL PRENATAL			
	SI		NO	
	PO.	%	PO.	%
SI	5	8.62	2	3.44(+)
NO	41	70.68	10	17.24
T O T A L	46	79.30	12	20.68

(+) Se agregan 2 centésimas para redondear al 100 %





FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 3

PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO AL NACER EN RELACION CON
 LAS SEÑORES QUE LLEVARON CONTROL PRENATAL
 MÓDULO CHILCUAUTLA AGO. 1993



CLAVES:

-  Problema de salud
-  No problema de salud
-  Control prenatal
-  No control prenatal

FUENTE: CUADRO NO. 3

Ahora bien de las señoras que llevaron control prenatal encontramos que 3 de ellas cuyos hijos presentaron algún problema de salud tuvieron un control prenatal desde el primer trimestre del embarazo. Y las otras 2 señoras lo llevaron desde el segundo trimestre.

Por lo que nos podemos dar cuenta que el hecho de que estas señoras llevaran control prenatal desde el inicio de su embarazo, no fue un factor que influyera para que sus hijos no presentaran algún problema de salud.

No por esto debemos restarle importancia a este tipo de atención que es útil para detectar alteraciones.

CUADRO NO. 4

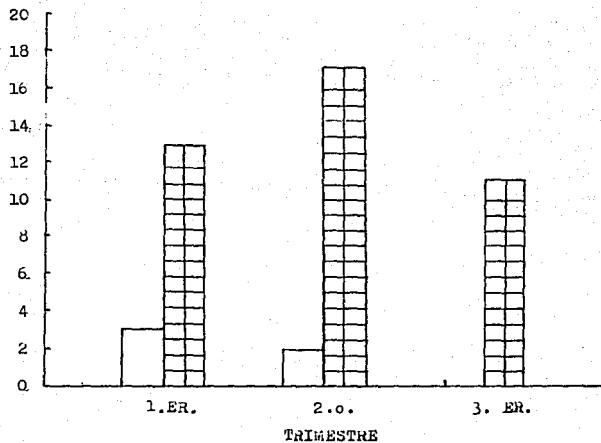
TRIMESTRE DURANTE EL CUAL LLEVARON CONTROL PRENATAL
 LAS SENORAS
 MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993

EN QUE TRIMESTRE LLEVARON CONTROL PRENATAL LAS SENORAS	PROBLEMAS DE SALUD DEL NINO AL NACER			
	SI		NO	
	FO.	%	FO.	%
1 ER. TRIMESTRE	3	5.17	17	22.41
2.º TRIMESTRE	2	3.44	17	29.31
3 ER. TRIMESTRE	0	0	11	18.96
T O T A L	5	8.61	41	70.68

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRÁFICA NO. 4

TRIMESTRE DURANTE EL CUAL LLEVARON CONTROL PRENATAL
LAS SEÑORAS
MÚNICO CHILICORUTLA HGO. 1993



CLAVES:

- Problema de salud
- No problema de sa
lud

FUENTE: CUADRO NO. 4

En cuanto a la relación que existe entre utilizar algún método de planificación familiar y el que los niños presentaran algún problema de salud al nacer, tenemos los siguientes resultados.

De las 25 señoras que utilizan algún método de planificación familiar, 3 de ellas informaron que sus hijos tuvieron algún problema de salud al nacer y de las 33 señoras que no utilizan ningún método 4 de ellas notificaron también lo mismo.

Si observamos el cuadro no. 6 podremos apreciar que no existe ninguna relación en cuanto al uso de algún método anticonceptivo y el problema de salud que presentaron los niños, al menos en esta investigación.

CUADRO NO. 5

UTILIZACION DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR Y
 PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO AL NACER
 MODULO CHILCOURUTLA HGO. 1993

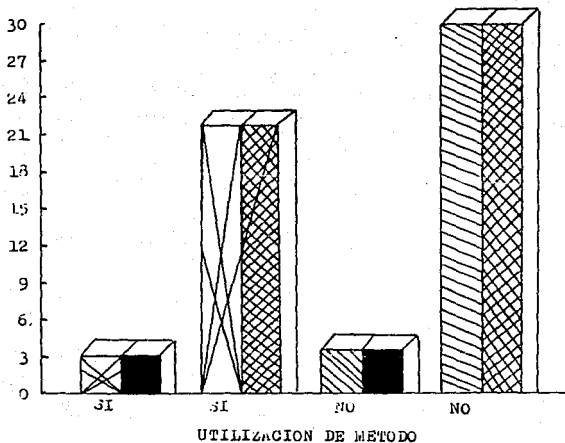
UTILIZA ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO AL NACER			
	SI		NO	
	FO.	%	FO.	%
SI	3	5.17(+)	22	37.93
NO	4	6.89	29	50
T O T A L	7	12.06	51	87.93

(+) Se agregan 4 centésimas para redondear al 100 %

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 5

UTILIZACION DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR Y
 PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO AL NACER
 MODULO CHILCUMUTLA HGO. 1993



CLAVES:

- Problema de salud
- ▣ No problema de salud
- ▤ Utiliza método de PF
- ▥ no utiliza método de PF

FUENTE: CUADRO NO. 5

Al cuestionar a las señoras que estaban utilizando algún método anticonceptivo y cuyos hijos presentaron algún problema de salud encontramos los resultados que a continuación se mencionan.

La señora que utilizaba el hormonal inyectable no lo estaba utilizando correctamente. La señora que utilizaba el DIU informo que al darse cuenta que estaba embarazada y acudir al médico este le informo que ya no tenia el DIU. Y una de las señoras que tenia la salpingoclasia quedo embarazada; caso que se presenta muy esporadicamente.

Por lo que determinamos que al menos en esta investigación no quedo demostrado que los métodos anticonceptivos, fueran los que originaron los problemas de salud que el niño presentara al nacer. También es importante la condición de la madre en cuanto a salud.

CUADRO NO. 6

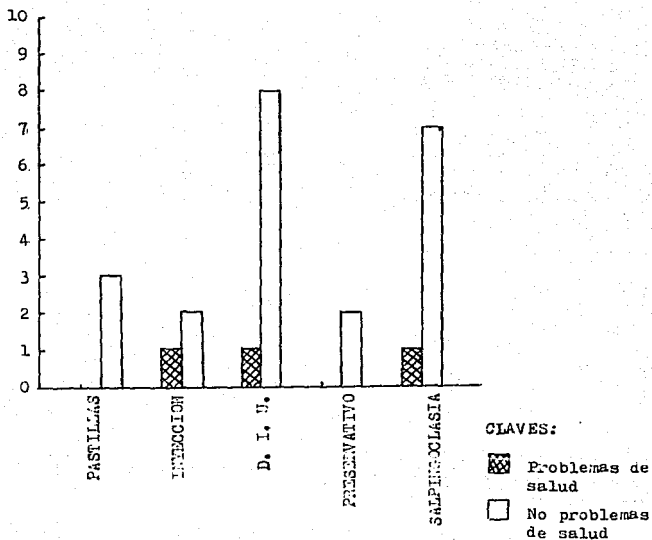
PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO AL NACER EN RELACION CON LA
UTILIZACION DE ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR
MÓDULO CHILCUAUTLA HGO. 1993

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO AL NACER			
	SI		NO	
	FO.	%	FO.	%
PASTILLAS	0	0	3	5.17
INYECCION	1	1.72	2	3.44
D. I. U.	1	1.72	8	13.79
PRESERVATIVO	0	0	2	3.44
SALPINGOCLASIA	1	1.72	7	12.06
T O T A L	3	5.16	22	37.90

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 6

PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO AL HACER EN RELACION CON LA
UTILIZACION DE ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR
MOMULO CHILCUAUTLA HGO. 1993



FUENTE: CUADRO NO. 6

En base al marco teórico recordamos que los periodos intergenésicos cortos favorecen a que aumenten los riesgos de que los recién nacidos presenten algún problema de salud.

Tomando como pauta esto tenemos que de las 3 señoras que esperaron menos de 1 año para embarazarse nuevamente ninguno re reporto que sus hijos hayan tenido algún problema de sa lud.

En cambio encontramos que de las señoras cuyos hijos si presentaron algún problema de salud 3 de ellas esperaron un año para embarazarse nuevamente y 4 señoras más de un año.

Esto podría interpretarse a que aparentemente si aumentan los intervalos intergenésicos, aumentan los riesgos de que el niño al nacer presente algún problema de salud; co sa que no ocurre así. Ya que también tienen que ver los pe riodos intergenésicos y la paridad de las madres. (Ver cuadro 8).

CUADRO NO. 7

RELACION ENTRE INTERVALOS INTERGENESICOS Y PROBLEMAS
DE SALUD DEL NIÑO AL NACER
MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993

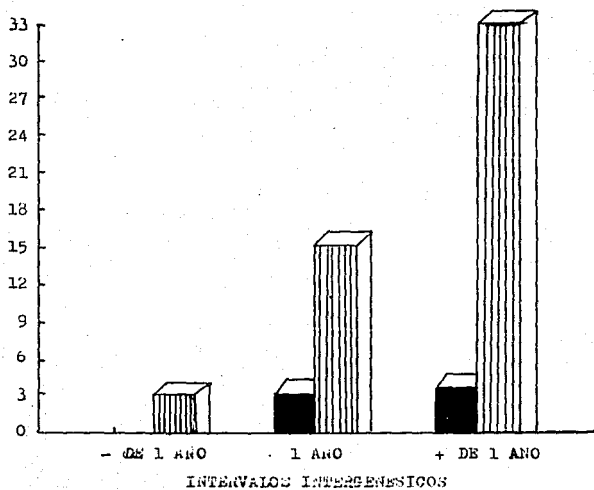
INTERVALOS INTERGENESICOS	PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO AL NACER			
	SI		NO	
	PO.	%	PO.	%
MENOS DE 1 AÑO	0	0	3	5.17(+)
UN AÑO	3	5.17	15	25.86
MAS DE 1 AÑO	4	6.89	33	56.89
T O T A L	7	12.06	51	87.92

(+) Se agregan 2 centésimas para redondear al 100 %

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 7

RELACION ENTRE INTERVALOS INTERGENESICOS Y PROBLEMAS
DE SALUD DEL NIÑO AL NACER
MODULO CHILCUMUTLA HGO. 1993



CLAVES:

- Problemas de salud
- ▨ No problemas de salud

FUENTE: CUADRO NO. 7

Aqui se puede apreciar que de las 18 señoras cuyo intervalo intergenésico es de un año, 5 de ellas han tenido una paridad de 4 hijos, 1 de 5, 1 de 6 y 3 señoras con paridad mayor de 8.

Por otra parte las señoras cuyo intervalo intergenésico es mayor de 1 año, 10 de ellas tienen una paridad de 3, 2 de 4; aqui es importante hacer mención de que una de estas señoras a tenido 4 cesareas. Y además 4 señoras cuentan con paridad de 5.

Ante estos resultados se debe recordar que al aumentar la paridad; el organismo de la mujer se ve debilitado y por lo tanto aumentan los riesgos de que presenten problemas de salud tanto la madre como el niño.

CUADRO NO. 8

PARIDAD E INTERVALOS INTERGENESICOS DE LAS SEÑORAS

MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993

PARIDAD	INTERVALOS INTERGENESICOS					
	MENOS DE 1 AÑO		UN AÑO		MAS DE 1 AÑO	
	PO.	%	PO.	%	PO.	%
1	0	0	4	6.89	8	13.79
2	2	3.44	2	3.44	9	15.51
3	0	0	2	3.44	10	17.24
4	0	0	5	8.62	2	3.44
5	0	0	1	1.72	4	6.89
6	0	0	1	1.72	1	1.72(+)
7	0	0	0	0	0	0
8 y +	1	1.72	3	5.17	3	5.17
T O T A L	3	5.16	18	31.00	37	63.76

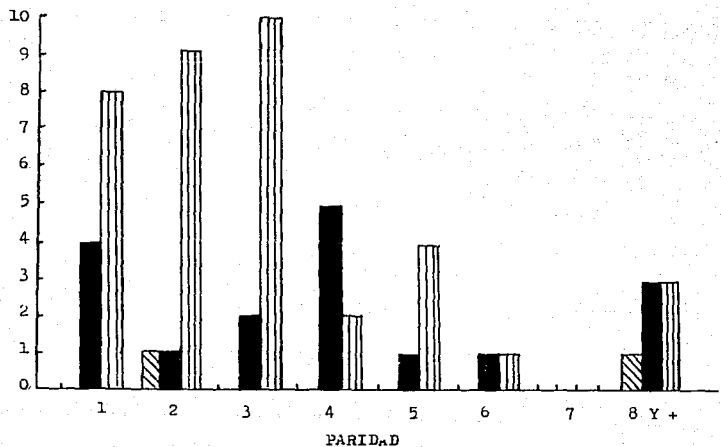
(+) Se agregan 8 centésimas para redondear al 100 %

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.




GRAFICA NO. 8

PARIDAD E INTERVALOS INTERGENESICOS DE LAS SEÑORAS

MODULO CHILCAGUETA HGO. 1993



CLAVES:

-  - DE 1 AÑO
-  UN AÑO
-  + DE 1 AÑO

FUENTE: CUADRO NO. 8

En cuanto a algún tipo de adicción por parte de las madres para que fuera un factor que predispusiera alguna enfermedad en los recién nacidos, tenemos los siguientes datos.

De las 58 señoras solamente 10 de ellas consumen en forma regular pulque, que es la bebida tradicional del área. Pero de estas señoras ninguna reporto que sus hijos presentaran algún problema de salud a su nacimiento.

Pero no por esto debemos descartar la posibilidad de que durante algún embarazo de estas señoras, el niño presente alguna enfermedad.

CUADRO NO. 9

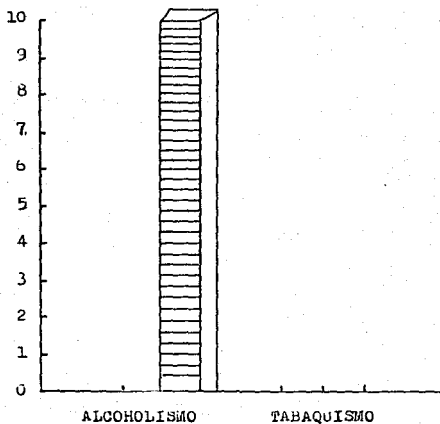
ADICCIONES DE LAS MADRES EN RELACION CON PROBLEMAS
DE SALUD DEL NIÑO AL NACER
MÓDULO CHILCUAUTLA HGO. 1993

ADICCIONES	PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO AL NACER			
	SI		NO	
	PO.	%	PO.	%
ALCOHOLISMO	0	0	10	17.24
TABAQUISMO	0	0	0	0
T O T A L	0	0	0	17.24

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 9

ADICCIONES DE LAS MADRES EN RELACION CON PROBLEMAS
DE SALUD DEL NINO AL NACER
MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993



CLAVES:

- Problemas de salud
- No problemas de salud

FUENTE: CUADRO NO. 9

De un total de 59 niños que fue nuestro universo tenemos que 8 de ellos presentaron algún problema de salud. Cabe aclarar que son 59 niños ya que hubo un parto gemelar.

Ahora bien, 3 niños de los cuales sus madres asistieron a control prenatal presentaron los siguientes problemas: fueron partos prematuros y por lo consiguiente con un peso menor de 2.500 kg. Tenemos que 1 niño que no fue prematuro presentó este problema, lo que nos está hablando de desnutrición en útero.

Y de los niños cuyas madres no asistían a control prenatal 2 fueron prematuros y con peso menor de 2.500 kg.

Encontramos también que hubieron 2 niños que pesaron más de 4.000 kg. al nacer, motivo por el cual estuvieron unos días en observación en el hospital.

CUADRO NO. 10

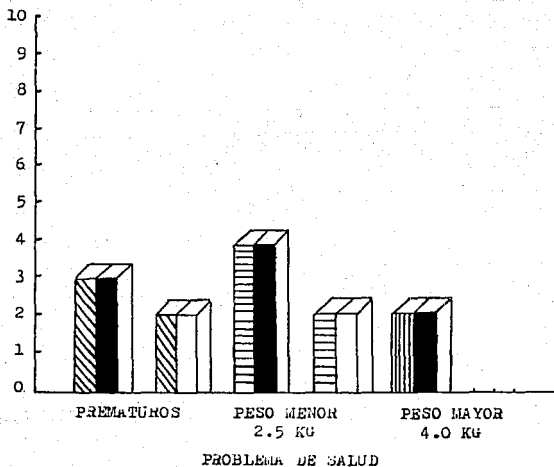
PROBLEMAS DE SALUD QUE PRESENTARON LOS NIÑOS AL NACER EN
 RELACION CON LAS MADRES QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL
 MODULO CHILQUAUTLA HGO. 1993

PROBLEMA DE SALUD QUE EL	CONTROL PRENATAL			
	SI		NO	
NINO PRESENTO AL NACER	PO.	%	PO.	%
PREMATUROS	3	5.08	2	3.38
PESO MENOR DE 2.500 KG.	4	6.77	2	3.38
PESO MAYOR DE 4.000 KG.	2	3.38	0	0
T O T A L	9	15.33	4	6.76

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 10

PROBLEMAS DE SALUD QUE PRESENTARON LOS NIÑOS AL NACER EN
RELACION CON LAS MADRES QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL
MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993



CLAVES:

■ Control prenatal

□ No control prenatal

FUENTE: CUADRO NO. 10

La desnutrición es un factor que influye para que el niño esté más propenso a padecer diversas enfermedades y por lo tanto aumenten los riesgos de que muera. La alimentación al seno materno puede disminuir este riesgo considerablemente.

Tenemos que de los 12 niños que presentaron desnutrición leve 11 reciben alimentación al seno materno y uno no.

De los niños que tienen desnutrición moderada los 4 reciben alimentación al seno materno.

En este grupo de estudio los resultados podrían interpretarse de que la alimentación al seno materno no disminuye las probabilidades de desnutrición. Más bien el problema radica en que a los niños se les da pecho hasta edades en las cuales los requerimientos alimenticios ya no los cubren la leche materna.

CUADRO NO. 11

ALIMENTACION AL SENO MATERNO EN RELACION CON EL GRADO
DE DESNUTRICION DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
MÓDULO CHILCUAUTLA HGO. 1993

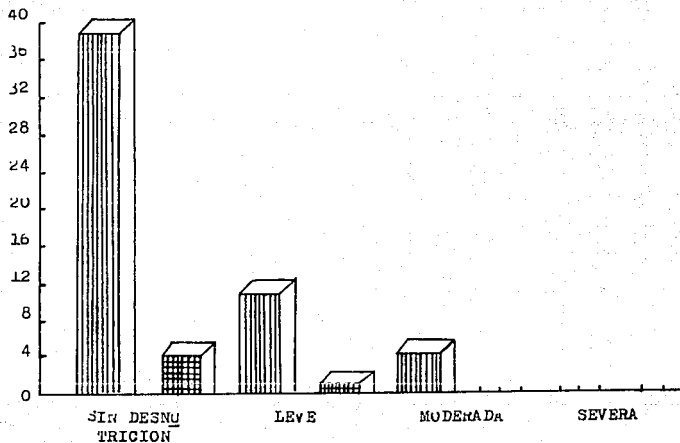
GRADO DE DESNUTRICION	ALIMENTACION AL SENO MATERNO			
	SI		NO	
	PO.	%	PO.	%
SIN DESNUTRICION	39	66.10	4	6.77
LEVE	11	18.64	1	1.69(+)
MODERADA	4	6.77	0	0
SEVERA	0	0	0	0
T O T A L	54	91.51	5	8.46

(+) Se agregan 3 centésimas para redondear al 100 %



FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 11

ALIMENTACION AL SENO MATERNO EN RELACION CON EL GRADO
DE DESNUTRICION DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993



CLAVES:

-  Alimentación al seno materno
-  No alimentación al seno materno

FUENTE: CUADRO NO. 11

Otro factor que condiciona que se presenten casos de desnutrición es la ablactación de los niños.

Tenemos que de los niños cuya ablactación inicio de los 2 a 4 meses 7 de ellos tienen desnutrición leve y 1 desnutrición moderada.

De 25 niños que comenzaron su ablactación de los 5 a 7 meses tenemos que 4 entran en desnutrición leve y 3 en desnutrición moderada.

Y por último de los 4 niños cuya ablactación fue de los 8 a 10 meses 1 tiene desnutrición leve.

Estos datos nos están hablando de que 16 niños o sea un 27.09 % se encuentran con algún grado de desnutrición y muchos de los que se reportan sin desnutrición se encuentran dentro de los límites para entrar en desnutrición leve.

Además si tomamos en cuenta el tipo de alimentos que se les da a los niños podemos percatarnos que esta alimentación no proporciona los nutrientes que necesita el niño. (Ver cuadro 13).

CUADRO NO. 12

ABLACTACION Y GRADO DE DESNUTRICION DE LOS NIÑOS
 MENORES DE 1 AÑO
 MODULO CHILCAUTLA HGO. 1993

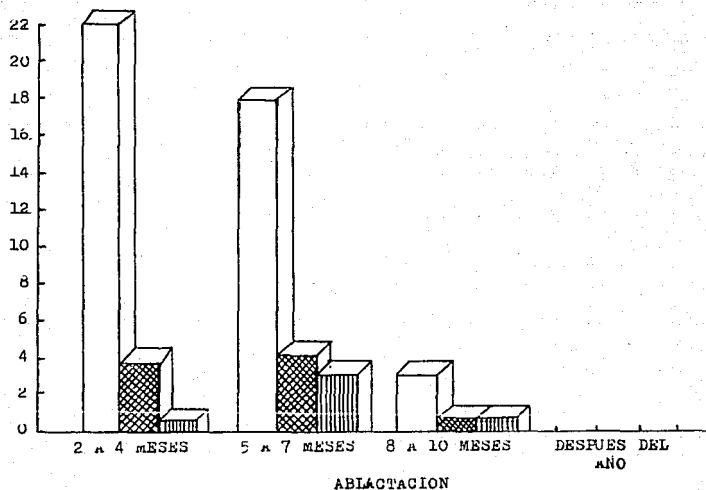
ABLACTACION	GRADO DE DESNUTRICION					
	SIN DESNUTRICION		LEVE		MODERADA	
	FO.	%	FO.	%	FO.	%
2 A 4 MESES	22	37.28	7	11.86	1	1.69
5 A 7 MESES	18	30.50	4	6.77	3	5.08
8 A 10 MESES	3	5.08(+)	1	1.69	0	0
DESPUES DEL AÑO	0	0	0	0	0	0
T O T A L	43	72.86	12	20.32	4	6.77

Se agregan 5 centésimas para recondear al 100%

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 12

ABLACTACION Y GRADO DE DESNUTRICION DE LOS NIÑOS
MENORES DE 1 AÑO
MÓDULO CHILGUAUTLA HGO. 1993



CLAVES:

- Sin desnutrición
- Leve
- Moderada

FUENTE: CUADRO NO. 12

Tomando como base el cuadro anterior podemos percatarnos de que solamente un 50% de los niños tienen una ablactación en la edad recomendable.

Por otro lado si se aprecia en el siguiente cuadro se puede detectar que los alimentos que se le dan al niño no son los adecuados.

Los carbohidratos y las harinas ocupan el primer lugar en cuanto a los alimentos que consumen y en segundo las leguminosas. Frutas, verduras y caldos de carne o carne se incluyen en menor proporción.

Además de detectar deficiencias en las técnicas de introducción de alimentos, las cantidades de los mismos no son las que requieren los niños. Aunado todo esto, nos da por resultado en nuestra investigación los casos de desnutrición.

CUADRO NO. 13

ALIMENTOS QUE CONSUMEN DURANTE LA ABLACTACION
 LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
 MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993

ALIMENTOS	FRECUENCIA CON QUE LES DAN LOS ALIMENTOS						T O T A L	
	DIARIO		3 VECES X SEMANA		OCASIONAL		FO.	%
	FO.	%	FO.	%	FO.	%		
SOPA	50	84.74	6	10.16	3	5.00*	59	100.00
FRIJOLES	29	49.15	21	35.59	9	15.25 ¹	59	100.00
CALDOS DE								
CARNE	0	0	11	18.64 ¹	43	81.35	59	100.00
VERDURAS	2	3.38*	31	52.54	26	44.06	59	100.00
FRUTAS	5	8.47 ¹	15	25.42	39	66.10	59	100.00

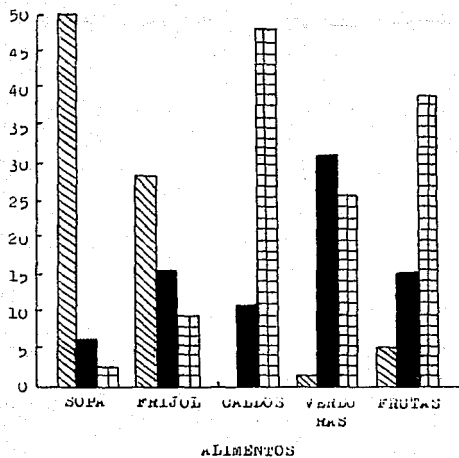
* Se agregan 2 centésimas para redondear al 100 %

¹ Se agrega 1 centésima para redondear al 100 %




FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 13

ALIMENTOS QUE CONSUMEN DURANTE LA ABLACACION
 LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
 MODULO CHILCUMUTLA HGO. 1993



CLAVES:

-  diario
-  5 veces a semana
-  ocasional

FUENTE: CUADRO NO. 13

Las vacunas que conforman el esquema básico de vacunación son de gran importancia; ya que al funcionar mejor el sistema inmunitario de los niños, disminuyen las probabilidades de que adquieran alguna de las enfermedades que previenen las vacunas. Siempre y cuando sean aplicadas correctamente.

Tenemos que de 59 niños solamente 47 tienen su esquema de vacunación completo.

De los motivos por los cuales no tienen sus vacunas los niños tenemos que 7 son porque sus madres no los llevan a vacunar, 2 niños porque el día que acuden no hay vacuna y los 3 restantes porque el niño se encontraba enfermo.

Aquí es importante mencionar que lo de vacunación permanente no funciona como tal en el módulo, ya que el abasto de vacuna tiene preferencia para cabecera municipal y además los intervalos de aplicación de las vacunas no es el indicado, sobre todo con D. P. T.

Y si observamos el cuadro 15 podremos apreciar que se enferman en igual proporción los niños que están vacunados y aquellos que no lo están. Las enfermedades que predominan son diarreas e infecciones respiratorias.

CUADRO NO. 14

MOTIVOS POR LOS CUALES LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
NO TIENEN SUS VACUNAS
MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993

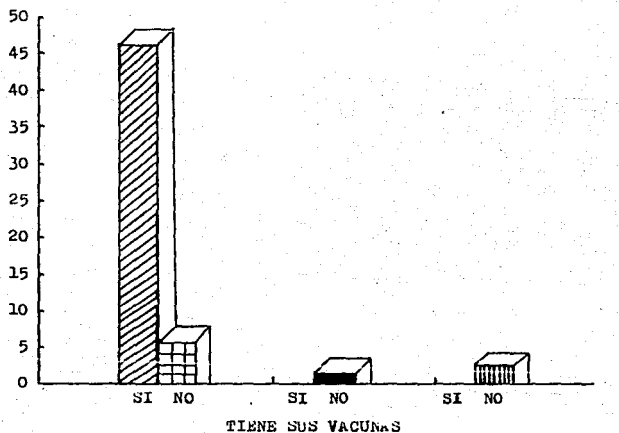
MOTIVOS	TIENE TODAS SUS VACUNAS			
	SI		NO	
	PO.	%	PO.	%
NO LO LLEVA A VACUNAR	47	79.66	7	11.86
CUANDO LO LLEVA A VA- CUNAR NO HAY VACUNA	0	0	2	3.38(+)
EL NIÑO SE ENCONTRABA ENFERMO	0	0	3	5.08
T O T A L	47	79.66	12	20.32

(+) Se agregan 2 centésimas para redondear al 100 %




FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 14

MOTIVOS POR LOS CUALES LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
NO TIENEN SUS VACUNAS
MÓDULO CHILCUAUTLA HGO. 1993



CLAVES:

-  No lo llevan a vacunar
-  No hay vacuna
-  Niño enfermo

FUENTE: CUADRO 14

CUADRO NO. 15

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN RELACION CON LA
 APLICACION DE VACUNAS
 MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993

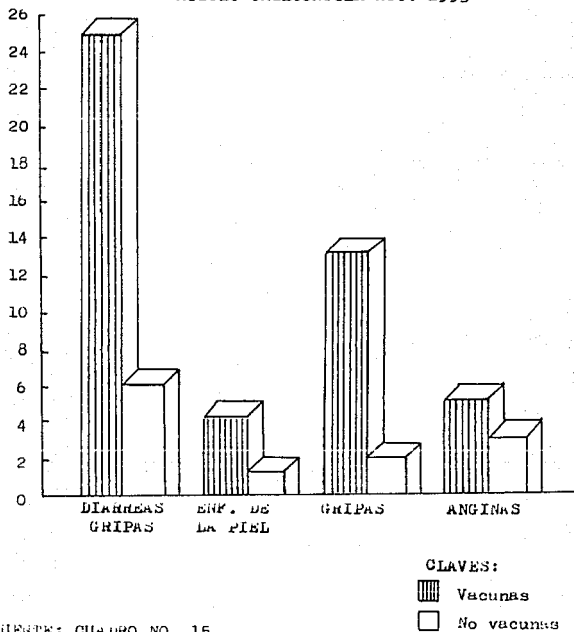
ENFERMEDADES MAS FRECUENTES	TIENE TODAS SUS VACUNAS			
	SI		NO	
	PO.	%	PO.	%
DIARREAS Y GRIPIAS	25	42.37	6	10.16
ENFERMEDADES DE LA PIEL	4	6.77	1	1.69(+)
GRIPIAS	13	22.03	2	3.38
ANGINAS	5	8.47	3	5.08
T O T A L	47	79.64	12	20.31

(+) Se agregan 5 centésimas para redondear al 100 %

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 15

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN RELACION CON LA
APLICACION DE VACUNAS
MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993



FUENTE: CUADRO NO. 15

Las enfermedades diarreicas junto con las infecciones respiratorias agudas siguen siendo los padecimientos que con mayor frecuencia se presentan en nuestro país y los que causan altos índices de morbilidad dentro de la población infantil; sobre todo en los menores de 5 años.

De las enfermedades que con mayor frecuencia se presentan en los niños esta en primer lugar las infecciones respiratorias agudas con 46 casos y el segundo lugar lo ocupan las diarreas con 31 casos.

Los casos de infecciones respiratorias agudas (IRA) como ya es del conocimiento de todos aumentan aún más en la temporada invernal y los casos de diarreas se vigilan estrechamente debido a que en el módulo se han presentado casos de cólera.

CUADRO NO. 16

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES QUE PADECEN LOS NIÑOS

MENORES DE 1 AÑO

MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993

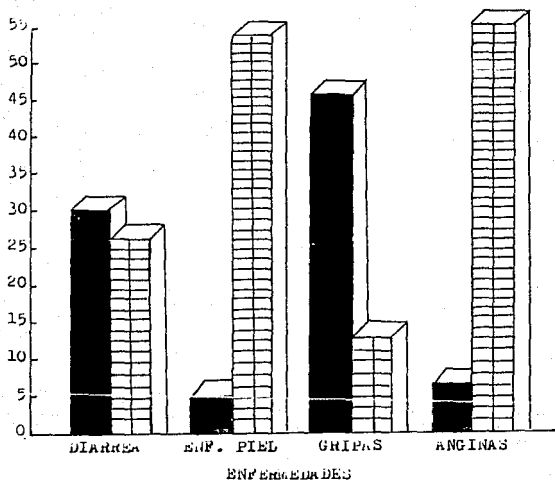
ENFERMEDADES MAS FRECUENTES	PRESENTAN ESTAS ENFERMEDADES				T O T A L	
	SI		NO		PO.	%
	PO.	%	PO.	%		
DIARREAS	31	52.54	28	47.45(+)	59	100.00
ENFERMEDADES DE LA PIEL	5	8.47(+)	54	91.52	59	100.00
GRIPAS	46	77.96	13	22.03(+)	59	100.00
ANGINAS	8	13.55(+)	51	86.44	59	100.00

(+) Se les agrega una centésima para redondear al 100 %



FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 16

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES QUE PADECEN LOS NIÑOS
MENORES DE 1 AÑO
MOLULO CHILCAUTLA HGO. 1993



CLAVES:

-  Presenta la enfermedad
-  No presenta la enfermedad

FUENTE: CUADRO NO. 16

La atención que se le brinde a las enfermedades es de vi tal importancia, ya que de ello dependera el pronto resta blecimiento del paciente o el agravamiento de la enferme - dad.

Encontramos que cuando los niños enferman las madres acu - den en primera instancia al médico 37 de ellas, el segundo lugar lo ocupan las auxiliares de salud 35 y 14 señoras re - curren a los remedios caseros.

Cabe aclarar que aunque las madres nos mencionan que acu - den en primer lugar al médico, es frecuente que en primera instancia le den algún remedio casero; actitud que aún po demos apreciar en las comunidades de provincia.

Es también importante hacer notar que las auxiliares de sa - lud están atendiendo a una parte considerable de la pobla - ción, ante esto es importante su continua capacitación en función de que se brinde una mejor atención a los habitan - tes de sus comunidades.

CUADRO NO. 17

CONDUCTAS QUE TOMAN LAS MADRES CUANDO
SUS HIJOS SE ENFERMAN
MÓDULO CHILCQUAUTLA HGO. 1993

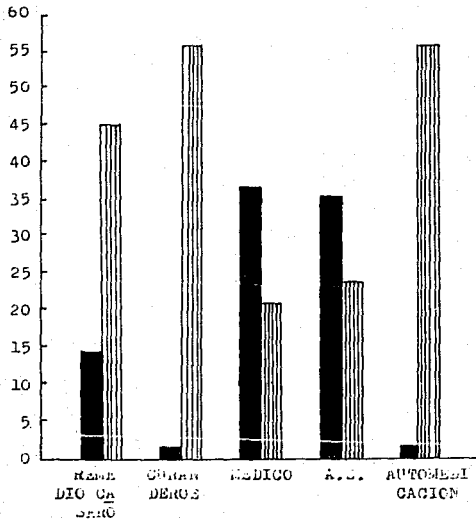
CONDUCTA DE LA MADRE CUANDO ENFERMAN SUS HIJOS	SI		NO		T O T A L	
	PO.	%	PO.	%	PO.	%
LE DA REMEDIOS CASEROS	14	23.72(+)	45	76.27	59	100.00
LO LLEVA CON CURANDEROS	3	5.08(+)	56	94.91	59	100.00
ASISTE CON EL MEDICO	37	62.71	22	37.28(+)	59	100.00
ACUDE CON LA AUXILIAR DE SALUD	35	59.32(+)	24	40.67	59	100.00
AUTOMEDICACION	3	5.08(+)	56	94.91	59	100.00

(+) Se les agrega 1 centésima para redondear al 100 %

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 17

CONDUCTAS QUE TOMAN LAS MADRES CUANDO
SUS HIJOS SE ENFERMAN
MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993



CLAVES:

■ Si acude
▨ No acude

FUENTE: CUATRO NO. 17

En los cuadros anteriores se han analizado los factores maternos e infantiles que predisponen casos de morbilidad en los menores de 1 año; ahora bien se analizarán los factores ambientales que pueden predisponer estos casos.

La relación entre las enfermedades más frecuentes en el niño y la eliminación de excretas nos arrojan los datos que a continuación se mencionan.

Las infecciones respiratorias y las diarreas ocupan los primeros lugares en cuanto incidencia con un total de 31 casos. Es importante mencionar que los niños que más se enferman son aquellos que cuentan con fosa séptica, aclarando que esto se debe a que no están construidas adecuadamente sino que están improvisadas.

Ante estos resultados se ve la importancia de asesorar a la población en cuanto a la adecuada construcción de fosas sépticas y reforzar medidas educativas en cuanto a higiene.

CUADRO NO. 18

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN LOS NIÑOS EN RELACION
CON LA ELIMINACION DE EXCRETAS
MÓDULO CHILCUAUTLA AGO. 1993

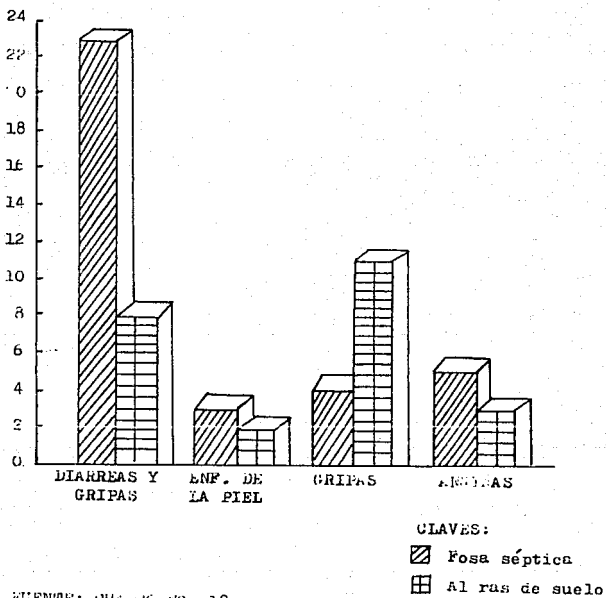
ENFERMEDADES MAS FRECUENTES	ELIMINACION DE EXCRETAS				T O T A L	
	FOSA SEPTICA		AL CAS DE SUELO		FO.	%
	FO.	%	FO.	%	FO.	%
DIARREAS Y GRIPIAS	23	38.98	8	13.55	31	52.53
ENFERMEDADES DE LA PIEL	3	5.08	2	3.38(+)	5	8.46
GRIPIAS	4	6.77	11	18.64	15	25.41
ANGINAS	5	8.47	3	5.08	8	13.55
T O T A L	35	59.3	24	40.65	59	100.00

(+) Se agregan 5 centésimas para redondear al 100 %

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 18

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN LOS NIÑOS EN RELACION
CON LA ELIMINACION DE ECHEMAS
MÓDULO ORILCOURTIA HGO. 1993



La eliminación de la basura es un problema muy grave que aqueja a estas comunidades, ya que al no contar con un lugar adecuado en donde tirar los desechos, cada familia nace con ellos lo que creen es lo mejor.

Aquellos que queman su basura, son los niños que más se enferman con un total de 46 niños. De los cuales 21 se enferman el primer lugar de infecciones respiratorias y de diarreas.

De los 13 niños restantes, 10 tiran la basura en cualquier lugar y 3 la entierran.

Aquellos niños que más se enferman, que son los que queman la basura; podría deberse a que al incinerar los desechos y expandirse estos con las tolveneras que son muy cotidianas en las comunidades condicionara la aparición de los problemas de salud. Aunado a la falta de higiene que se encontró en muchas casas.

CUADRO NO. 19

ELIMINACION DE BASURA EN RELACION CON LAS ENFERMEDADES

MAS FRECUENTES EN EL NIÑO

MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993

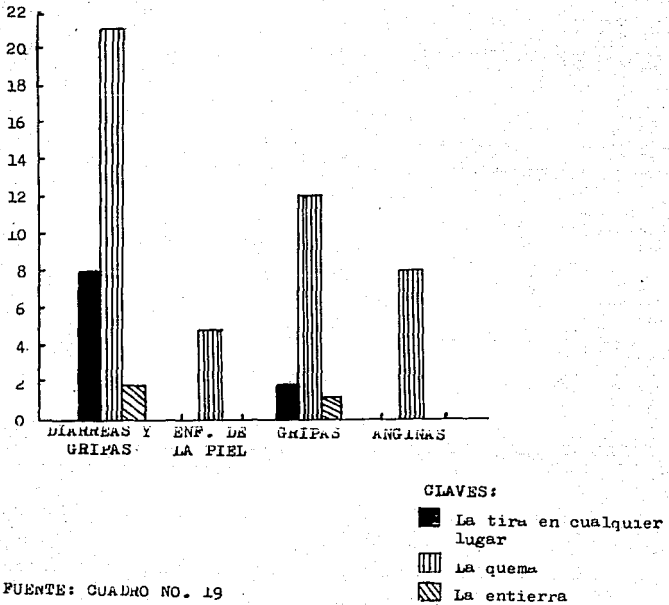
ENFERMEDADES MAS FRECUENTES	ELIMINACION DE BASURA						T O T A L	
	LA TIRAN EN CUALQUIER LUGAR		LA QUEMAN		ENTIERRAN		FO.	%
	FO.	%	FO.	%	FO.	%		
DIARREAS Y GRIPAS	3	13.55	21	35.50	2	3.30	31	52.52
ENFERMEDADES DE LA PIEL	0	0	5	8.47	0	0	5	7.47
GRIPAS	2	3.38	12	20.23	1	1.69(+)	15	25.4
ASCARIAS	0	0	8	13.55	0	0	8	13.55
T O T A L	10	16.93	46	77.94	3	5.07	59	100.00

(+) Se agregan 6 centésimas para redondear al 100 %

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 19

ELIMINACION DE BASURA EN RELACION CON LAS ENFERMEDADES
MAS FRECUENTES EN EL NIÑO
MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993



FUENTE: CUADRO NO. 19

Los servicios públicos como es el de agua potable, en las comunidades del módulo están comenzando por lo que aún se encuentran a familias que tienen que acarrear el agua, o bien hay una sola toma para toda la comunidad.

Tenemos que los niños que más se enferman son aquellos en que la disposición de agua es fuera de su casa, con un total de 28. Y sin cambiar el patrón que se encontró, las enfermedades que ocupan el primer lugar son las infecciones respiratorias y las diarreas, con 12 casos.

Aquellos que disponen de agua dentro de la casa y en aquellos que la acarrear los porcentajes son iguales.

El problema reside en que el agua que se consume fácilmente se puede contaminar y ser un transmisor de algunas enfermedades. Además la cloración de la misma en ocasiones se detecta que no era el adecuado.

Aunado a todo esto la cercanía del río Tula que está muy contaminado, con algunas fuentes de agua hacen muy factible la contaminación de la misma.

CUADRO NO. 20

DISPOSICION DE AGUA EN RELACION CON LAS ENFERMEDADES
 MAS FRECUENTES EN EL NIÑO
 MODULO CHILCUAUTLA AGO. 1993

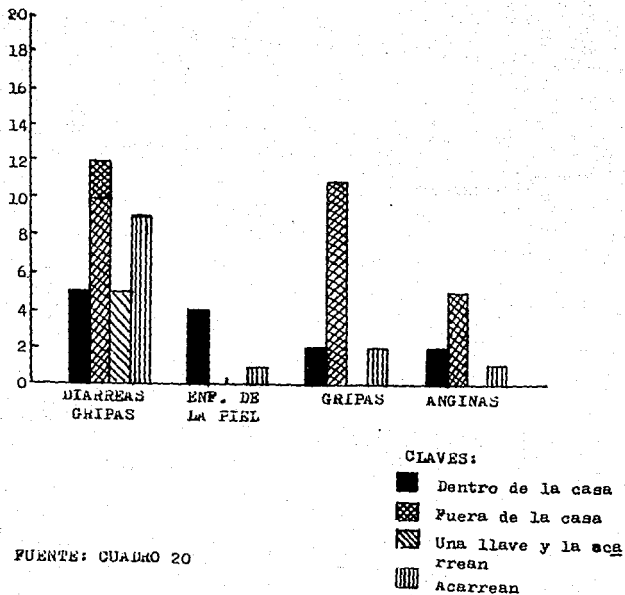
ENFERMEDADES MAS FRECUENTES	DISPOSICION DE AGUA								T O T A L	
	DENTRO DE LA CASA		FUERA DE LA CASA		UNA SOLA LLAVE Y ACARREAN		ACARREAN		FO.	¢
	FO.	¢	FO.	¢	FO.	¢	FO.	¢		
DIARREAS Y GRIPAS	7	3.47	12	20.33	5	3.47	9	15.25	31	52.52
ENFERMEDADES DE LA PIEL	4	6.77	0	0	0	0	1	1.69	5	3.46
GRIPAS	2	3.38	11	18.64	0	0	2	3.38	15	25.4
ANGINAS	2	3.38	5	8.47	0	0	1(+)	1.69	3	13.54
T O T A L	13	22.00	28	47.44	5	3.47	13	22.01	59	100.00

(+) Se agregan 3 centésimas para redondear al 100 ¢

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 20

DISPOSICION DE AGUA EN RELACION CON LAS ENFERMEDADES
 MAS FRECUENTES EN EL NIÑO
 MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993



FUENTE: CUADRO 20

En el marco teórico se menciona que el tipo de vivienda puede incrementar los daños a la salud, debido a factores como la mala condición de las construcciones.

Se detectó en las comunidades que las condiciones de las casas han mejorado en cierto grado. Tenemos que 39 niños cuentan con piso de cemento en su vivienda, 14 de tierra y 6 de ambos materiales.

Lo que sobresale en estos datos es que los niños que más se enferman son aquellos que cuentan con piso de cemento, y la incidencia de las enfermedades la ocupan en primer lugar las infecciones respiratorias y diarreas con 21 casos.

No se quiere decir con esto que al mejorar las condiciones de la vivienda se incrementen los problemas de salud, al menos en esta investigación se pudo detectar que se debe a factores como la mala higiene y la promiscuidad en ciertas casas con animales.

Además si se observa el cuadro 22, tenemos que el material de construcción de las casas es el idóneo de acuerdo a las características de la zona., al menos en un 90%.

Los problemas de salud también son originados por los cambios tan drásticos en el clima.

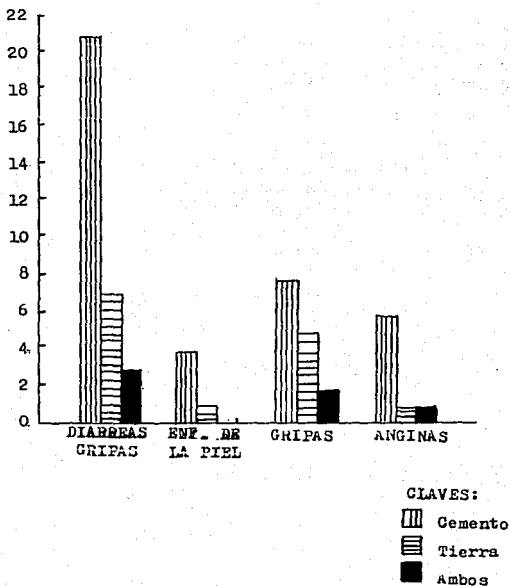
CUADRO NO. 21

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN EL NIÑO EN RELACION
 CON EL MATERIAL DEL SUELO DE LA CASA
 MODULO CHILGUAUTLA HGO. 1993

ENFERMEDADES LAS FRECUENTES	MATERIAL DEL SUELO DE LA CASA						T O T A L	
	CEMENTO		TIERRA		ALBOS		FO.	%
	FO.	%	FO.	%	FO.	%		
DIARREAS Y GRIPAS	21	35.59	7	11.36	3	5.08	31	52.53
ENFERMEDADES DE LA PIEL	4	6.77	1	1.69	0	0	5	8.46
GRIPAS	9	13.55	5	8.47	2	3.38	15	25.4
ANGINAS	6	10.16	1	1.69	1	1.69	8	13.54
T O T A L	39	66.10	14	23.72	6	10.16	59	100.00

GRAFICA NO. 21

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN EL NIÑO EN RELACION
CON EL MATERIAL DEL SUELO DE LA CASA
MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993



FUENTE: CUADRO NO. 21

CUADRO NO. 22

MATERIAL DE CONSTRUCCION DE LAS VIVIENDAS

MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993

MATERIAL DE CONSTRUCCION	PO.	%
CONCRETO Y LADRILLOS	26	44.82
BLOCK	19	32.75
BLOCK Y LAMINAS	5	8.62
CARRISOS	7	2.06
PIEDRAS	1 (+)	1.72
T O T A L	58	100.00

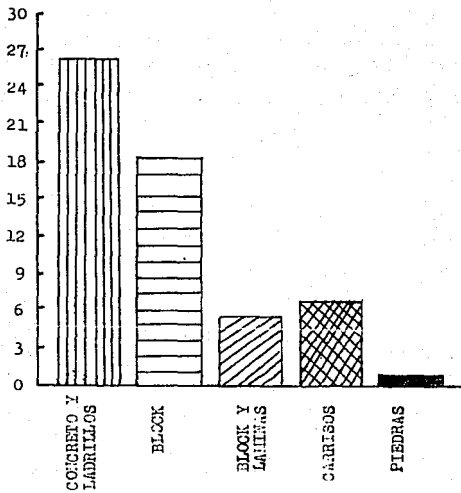
(+) Se agregan 3 centésimas para redondear al 100 %

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 22

MATERIAL DE CONSTRUCCION DE LAS VIVIENDAS

MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993



FUENTE: CUADRO NO. 22

La falta de higiene en las viviendas, aunado al número considerable de animales con que cuentan en las mismas, hacen que estos se conjunten y se presenten algunas enfermedades

Encontramos que de 58 casas, en 39 cuentan con perros, en 31 con chivos o borregos, en 20 con aves de corral y en 12 con gatos.

Uno de los problemas se encuentra en la gran cantidad de perros que existen en las comunidades, ya que en cada casa tienen como mínimo 2. Además en el módulo se han presentado casos de rabia.

También encontramos que la fauna nociva que predomina en todas las casas es la mosca, que es potencialmente contaminante.

La presencia de estas en las comunidades se debe también a la basura y a la mala eliminación de excretas. Todos estos factores condicionan los casos de diarreas y las demás enfermedades que se detectaron.

CUADRO NO. 23

ANIMALES CON LOS QUE CUENTAN EN LAS CASAS

MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993

ANIMALES	CUENTAN CON ELLOS				T O T A L	
	SI		NO		FO.	%
	FO.	%	FO.	%		
PERROS	39	67.24	19	32.75(+)	58	100.00
GATOS	13	22.41(+)	45	77.58	58	100.00
AVES DE CO- CORRAL	21	36.20(+)	37	63.79	58	100.00
CHIVOS O BORREGOS	33	56.89	25	43.10(+)	58	100.00

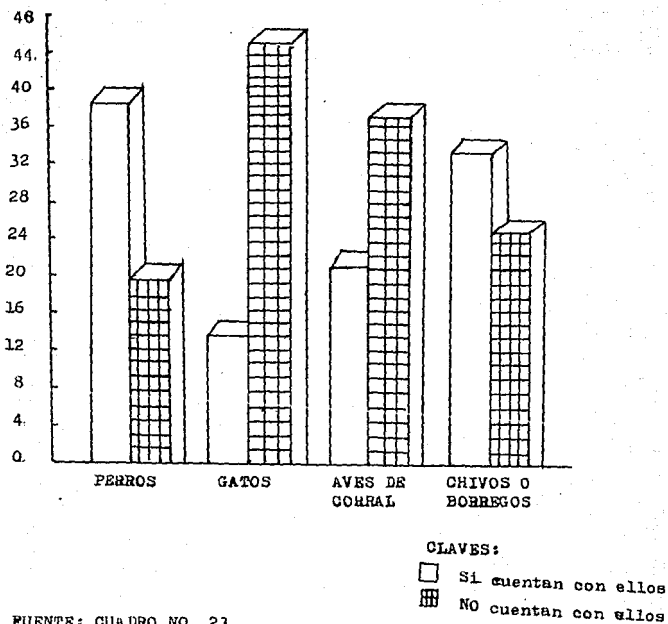
(+) Se les agrega 1 centésima para redondear al 100 %

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1.

GRAFICA NO. 23

ANIMALES CON QUE CUENTAN EN LAS CASAS

MODULO CHILGUAUTLA HGO. 1993



FUENTE: CUADRO NO. 23

CUADRO NO. 24

FAUNA NOCIVA EN LAS CASAS

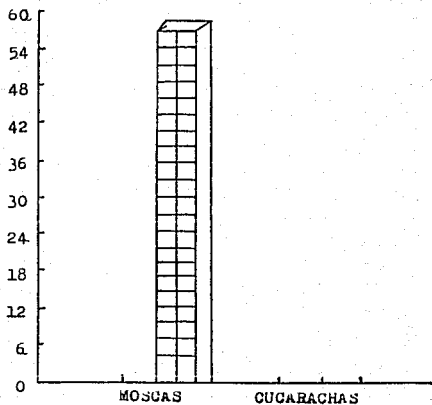
MOJULO CHILCUAUTLA HGO. 1993

FAUNA NOCIVA	SI		NO		T O T A L	
	FO.	%	FO.	%	FO.	%
MOSCAS	58	100.00	0	0	58	100.00
CUGARACHAS	0	0	0	0	0	0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO I.

GRAFICA NO. 24

FAUNA NOCIVA EN LAS CASAS
MODULO CHILCUAUTLA HGO. 1993



CLAVES:

 Si

 No

FUENTE: CUADRO NO. 24

III CONCLUSIONES

III CONCLUSIONES

Al detectar que los niños menores de un año de las comunidades del módulo Chilcuautla Hgo; presentan frecuentes enfermedades como diarreas, infecciones respiratorias entre otras y que además de esto presentan algún grado de desnutrición. Fueron los factores que originaron y motivaron a realizar esta investigación.

Antes de mencionar las conclusiones a las que se llegaron cabe replantear el problema, que fue el siguiente:

¿ Cuales son los factores que predisponen casos de morbilidad en niños menores de un año, de las comunidades del módulo Chilcuautla, en el estado de Hidalgo ?

Para lo cual se plantearon los siguientes objetivos:

- Identificar cuales son los factores que condicionan los casos de morbilidad en niños menores de un año de las comunidades del Módulo Chilcuautla, Hgo.
- Identificar cuales son los factores que condicionan los casos de morbilidad, con la finalidad de encontrar alternativas que den solución a este problema.

Una vez hecho el análisis de la información, se llegaron a las siguientes conclusiones.

De los 8 niños que presentaron algún problema de salud al nacer, tenemos que en relación a la paridad 4 señoras contaban con una paridad menor de tres y las 3 restantes una paridad mayor de tres. Si se recuerda son 8 niños debido a que hubo un parto gemelar.

En cuanto a la edad de las señoras que informaron que su hijo presento algún problema de salud 2 tienen de 19 a 22 años, 2 de 23 a 26, 2 de 27 a 30 y solamente 1 era mayor de 35 años.

Los intervalos intergenésicos fueron: 3 con un periodo de 1 año y 4 con periodo de más de 1 año.

Al analizar todos estos datos podemos darnos cuenta de que aparentemente presentaron más problemas de salud aquellas señoras que no se encontraban en el rubro de factores de riesgo (periodo intergenésico menor de un año). Pero en esta investigación se apresió que más que nada se debe a la conjunción de todos estos factores como: paridad amplia o intervalos intergenésicos cortos lo que condiciona que el organismo de las señoras no se recupere en su totalidad antes de volverse a embarazar; además cuenta mucho el estado de salud de las madres.

El control prenatal es un servicio que nos permite detectar factores que pudieran complicar el embarazo o dificultar el parto, aunque no siempre ocurre así. De las 5 señoras que llevaron control prenatal, todas reportaron que sus hijos presentaron algún problema de salud al nacer y las 2 señoras que no acudieron a este servicio reportaron lo mismo.

Ahora en cuanto a planificación familiar tenemos que solamente 3 señoras reportaron que sus hijos presentaron algún problema de salud; al hacer la averiguación se determinó que el uso de métodos no fueron los que originaron tal situación. Los métodos que estaban utilizando las señoras fueron: hormonal inyectable, DIU y salpingoclasia.

La adicción que se encontró fue la de alcoholismo, lo raro en este apartado es que se podría esperar que los hijos de estas 10 señoras presentaran algún problema de salud, cosa que al menos en esta investigación no ocurrió.

Los problemas al nacimiento que se presentaron fueron: 4 niños que nacieron antes de tiempo (prematuros) y además con peso menor de 2.500 kg, 1 con desnutrición en útero y 2 con peso mayor de 4.000 kg.

En cuanto a desnutrición y alimentación al seno materno se detectó que de los 16 niños de un total de 59, sola -

mente 1 no recibe alimentación al seno materno. Esto que se observó se debe a que hasta edades ya no recomendables (mas del año) se les sigue dando esta alimentación. Aunque a que si nos damos cuenta, solamente 30 niños inician la ablactación en la edad recomendable; además encontramos deficiencias en las técnicas de ablactación y a que la cantidad y frecuencia con que se les dan los alimentos no es la más conveniente. La dieta de estos niños esta integrada básicamente por carbohidratos y en menor proporción por proteínas y vitaminas.

En cuanto a vacunación tenemos que solamente 12 niños no cuentan con todas sus vacunas; pero en los 47 niños que restan encontramos que la periodicidad de algunas vacunas no es la correcta, en específico la de DPT. En cuanto a la relación de presentar las enfermedades y contar con sus vacunas no existe diferenciación importante, al estar o no vacunados los niños enferman en igual porcentaje.

Las enfermedades que predominaron en este grupo de estudio fueron : infecciones respiratorias y diarreas con 46 y 31 casos respectivamente.

Ahora bien en cuanto a servicios publicos y relación con frecuencia de enfermedades tenemos que aquellos niños que mas se enferman son: 35 niños que cuentan con fosa séptica, 46 niños que eliminan la basura quemandola, 20 niños que cuentan con agua fuera de su casa y 39 que en su vivienda cuentan con suelo de cemento.

En todos estos casos las enfermedades predominantes fueron infecciones respiratorias y diarreas.

Los factores que originan la aparición de estos problemas fueron: mala construcción de fosas sépticas, fácil contaminación del agua y en general mala higiene y promiscuidad con animales.

En relación con fauna nociva tenemos que en las 58 casas predominan las moscas, en 39 de las casas es sobresaliente que el número de perros con que cuentan es grande; siendo este un problema grave de salud pública debido a que en el Modulo se han presentado casos de rabia.

Todos los factores que se han mencionado son condicionantes de varias afecciones y en consecuencia de que este la tente el riesgo de que muera el niño menor de un año.

Y si recordamos que nuestra hipótesis es:

A mayor cantidad de factores de riesgo, mayores probabilidades de que se presenten casos de morbilidad en niños me nores de un año.

Podremos decir que la hipótesis se pudo comprobar en un 100 %.

Ante esto es importante recordar que si esta población in fantil es el futuro, se deben mejorar las condiciones de su entorno para brindarle un panorama que le de más oportu

nidades de sobrevivir; pero en las mejores condiciones que sean posibles.

Tarea que no es nada fácil y cuyos logros se podrían apreciar a largo tiempo, pero no por esto se tiene uno que de sanimar.

IV SUGERENCIAS

IV SUGERENCIAS

Una vez realizadas las conclusiones se llegaron a las siguientes sugerencias o alternativas de solución:

1. Es importante que las supervisoras de auxiliares de salud reciban capacitación continua de todos los programas que conforman la EEC, esta capacitación debe abarcar desde como se realizan las tareas más sencillas; hasta las más complicadas. Teniendo como finalidad esto, que ellas puedan brindar una mejor atención en sus comunidades y capaciten correctamente a las auxiliares de salud.
2. Motivar a las supervisoras a que realicen sus actividades correctamente, brindándoles incentivos como: oportunidades para seguir estudiando (becas) y pagándoles sus gastos de camino lo más oportuno que se pueda.
3. Que las auxiliares de salud sigan recibiendo capacitación continua, para lograr una mayor aceptación en sus comunidades. Y con esto se puedan trabajar fundamentalmente acciones de primer nivel de atención.
4. Que el personal de módulo, realice intensivamente la captación y reconquista de usuarias de planificación familiar que se encuentren en edad reproductiva, con

el propósito de que los intervalos intergenésicos sean mas espaciados y permitan que el estado de salud de la mujer sea el más óptimo posible antes de un nuevo embarazo.

5. Que el control prenatal sea un servicio que se les de a las señoras desde el inicio de su embarazo y que tenga un seguimiento adecuado del mismo, ya que se apresió que ni el médico, ni la supervisora de auxiliares de salud lo realiza. Y si recordamos el realizarlo disminuye los factores de riesgo de morbilidad maternoinfantil al identificar tempranamente las complicaciones y controlarlos.
6. Que las comunidades se integren al programa de nutrición que existe en la jurisdicción. Ya que como se detectó, la desnutrición es un problema muy grave en estos niños, ya que aunque algunos estan dentro de la categoría sin desnutrición, se encuentran en los límites para pasar a desnutrición leve.
7. que haya verdaderamente una difusión a las madres de familia, para que sepan que hacer en caso de infecciones respiratorias o diarreas, que no sea una mera tarea cuantitativa del personal lo que importe si no que sea una actividad que verdaderamente se enfoque a detectar, canalizar y dar tratamiento oportuno.

3. que el esquema de vacunación de los niños se verifique en cuanto a la adecuada aplicación de las vacunas (periodicidad), ya que es más importante proteger al niño contra enfermedades que se pueden prevenir, que el reportar esquemas completos cuando en verdad no es así. Es preferible recomenzar esquemas que el reportar datos para cubrir metas.

V A N E X O S



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO

OBJETIVO:

Establecer cuales son los factores que influyen para la mortalidad infantil de los niños menores de un año.

INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente las preguntas que a continuación se mencionan y marque con una X la respuesta (s) que usted considere pertinentes. La información que se recabe será confidencial.

Agradecemos de antemano su valiosa cooperación al contestar este cuestionario.

PARA LAS MADRES

DATOS GENERALES:

Nombre _____

Edad _____

Domicilio _____

1. Durante su embarazo llevo un control médico, si fue si en que mes fue.

Si _____ No _____

2. En caso de no haber llevado un control médico, cual fue el motivo.

No lo considera importante _____

El servicio médico esta muy retirado _____

Otros, ¿cual? _____

3. Padece alguna de estas enfermedades.

Presión alta _____ Problemas de tiroides _____

Diabetes _____ Otros, ¿cual? _____

4. Antecedentes gineco-obstetricos.

G _____ P _____ A _____ C _____

5. Para embarazarse nuevamente, que tiempo espera.

Menos de 1 año _____ Un año _____

Más de 1 año _____

6. Actualmente esta utilizando algún método de planificación familiar, en caso de ser si, ¿cual fue?

Si _____ No _____

Pastillas _____ Inyección _____ D.I.U _____

Preservativo _____ Salpingoclasia _____

7. Fuma usted, de ser afirmativo cuantos cigarros al día.

Si _____ No _____

1 a 3 _____ 4 a 6 _____ 7 a 9 _____ Más de 10 _____

8. Durante su embarazo tomo alguna de estas bebidas con frecuencia.

Fulque _____ Aguardiente _____ Vino _____

9. Para la eliminación de excretas cuenta con.
Drenaje _____ Fosa septica _____
Al ras de suelo _____
10. El material con que esta construida su casa es.
Ladrillos _____ Carrisos _____
Otros, ¿cual? _____
11. El material del suelo de su casa es.
Cemento _____ De tierra _____ Ambos _____
12. La disposición de agua es mediante.
Agua dentro de la casa _____
Agua fuera de la casa _____
Una sola llave para toda la comunidad _____
13. Como eliminan su basura.
La tira en cualquier lugar _____
La queman _____
La entierran _____
14. En su casa cuenta con.
Perros _____ Gatos _____ Aves de corral _____
Chivos o borregos _____
15. Fauna nociva como.
Moscas _____ Cucarachas _____
Otros, ¿cuales? _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

C U E S T I O N A R I O

OBJETIVO:

Establecer cuales son los factores que influyen para la mortalidad infantil de los niños menores de un año.

PARA LOS NIÑOS

DATOS GENERALES:

Nombre _____

Edad _____

Domicilio _____

1. Al nacer presento el niño algún problema de salud.

Si _____ No _____

2. En caso de haber contestado que si, ¿cual fue?.

Nacio antes de tiempo _____ Con peso bajo _____

Alguna malformación _____ Otras, ¿cual? _____

3. Recibio sus vacunas de B. C. G. y SABIN al nacer.

Si _____ No _____

4. Cual fue su peso y talla al nacer y actualmente.
- | | | |
|-------------|------------|-------------|
| Al nacer | Peso _____ | Talla _____ |
| Actualmente | Peso _____ | Talla _____ |
5. Le da pecho a su niño. Si _____ No _____
6. A que edad empezo a darle otro tipo de alimentos.
- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 2 a 4 meses _____ | 5 a 7 meses _____ |
| 8 a 10 meses _____ | Después del año _____ |
7. Que tipo de alimentos le da y con que frecuencia.
- | | | |
|----------------|----------------|-----------------------|
| Sopa _____ | Frijoles _____ | Caldos de carne _____ |
| Verduras _____ | Frutas _____ | |
8. Cuando su niño se enferma acude a.
- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| Remedios caseros _____ | Auxiliar de salud _____ | |
| Curandero _____ | Médico _____ | Automedicación _____ |
9. Que enfermedades padace con mayor frecuencia su niño.
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------|---------------|
| Diarreas _____ | Gripas _____ | Anginas _____ |
| Enfermedades de la piel _____ | Otras, ¿cuales? _____ | |
10. Sabe preparar el suero oral, si es si, ¿para que sirve?
- Si _____ No _____
- Para que sirve _____
11. Cuando necesita sobres de suero los consigue facilmente
- Si _____ No _____
12. En caso de haber contestado no ¿por qué?
- | | |
|----------------------------|---------------------|
| La auxiliar no tiene _____ | No se los dan _____ |
| Otros, ¿cual? _____ | |

13. Tiene todas las vacunas su niño.

Si _____ No _____

14. En caso de ser no, ¿por qué?.

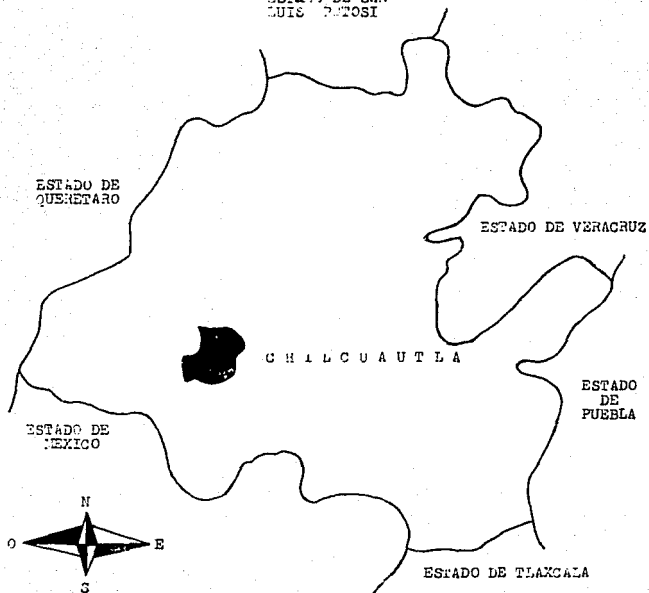
No lo lleva a vacunar _____

El niño estaba enfermo _____

Cuando lo lleva a vacunar no hay vacuna _____

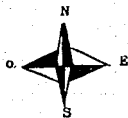
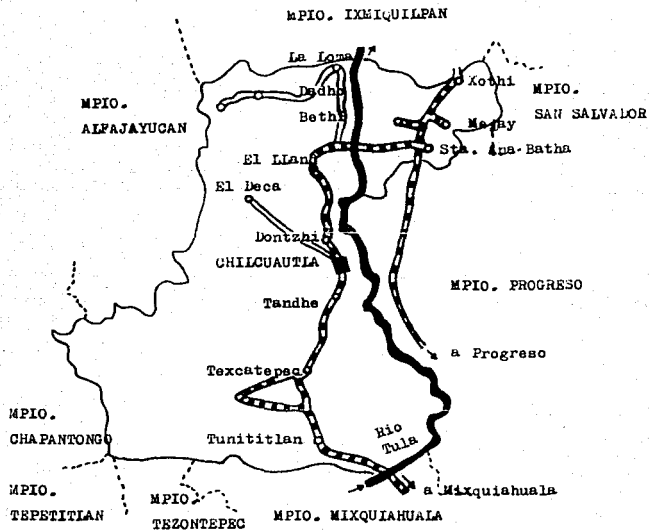
UBICACION DEL MODULO

ESTADO DE SAN
LUIS POTOSI






FUENTE: Jurisdicción Sanitaria IV Amiquilpan, Hidalgo.

CRÓQUIS DEL MÓDULO CHILCUAUTLA, HGO.



SIMBOLOGIA

-  Carretera asfaltada
-  Camino de terracería
-  Río Tula

PROGRAMA DE NUTRICION Y SALUD

PESO PARA LA EDAD EN NIÑAS DE 0 A 4 AÑOS

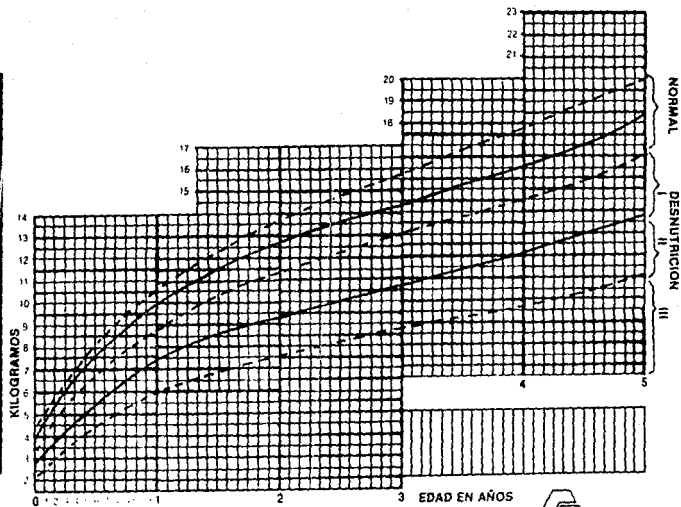
LOCALIDAD: _____

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

PESO AL NACER: _____

TALLA AL NACER: _____



FECHA DE MEDICION

FUENTE: ARCHIVO DE INVESTIGACION MEDICA
SOMATOMETRIA PEDIATRICA RAMUS GALVAN 1975



DIRECCION GENERAL DE SALUD
MATERNO INFANTIL

PROGRAMA DE NUTRICION Y SALUD

PESO PARA LA EDAD EN NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS

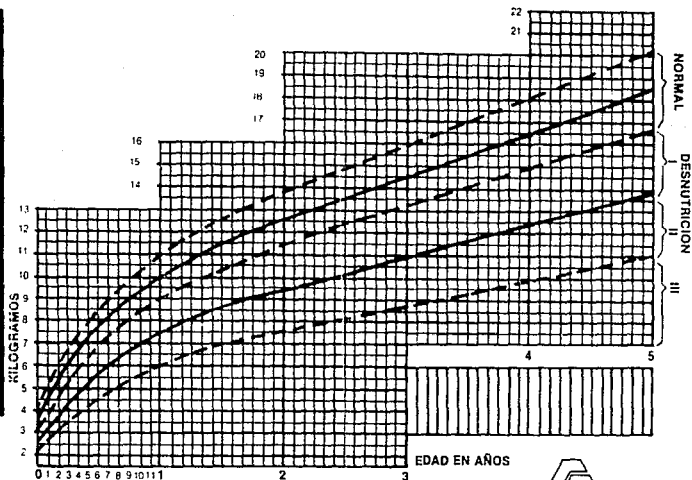
LOCALIDAD: _____

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

PESO AL NACER: _____

TALLA AL NACER: _____



FECHA DE MEDICION


 DIRECCION GENERAL DE SALUD
 MATERNO INFANTIL

FUENTE: ARCHIVO DE INVESTIGACION MEDICA
 SOMATOMETRIA PEDIATRICA RAMOS GALVAN 1975

VI BIBLIOGRAFIA

1. Análisis de las actividades desarrolladas en la estrategia de extensión de cobertura.
Secretaría de Salud.
Enero-Junio 1991, México D. F; 31 p.p.

2. Baena Paz Guillermina.
Instrumentos de Investigación.
Ed. Editores Mexicanos Unidos S. A. de C. V.
México 1984, 134 p.p.

3. Balseiro Almari Lasty.
Investigación en Enfermería.
Ed. Librería Acuario S. A. de C. V.
México 1991, 225 p.p.

4. Diccionario Médico.
Ed. Salvat Editores, S. A.; 2a. ed.
México 1988, 632 p.p.

5. Gaceta Médica de México.
Academia Nacional de Medicina.
Vol. 126, No. 6 noviembre-diciembre 1990.
México D.F; 563 p.p.

6. González Carbajal Eleuterio
Diagnóstico de la Salud en México.
Ed. Trillas, S. A. de C. V.
México 1988, 113 p.p.

7. Manual de Normas para el Tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas en los niños.
Secretaría de Salud.
México 1991, 40 p.p.

8. Mondragón Castro Hector
Obstetricia Básica Ilustrada.
Ed. Trillas, 4a. ed.
México 1991, 822 p.p.

9. Olds Sally B.
Enfermería Maternoinfantil.
Ed. Interamericana, S. A. de C. V.
México 1987, 1283 p.p.

10. Para la Vida.
Dirección General de Fomento de la Salud de la Secretaría de Salud.
México D. F.; 1990, 105 p.p.

11. Polit Denise F.

Investigación Científica en Ciencias de la Salud.

Ed. Interamericana, 3a ed.

México D. F; 1991, 563 p.p.

12. Programa Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas.

Secretaría de Salud.

México D. F; 1990, 42 p.p.

13. Rossall de la Lama Guillermo

Orientación programática municipal 1985-1987 Chilcuautla Hidalgo.

Comite de Planeación para el desarrollo del estado de Hidalgo. COPLADEHI, 16 p.p.

14. Tamayo, Tamayo Mario.

El Proceso de la Investigación Científica.

Ed. Limusa, 2a. ed.

México 1980, 161 p.p.

15. UNAM, Facultas de Medicina.

Guia de estudios para la prevención de los defectos al nacimiento.

Talleres gráficos de la facultad de medicina UNAM.

México 1989, 85 p.p.