



11237
182
2oj.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
SECRETARIA DE SALUD

INFLUENCIA DE LA PARTICIPACION INTER-
DISCIPLINARIA : DEL MEDICO, ENFERMERA,
DIETISTA Y TRABAJADORA SOCIAL EN
PACIENTES CON DESNUTRICION Y DIARREA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN
LA ESPECIALIDAD DE:
PEDIATRIA MEDICA
P R E S E N T A :
DR. JESUS I. SOLIS GOMEZ

ASESOR : DR. ERNESTO ESCOBEDO CHAVEZ



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1992



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

	Pag.
I.- INTRODUCCION.....	1
II.- MATERIAL Y METODOS	2
III.- RESULTADOS	13
IV.- DISCUSION	16
V.- GRAFICAS	19
VI.- CUADROS.....	22
VII.- ANEXOS	25
VIII.- BIBLIOGRAFIA	83

INTRODUCCION:

La desnutrición no comienza con el nacimiento, sólo se reproduce un problema ya existente, es decir la desnutrición es de carácter crónico y transgeneracional. En este sentido se debe buscar su origen y explicación no en época reciente, sino en el devenir del proceso histórico. En México la mayoría de la población desconoce cómo surge dicho problema social, ya que la desnutrición afecta a cualquier individuo, presentándose con más frecuencia en el infante por encontrarse en crecimiento. (1,2)

Existen diferentes definiciones de desnutrición y entre las más utilizadas en nuestro medio, se encuentran la del Dr. Ramos Galván (3) que la define como " Un estado patológico inespecífico, sistemático y potencialmente reversible, que se origina como resultado de la deficiente utilización por las células del organismo de los nutrientes esenciales y que se acompaña de variadas manifestaciones clínicas de acuerdo a factores ecológicos y reviste diversos grados de intensidad". Para el Dr. Federico Gómez (4) se trata de " Una condición patológica de diversos grados y severidad con diversas manifestaciones clínicas que resultan de la deficiencia absoluta o relativa de uno o más de los siguientes componentes: proteínas, hidratos de carbono y grasas ". Por último la Organización Mundial de la Salud (OMS y FAO) en 1973 la definen como: " Una amplia gama de condiciones patológicas que provienen de la falta en diversa proporción, de proteínas y calorías, comunmente asociadas con infecciones. (5)

La desnutrición se presenta como una de las razones más importantes para que prevalezcan las enfermedades infecciosas, ya que se ha observado desde hace muchos años una franca interrelación entre ésta y la incidencia de padecimientos infecto-contagiosos (6,7,8).

Hasta épocas recientes se ha demostrado que la asociación entre ambas se ve favorecido de manera principal, con una disminución moderada de inmunoglobulinas, especialmente las secretorias y por una deficiencia de inmunidad celular (8,9). Esta mayor susceptibilidad a las enfermedades en los niños desnutridos, establece un círculo vicioso, ya que la diarrea a su vez condiciona un mayor grado de desnutrición (10), situación que se observa con más frecuencia en los países en vías de desarrollo.

Las enfermedades diarreicas establecen un efecto adverso sobre el crecimiento de los niños, ya que disminuye la absorción de nutrientes y provocan con ello desnutrición (11).

Se reportan aproximadamente 750 millones de niños menores de 5 años que enferman de diarrea infecciosa aguda cada año en América Latina, Asia y Africa (12); en la República Mexicana es la patología que ocupó el segundo lugar en morbilidad con 3,264,419 casos notificados durante 1985, con una prevalencia lápsica de 16.3% en los niños menores de 5 años y un promedio de 4.9 episodios diarreicos por año, siendo por ello una de las principales causas de hospitalización en las Unidades de Salud de nuestro País (13). Las carencias materiales de la comunidad y de la casa, la falta

de una estructura adecuada de servicios de salud, además de la ignorancia de la población, hacen que tanto la desnutrición como las enfermedades diarreicas sean la causa más importante de morbilidad en nuestro País (14).

La FAO indicó que la escasez de agua potable, la falta de higiene, la carencia de servicios sanitarios y la deficiencia de educación médico-sanitaria, hacen que un niño de las comunidades de los países en vías de desarrollo sufra entre 6 y 17 episodios de diarrea en un año, lo cual deteriora gravemente su salud (15).

La etiología de la diarrea aguda es principalmente de tipo infecciosa, aunque se encuentra estrechamente relacionada con el estado nutricional y el nivel socioeconómico de la población. Es así, que en un estudio reciente realizado por Guiscafré y col. (16), en dos clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social en área urbana, se encontraron como gérmenes más frecuentes; *E. coli* enterotoxigénica (13.9%), *Shigella* sp (12.3%), *E. coli* enteropatógena (8.9%), Rotavirus (7.0%), *Salmonella* sp (5.5%), *E. histolytica* (1.1%) y no identificados en 40.18%; resultados que contrastan con el estudio de campo realizado por el Dr. Ruiz Palacios (17) de 1983 a 1986, donde reporta que el germen más frecuente aislado fue el *Campylobacter jejuni*, seguido de *E. coli* y *Shigella*; llama la atención en ambos estudios la baja frecuencia del aislamiento de virus, en comparación con los estudios realizados en el extranjero (18).

Por todo lo anterior queda claro que existe una relación estrecha entre el nivel socioeconómico de la población y las enfermedades diarreicas y de éstas a su vez con desnutrición, condicionando por lo tanto una mayor susceptibilidad a infecciones, que desde luego contribuyen nuevamente a cerrar el círculo de diarrea-desnutrición.

MARCO TEORICO

Los primeros estudios y encuestas tendientes a conocer la situación nutricional en México fueron realizadas en los años 40, cuando el Instituto Nacional de la Nutrición con la cooperación de las Naciones Unidas, por medio de sus organismos especializados OMF y UNICEF, iniciaron una exploración sistemática de problemas de la alimentación y el estado nutricional de la población.

En el año de 1967 en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional (IMSS) se establece por los Doctores Larracilla y Juárez, la orientación nutricional a las madres de los infantes, con el objeto de disminuir los índices de morbi-mortalidad, ocasionados por la desnutrición y padecimientos gastrointestinales en la población infantil que es la más vulnerable. En el año de 1977 dentro del mismo hospital, se creó la sala de Rehabilitación Nutricional (Sala de Día), teniendo como objetivo principal el adiestrar en aspectos higiénico-dietéticos al familiar que cuida al niño desnutrido mediante reuniones teóricas-prácticas (19).

Con el fin de estudiar los patrones de prescripción terapéutica utilizados por médicos en el área rural mexicana, Gonzalo Gutiérrez y col. (20), analizaron los tratamientos prescritos en 4,465 episodios de diarrea infecciosa aguda durante el periodo de un año, en 2,359 familias residentes de localidades rurales y semirurales distribuidas en todo el país. Concluyendo que la administración de antibióticos fué excesiva y por ello proponen un esquema de manejo en los niños con diarrea aguda, partiendo de la presencia de evacuaciones con o sin sangre y si se cuenta o no con el apoyo del laboratorio (anexo 1).

El estado nutricional de los pacientes estudiados también fué evaluado y se encontró que el 50.83% de ellos cursaba con algún grado de desnutrición, siendo más frecuentemente el de 2o. grado (44.4%), hallazgo que apoya el círculo vicioso que se plantea con el presente trabajo y que se pretende romper con la participación de un equipo multidisciplinario.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es útil la integración de un equipo multidisciplinario en salud para modificar el conocimiento sanitario de los familiares de niños desnutridos con diarrea, a fin de mejorar el estado nutricional de la familia, y como consecuencia, disminuir la frecuencia de diarrea ?.

JUSTIFICACION

Tomando en cuenta que la principal causa de desnutrición en México son los procesos infecciosos a nivel enteral y que éstos son la primera causa de hospitalización en niños de un mes a 6 años de edad, se hace necesario buscar que nuestra intervención mediante un equipo multidisciplinario, sea preventiva y no sólo curativa como se hace hasta el momento. Dicha intervención estará encaminada a tratar de romper el círculo vicioso en que caen la mayoría de los pacientes con diarrea-desnutrición-diarrea.

Por lo anterior hemos decidido evaluar la influencia que puede tener la participación del equipo de salud propuesto para mejorar el conocimiento de los padres de pacientes con desnutrición y diarrea sobre nutrimentos, enfermedades enterales y prevención de las mismas, ya que de lograr el objetivo planteado, se podrán evaluar los resultados a largo plazo, con el consiguiente beneficio familiar, con lo que se pretende mejorar el estado nutricional de sus integrantes y disminuir la presencia de cuadros diarreicos que pudieran afectarlos.

HIPOTESIS

Si la falta de educación sanitaria condiciona desnutrición y ésta favorece la diarrea, entonces al integrar un equipo multidisciplinario de salud encaminado a modificar el conocimiento de la familia sobre nutrición, se logrará corregir y/o evitar la desnutrición y con ello la frecuencia de diarrea.

OBJETIVO

Demostrar la utilidad de un equipo multidisciplinario de salud para modificar el conocimiento sanitario de los familiares de los niños con diarrea, a fin de mejorar el estado nutricional de la familia y como consecuencia disminuir la frecuencia de diarrea.

DISEÑO

Se trata de una investigación de tipo educativa en servicios de salud: prospectivo, longitudinal, comparativo, abierto y experimental.

MATERIAL Y METODOS

UNIVERSO DE ESTUDIO: Pacientes desnutridos con diarrea internados en la sala de Pediatría Médica del Hospital General Dr. Manuel Gea González y sus respectivas familias.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: 50 pacientes con desnutrición y diarrea que serán manejados bajo los mismo criterios médicos. Los familiares de los pacientes ingresaron al estudio en forma independiente por tipo de familia en 2 grupos.

- Grupo A (Experimental): 25 familias que recibieron la influencia del equipo multidisciplinario.
- Grupo B (Control): 25 familias que no recibieron la influencia de dicho equipo.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1) Niños de un mes a 2 años de edad, independientemente del sexo.
- 2) Desnutrición aguda de cualquier grado valorada por una relación peso/edad alterada.
- 3) Cuadro diarreico agudo
- 4) Participación voluntaria del padre o tutor.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1) Malformación congénita del tubo digestivo o del tubo neural.
- 2) Cromosomopatías y/o enfermedades genéticas.
- 3) Secuelas neurológicas
- 4) Complicaciones quirúrgicas que impiden la alimentación enteral
- 5) Ausencia de la madre o tutor durante la hospitalización del paciente

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1) Abandono del tratamiento
- 2) No acudir a dos consultas programadas en forma consecutiva
- 3) Fallecimiento durante el estudio

PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION

-VALORACION INICIAL

Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión-exclusión se ingresaron al piso de Pediatría Médica, donde el residente de primer año elaboró la historia clínica completa y en forma conjunta con el Dr. Jesús Solís interrogaron nuevamente al familiar, haciendo hincapié en los antecedentes natales,

Ablactación, destete, alimentación actual, inmunizaciones, desarrollo psicomotriz, características de la vivienda y antecedentes personales patológicos. A la llegada de los pacientes y durante los días subsiguientes, se pesó a los pacientes siempre en la misma báscula y se practicó una exploración física completa, anotando dichos datos en una hoja previamente diseñada para ello. (Anexo 2). El manejo de los niños que ingresaron al estudio se realizó siempre bajo los criterios habituales para este tipo de pacientes (21).

El ingreso de los familiares al estudio se hizo en forma alterna y progresiva, quedando los niños en grupo A (experimental) y los padres en el grupo B (control), buscando que dichas familias fueran pareadas en cuanto a las características de la familia como son: grado de escolaridad, lugar de residencia, características de la vivienda, ingreso económico y número de integrantes. Una vez dentro del estudio a los familiares del grupo A se les practicó un cuestionario de preevaluación (anexo 3), en el aula del servicio de pediatría donde fueron impartidas las pláticas durante una hora diaria de lunes a viernes, con el temario siguiente.

LUNES: Higiene personal (Enfermería), (Anexo 4).

MARTES: Higiene de la vivienda y economía doméstica (Trabajadora Social), (Anexo 5).

MIÉRCOLES: Nutrición Materno-infantil (Dietología), (Anexo 6).

JUEVES: Orientación nutricional a la familia (Dietología), (Anexo 7).

VIERNES: Diarrea e Hidratación oral (Médico), (Anexo 8).

Toda la actividad durante la semana de pláticas, se vio reforzada por la entrega de un folleto sobre diarrea-hidratación oral a los padres que desde luego hubieran ingresado al grupo A (anexo 9) ; en el que se contemplaron los aspectos más relevantes sobre el tema, buscando fundamentalmente incrementar el grado de conocimiento del familiar y con ello favorecer un cambio o adecuación en su comportamiento, en relación a higiene, nutrición, prevención y manejo de cuadros diarreicos.

Al terminar las pláticas del día viernes se practicó nuevamente el mismo cuestionario; que fue denominado postevaluación y que sirvió para determinar el porcentaje de aprovechamiento de las sesiones. Todas las familias de este grupo experimental recibieron las 5 pláticas mencionadas. El folleto que fue utilizado como apoyo a las pláticas fue elaborado por el grupo de trabajo en forma específica para la investigación, de igual forma que los rotafolios y diapositivas utilizadas en las sesiones.

De manera concomitante se practicó una evaluación entre madres que acudieron a la consulta externa de pediatría y que componen el grupo C, con la finalidad de determinar la utilidad del folleto como un instrumento modificador de conocimiento y conducta. El procedimiento en este particular fue semejante al empleado en el grupo A, con la diferencia de que no recibieron asesoría o plática alguna, solamente el folleto descrito.

En forma conjunta y mientras el paciente se encontraba hospitalizado,

La trabajadora social realizó la primera visita domiciliaria independientemente del grupo al que perteneciera la familia; anotando en una hoja previamente diseñada para ello (anexo 10), la dirección, grado de urbanización, disposición de agua potable, luz, drenaje, No. de personas que habitan en la misma vivienda, y posesión o no de refrigerador.

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

Se citó a todos los pacientes que hubieran ingresado al estudio a la consulta externa del servicio, con una periodicidad de 2 meses y durante el año que siguió a la hospitalización, con la finalidad de evaluar su estado nutricional y determinar la frecuencia de cuadros infecciosos, anotando los datos en una hoja previamente diseñada para ello (anexo 11). La trabajadora social realizó la 2a. visita domiciliaria un año después de la primera, independientemente del grupo al que perteneciera, detectando y anotando las modificaciones realizadas en la vivienda e interrogando sobre la frecuencia de enfermedades diarreicas.

Las funciones de cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario se especifican en el anexo 12.

PARAMETROS DE EMDCION

- 1.- Cuestionario pre y postintervención. (Porcentaje de aciertos).
- 2.- Número de cuadros diarreicos en el paciente y sus familiares.
- 3.- Estado nutricional, evaluado de acuerdo a la clasificación,

del Dr. Gómez (23):

I Grado: Déficit de peso del 10 al 24%

II Grado: Déficit de peso de 25 al 40%

III Grado: Déficit mayor del 40%

4.- Modificación en el ámbito familiar, vivienda, alimentación y distribución del gasto familiar.

1.- Hubo cambios favorables

0.- No hubo cambios

CRONOGRAMA

- 1.- Revisión bibliográfica: Mayo a Julio de 1989
- 2.- Elaboración de protocolo y diseño de instrumentos: Agosto de 1989 a Febrero de 1990
- 3.- Impartición de las pláticas a los familiares del grupo A : De Marzo a Septiembre de 1990. Evaluación del grupo B, durante el mismo periodo de tiempo.
- 4.- Seguimiento de los pacientes y sus familiares: Octubre de 1990 a Septiembre de 1991.
- 5.- Procesamiento y análisis de los datos: Octubre-Noviembre de 1991
- 6.- Elaboración del informe técnico final: Diciembre de 1991
- 7.- Divulgación de resultados: Febrero de 1992

RECURSOS

- Materiales: Diapositivas, cartelones, dibujos, folletos, básculas pediátricas, cintas métricas, proyector de transparencias y máquina de escribir.
- Económicos: Para la elaboración del folleto y compra de los

rotafolios, se utilizaron recursos de la propia institución.
-Humanos: Investigador principal, investigador responsable, trabajadora social, dietista y enfermera.

VALIDACION DE DATOS

Ho.- No existe diferencias estadísticamente significativas en relación a estado nutricional y frecuencia de los cuadros diarreicos, al comparar los hijos de ambos grupos.

Hi.- Sí existe diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, siendo mejor la nutrición y menor el número de cuadros diarreicos en los hijos del grupo experimental.

Para la validación de la hipótesis se utilizaron las pruebas de χ^2 cuadrada por proporcionalidad y t de Student, con un nivel de proporción y de significancia de 0.05.

RESULTADOS:

Se estudiaron un total de 50 familias; 25 correspondieron al grupo A y 25 al grupo B; de todas ellas fueron eliminadas 6 por no haberse presentado a sus citas o haber proporcionado una dirección falsa; de tal forma que quedaron 20 en el grupo A o de estudio y 24 en el grupo B o control. Se impartieron un total de 132 pláticas durante 26 semanas consecutivas, mismas que fueron recibidas por 135 personas, aunque sólo se pudieron evaluar 87, ya que muchas veces los pacientes eran egresados antes de concluir la semana de intervención o los padres por diferentes razones no

contestaban alguno de los dos cuestionarios. El promedio de la calificación inicial en el cuestionario fue de 40.17 +- 5.49 aciertos, en una escala de 1 a 50, contra 47.01 +- 1.66 en la evaluación postintervención; lo que traduce un incremento estadísticamente significativo (p menor de 0.01).

Con la finalidad de evaluar en forma exclusiva el folleto (anexo 9) como un instrumento modificador de conducta o de conocimientos, sin el apoyo de las pláticas a los familiares, se practi caron, 200 evaluaciones a madres que habían llevado a sus hijos a la Consulta Externa por diversas razones, encontrando una calificación inicial de 42.08 +- 4.25, contra una final de 44.56 +- 3.50 (p menor de 0.01).

Como puede apreciarse en la gráfica 1, el incremento en el número de aciertos fue mayor en el grupo con pláticas más folleto, ya que 33 familiares (37.9%) tuvieron de 0 a 4 aciertos más al final de la evaluación al compararla con la inicial, contra 150 (75%) del grupo C que sólo tuvo apoyo con el folleto (p menor de 0.001); cuando el incremento fue de 5 a 9 aciertos, hubo 24 familias (27.6%) del grupo A, contra 50 (25%) del grupo C (p = NS) y si el incremento fue de 10 a 15, hubo (34.5%) en el grupo A, contra ninguno en el grupo C (p menor de 0.001).

Las características generales de las familias de los grupos A y B se muestran en el cuadro 1, donde podemos apreciar que no hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar :

escolaridad de los padres, ingreso familiar y características de la vivienda en cuanto a disposición de agua, luz y eliminación de excretas.

Por lo que respecta a las características generales de los pacientes de ambos grupos, no se encontraron diferencias al comparar edad, peso y grado de desnutrición como puede observarse en el cuadro 2; como tampoco lo hubo al comparar la edad de ablactación y el destete, ya que fué de 3.4 y 10 meses respectivamente para el grupo A y de 3.2 y 9.4 meses para el grupo B; debiendo destacarse que en ambos grupos el 50% de las madres continuaron dando seno materno a sus hijos durante el año de estudio

En relación al seguimiento de los pacientes y sus familias durante el año de estudio, debemos mencionar que los cambios que fueron encontrados por trabajo social en las dos visitas realizadas, en relación a; vivienda, higiene y alimentación, fueron mínimas y no fundamentales.

Por lo que respecta a los niños de ambos grupos, la frecuencia de cuadros diarreicos durante el año de seguimiento no mostró diferencias significativas, ya que fueron 3.05 ± 1.26 en el grupo A y 3.330 ± 1.79 en el grupo B ($p = NS$).

La valoración del estado nutricional se muestra en el cuadro 3, donde es claro que los pacientes del grupo de estudio (A) modificaron significativamente su grado de desnutrición, ya que de 40% de

niños con desnutrición de segundo grado al inicio, se habían reducido a la mitad después del año e inclusive 3 niños ya tenían peso normal para su edad.

La comparación del estado nutricional inicial y final entre ambos grupos, se presenta en las gráficas 2 y 3 respectivamente, donde podemos observar que aunque parece ser menor el grado de desnutrición en el grupo A, al someterse los datos a la estadística no se encontraron diferencias significativas ($p = NS$).

DISCUSION:

Siendo la diarrea una de las principales causas de morbimortalidad en el grupo de lactantes y preescolares en los países en vías de desarrollo; se hace necesario buscar actividades preventivas más que curativas en este tipo de problemas. Es sobre el particular que planteamos el presente trabajo, tratando de demostrar que la participación educativa del grupo médico y paramédico redundará en beneficio de los niños y sus familias.

La intervención del grupo interdisciplinario mostró resultados favorables en el grupo de estudio, ya que el grado de conocimiento de los familiares se vió incrementado; aunque desgraciadamente dicha intervención no fué suficiente, porque las modificaciones en su patrón de vida y vivienda no fueron definitivas; lo que traduce que muy probablemente la participación debe continuarse en el domicilio del paciente, para supervisar y reforzar los

conceptos vertidos en las pláticas o en su defecto citar al paciente y familiar con una periodicidad mucho menor que la empleada por nosotros de cada dos meses, que nos permitiría evaluar el grado de avance e incluso insistir sobre la educación higiénico-dietética. Este último método fué el empleado por el Dr. Larracilla y su grupo en el año de 1967, en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional (IMSS) y más recientemente por Calva y col. (24) en el Hospital Regional del ISSSTE, en el estado de Puebla; con la diferencia entre ambos de que en el primer caso se creó una sala de día en el Hospital, donde se dejaba que el familiar preparara la comida con utensilios muy semejantes a los de su casa e incluso que la ingeriera durante su estancia en dicha sala.

Los resultados de dicha intervención fueron muy favorables (19), sobre todo si tomamos en cuenta que no solo fué desde el punto de vista práctico, sino que también se aprovechaba el tiempo para educar a la madre en relación a higiene, valor nutritivo de los alimentos y distribución del gasto familiar; a diferencia de lo realizado por el Dr. Calva en que la participación sólo fué teórica, ya que citaba a los familiares cada semana con la finalidad de entregarles la dotación de leche y aprovechaba para llevar a cabo su intervención educativa.

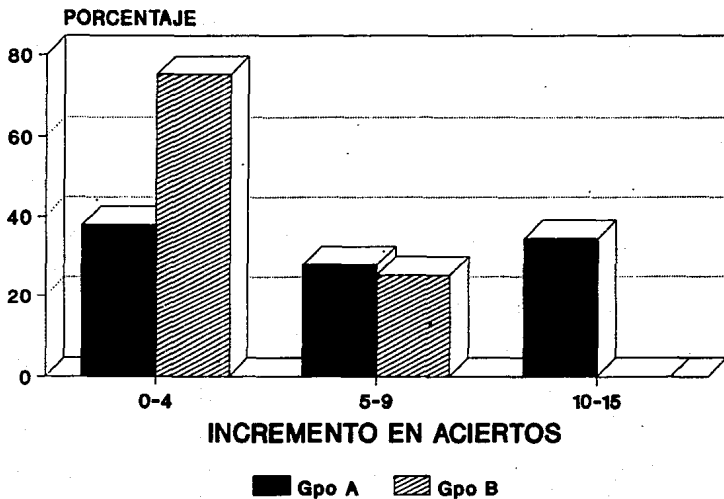
La utilidad del folleto como un instrumento modificador de conocimiento y conducta quedó demostrada en la evaluación que se realizó a las madres del grupo C, ya que las diferencias pre y post lectura del folleto también resultaron al igual que en el grupo A

estadísticamente significativas; es por ello que pensamos que este tipo de recursos debe utilizarse con mayor frecuencia.

Por lo que respecta al seguimiento, el no haber encontrado diferencias entre ambos grupos al comparar el estado nutricional y número de cuadros diarreicos de los niños durante el año de estudio, no debe desanimarnos, ya que el número de pacientes es pequeño, sin olvidar desde luego que existen otros factores como son patrones culturales, ingreso familiar, urbanización, etc. que muchas veces son poco modificables o incluso insalvables.

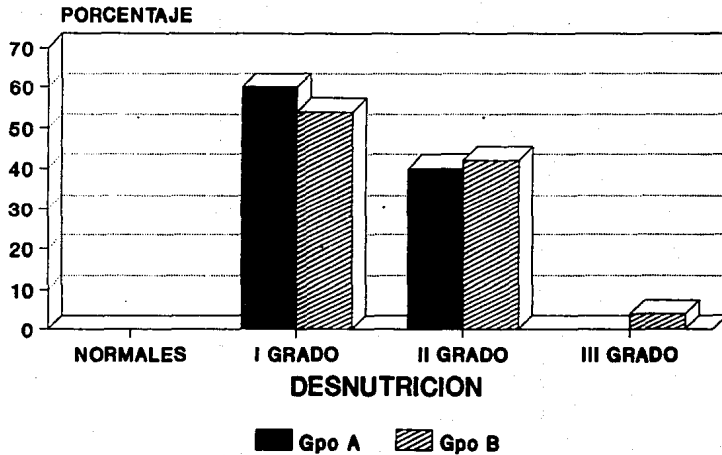
Nuestros resultados sugieren que la participación interdisciplinaria del equipo de salud es positiva y brinda beneficios al paciente y a sus familiares; debiendo realizarse este tipo de actividades educativas en forma permanente, ya que sólo así podrán demostrarse cambios definitivos.

EVALUACION DE LA INTERVENCION



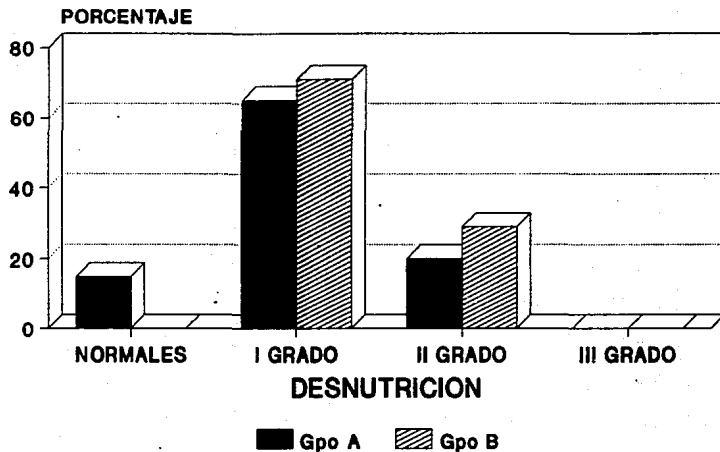
GRAFICA II

EVOLUCION DEL ESTADO NUTRICIONAL VALORACION INICIAL



GRAFICA III

EVOLUCION DEL ESTADO NUTRICIONAL VALORACION FINAL



CUADRO 1

CARACTERIZTICAS GENERALES DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES

	GRUPO A n=20	GRUPO B n=24	P*
ESCOLARIDAD			
analfabetas	1	0	NS
primaria	17	18	NS
secundaria	2	6	NS
INGRESO FAMILIAR			
- 1 salario mínimo	0	2	NS
1 salario mínimo	14	15	NS
2 salarios mínimos	6	6	NS
3 salarios mínimos	0	1	NS
DISPOSICION DE AGUA			
intubada	19	19	NS
pipa	1	5	NS
DISPOSICION DE LUZ			
si	18	25	NS
no	2	0	NS
ELIMINACION DE EXCRETAS			
fosa séptica	6	12	NS
letrina	3	2	NS
drenaje	10	8	NS
fecalismo aire libre	1	2	NS

NS = no significativo

* = prueba de chi cuadrada de proporciones

CUADRO 2

CARACTERIZTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES AL INGRESO

	GRUPO A n=20	GRUPO B n=24
EDAD (meses): NS 1	8.85 ± 7.19	8.58 ± 5.03
SEXO (masc:fem)	10:10	18:6
PESO INICIAL (Kg): NS 1	5.97 ± 1.99	5.99 ± 1.72
ESTADO NUTRICIONAL 2		
desnutrición I grado	12 (60%)	13 (54%)
desnutrición II grado	8 (40%)	10 (42%)
desnutrición III grado	0 (0%)	1 (4%)
DEFICIT DE PESO AL INGRESO 1 (%) NS	20.3 ± 5.07	22.5 ± 7.95

1 = prueba de t de Student

2 = prueba de chi cuadrada de propor

NS = no significativo

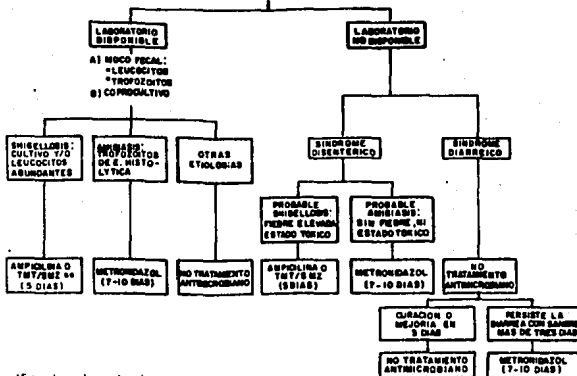
CUADRO 3

EVOLUCION DEL ESTADO NUTRICIONAL

p *	GRUPO A n=20	GRUPO B n=24
VALORACION INICIAL		
NS NORMAL	0	0
NS I grado	12 (60%)	13 (54%)
NS II grado	8 (40%)	10 (42%)
NS III grado	0	0
VALORACION FINAL		
NS NORMAL	3 (15%)	0
NS I grado	13 (65%)	17 (71%)
NS II grado	4 (20%)	7 (29%)
NS III grado	0	0

A N E X O 1

**USO CLINICO DE ANTIMICROBIANOS EN GASTROENTERITIS INFECCIOSA
DIARREA AGUDA CON SANGRE EN HECES*
(< 10% DL LOS CASOS)**



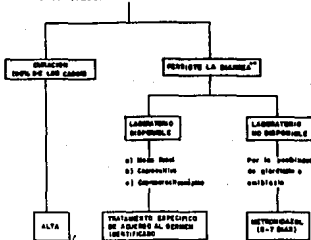
*Sin evidencia de complicación intestinal aguda u otras

**En casos graves iniciar tratamiento aun antes de contar con el coproanalisis.

“Arbol de decisiones” para el uso clinico de antimicrobianos en gastroenteritis, en el caso de diarrea aguda con sangre en heces.

**USO CLINICO DE ANTIMICROBIANOS EN GASTROENTERITIS INFECCIOSA
“DIARREA AGUDA SIN SANGRE EN HECES”
(< 10% DE LOS CASOS)**

NO PRECISA TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO
NO SON NECESARIOS EXAMENES DE LABORATORIO
DEBILES AL PACIENTE HASTA POR 10 DIAS, SIEMPRE QUE NO EXISTA
EVIDENCIA DE COMPLICACION**



*Apagar los medidas preventivas para el momento de la gastroenteritis.

**En casos de sangría clínica de iniciación de tratamiento a los 10 días, efectuar coproanalisis.

“Arbol de decisiones” para el uso clinico de antimicrobianos en gastroenteritis, en el caso de diarrea aguda sin sangre en heces.

ANEXO 2

HOJA DE CAPTACION DE LA INFORMACION

FECHA DE INGRESO A HOSPITALIZACION _____

NOMBRE _____ EDAD _____

SEXO _____ PESO AL NACER _____ PESO ACTUAL _____

ALIMENTACION AL SENO MATERNO SI () NO () DURACION _____

ABLACTACION: EDAD DE INICIO _____ DESTETE _____

TIPO DE ALIMENTOS: Carne (), Leche (), Huevo (), Verduras (), Fruta ()
Arroz (), Refrescos (), Chatarrs ()

TALLA _____ P.BRAZO _____ P.TRICIPITAL _____ D.PSICOMOTRIZ _____

CUADRO DE INMUNIZACIONES: Polio () DPT () BCG () Sarampión ()

CARACTERIZTICAS DE LA VIVIENDA:

TIPO DE CONSTRUCCION: Concreto (), Tabique (), Adobe (), Madera ()
Cartón (), Techo de lámina ()

No. DE CUARTOS _____ No. DE VENTANAS _____ AGUA POTABLE SI () NO ()

LUZ ELECTRICA SI () NO () ELIMINACION DE BASURA: Camión () Quema ()
Cielo abierto () ELIMINACION DE EXCRETAS: Drenaje (), Letrina ()
Fosa séptica (), Defeca al aire libre (). CONVIVENCIA CON ANIMALES DOMEST()

HABITOS HIGIENICOS: Baño diario (), Terciado (), Más ()

No. INTEGRANTES DE LA FAMILIA _____

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS PADRES: Analfabeta (), Sabe leer y escribir ()
Primaria (), Secundaria (), Preparatoria (), Profesional ().

INGRESO FAMILIAR MENSUAL: Menos del salario mínimo (), Salario mínimo ()
2 Salarios (). 3 Salarios ()

% Alimentación _____ % Educación _____ % Vestido _____ % Renta _____ % Diversión _____

EVOL. DE CUADRO DIARREICO _____

CARACTERIZTICAS DE LAS EVACUACIONES: No, por día _____
Líquidas (), Aguadas (), Moco (), Sangre (), Vómitos: Sí (), No ()

EXPLORACION FISICA: Fiebre (), Dist. Abdominal (), Eritema perianal ()

GRADO DE DESHIDRATACION: I (), II (), III ().

LABORATORIO: Intolerancia a azúcares _____ Cit. Moc. Fecal _____
Germen aislado _____

TX HOSPITALARIO: OMS (), Sol. Parenterales (), Antibióticos (), Otros ()

DIAS DE HOSPITALIZACION _____ DX DE EGRESO _____

CUESTIONARIO DE EVALUACION

NOMBRE _____ REGISTRO _____ MEDICO _____

No. DE PACIENTE _____ DOMICILIO _____

CONTESTE LAS SIGUIENTES ORACIONES CON SI O CON NO SEGUN CONSIDERE QUE SEAN CIERTAS O FALSAS

- 1.- La diarrea es peligrosa para mis hijos _____
- 2.- La diarrea es provocada por microbios que no veo _____
- 3.- Si mis hijos comen con las manos sucias se pueden enfermar de diarrea _____
- 4.- Si mi hijo tiene diarrea y vómito debo dejarlo en ayuno por 12 a 24 hrs para que se recupere _____
- 5.- Si mi hijo tiene diarrea debo darle leche diluida y suero hidratante _____
- 6.- Si mi hijo tiene la mollera caída debo curarlo de empacho _____
- 7.- Solo debo llevar a mi hijo con diarrea al doctor después de que haya fallado la medicina que tenía, la que me recetó mi comadre o el de la farmacia _____
- 8.- La diarrea puede provocar deshidratación en el niño _____
- 9.- A mis hijos les da diarrea por que dios asi lo quiere _____
- 10.- Los niños a los 6 meses ya puede comer todo tipo de alimento incluyendo -- pescado _____
- 11.- Para el recién nacido la leche de polvo es mejor que la leche materna _____
- 12.- Los niños deben de comer todo lo que quieran porque así comen mejor _____
- 13.- Los chocolates y dulces quitan el hambre _____
- 14.- Es mejor que los niños coman todo el día y no sólo tres veces al día _____
- 15.- Debo enseñar a mis hijos a tomar comida y aguas frescas en la calle para que se les formen defensas _____
- 16.- Es mejor el pan dulce que la tortilla _____
- 17.- Los frijoles son tan buen alimento como la carne _____
- 18.- Las vitaminas son necesarias para los niños _____
- 19.- Las verduras tienen muchas vitaminas _____
- 20.- Las moscas y cucarachas transmiten enfermedades _____
- 21.- Las verduras y hortalizas debo lavarlas con agua y desinfectarlas porque -- son regadas con agua sucia _____
- 22.- Debo comprar carne de res aunque esté más cara que la de pollo, porque es más nutritiva _____

- 23.- El vino es buen alimento _____
- 24.- El pulque puede darse a los niños ya que es tan nutritivo como la leche _____
- 25.- La mejor leche para el niño desde que nace hasta los 6 meses es la materna _____
- 26.- Siempre debo hervir el agua que tomara mi familia durante 10 a 20 min _____
- 27.- Los dientes deben lavarse después de cada alimento _____
- 28.- Los palillos sustituyen el lavado de los dientes y son excelentes para -- tener la boca limpia _____
- 29.- Cuando las uñas están sucias es bueno morderlas para quitar la mugre _____
- 30.- Los pañales deben lavarse muy bien y asearse para evitar infecciones _____
- 31.- La mujer embarazada debe evitarse bañarse _____
- 32.- Es bueno que los niños tengan las manos sucias porque se protegen de las infecciones _____
- 33.- Las manos y los trastes deben lavarse antes de preparar los alimentos _____
- 34.- Las manos deben lavarse antes y después de ir al baño _____
- 35.- Los niños deben acudir al dentista cuando menos una vez al año _____
- 36.- Es necesario que los niños se bañen diariamente _____
- 37.- Existen combinaciones como la de arroz con frijoles que pueden suplir a - la carne _____
- 38.- La combinación de lenteja con plátano es tan nutritiva como la carne _____
- 39.- Es mejor comprar a crédito porque resulta más barato _____
- 40.- Siempre debo vestir a mis hijos con ropa de moda _____
- 41.- Hay que comprar la ropa que éste en oferta aunque no la necesite _____
- 42.- Los útiles escolares de años anteriores pueden servir nuevamente _____
- 43.- Las escuelas de gobierno son malas, son mejores la particulares _____
- 44.- Los juguetes mecanizados o automaticos son muy caros y limitan la creatividad del niño _____
- 45.- Cuando mi hijo se enferme debo llevarlo al médico particular si no se cura, entonces lo llevaré al centro de salud _____
- 46.- Las medicinas más caras son mejores _____
- 47.- Cuando voy de paseo si llevo comida y fruta de la casa, me saldrá más barata _____
- 48.- Cuando mi niño orina poco , tiene la mollera caída, los ojos hundidos y - sin lágrimas, la boca y lengua seca es que está deshidratado _____
- 49.- La cantidad de suero que debo dar a mis hijos cuando esten deshidratados debe ser siempre la misma _____
- 50.- Cuando mi hijo defeca más veces de las que está acostumbrado es diarrea _____

ANEXO 4

HIGIENE PERSONAL

Y

MATERNO INFANTIL

¿ QUE ES LA HIGIENE PERSONAL ?

Es el conjunto de hábitos que ayudan al individuo a conservar su salud y protegerse de las enfermedades.

LA HIGIENE PERSONAL ES IMPORTANTE PORQUE:

- Nos ayuda a mantener la salud
- En algunas enfermedades, es curativa
- Permite al individuo tener buen aspecto
- Evita que la enfermedad se transmita a otros

LA HIGIENE PERSONAL COMPRENDE

EL BAÑO

LAVADO DE MANOS

ASEO BUCO-DENTAL

USAR ROPA LIMPIA

CUIDADO DE LAS UÑAS

IMPORTANCIA DEL BAÑO EN EL NIÑO

- 1.- Porque la orina y el excremento irritan su piel
- 2.- Porque la mugre acumulada en el cuerpo es causa de enfermedades como la sarna, tiña, infecciones y otras
- 3.- Porque la piel sucia es fácil - que se críen parásitos (piojo)- que transmiten enfermedades
- 4.- Es recomendable que sea diario- o por lomenos dos veces por semana. Mantener ingles y genitales para evitar irritaciones de la piel
- 5.- Siempre se le debe secar la piel con lienzo o toalla limpia
- 6.- Cara, oídos y nariz siempre deben de ben tenerlos limpios
- 7.- Porque por su actividad (juego) difícilmente se mantiene limpio
- 8.- Porque evita olores desagradables
- 9.- Porque proporciona al niño sensación de bienestar

IMPORTANCIA DE TENER LAS MANOS LIMPIAS

- 1.- Porque las manos al estar en con tacto con todo lo que nos rodea- se ensucian con facilidad por lo que tienen mayor posibilidad de- contaminación
- 2.- Porque con éstas se toman los ali- mentos
- 3.- Porque los niños llevan con frecuencia las manos a la nariz, boca y ojos
- 4.- Porque las manos sucias son desagrada- bles a la vista de los demás

IMPORTANCIA DEL ASEO BUCO-DENTAL

- 1.- A través del aseo buco-dental se eliminan los residuos de comida que provocan caries
- 2.- Mantiene los dientes en buen estado lo que permite realizar una adecuada masticación de alimentos
- 3.- Evita la inflamación, sangrado y dolor de las encías
- 4.- Evita que se aflojen y caigan prematuramente los dientes
- 5.- Previene infecciones en la raíz de los dientes y otras complicaciones
- 6.- Alarga la vida de los dientes
- 7.- Proporciona al individuo una apariencia agradable y tener buen aliento
- 8.-

32

CUANDO, COMO Y CON QUE ASEAR LA BOCA

CUANDO:

- Después de cada alimento (desayuno, comida, cena)
- Después de comer dulces

COMO:

- La dentadura superior, moviendo el cepillo de arriba hacia abajo
- La dentadura inferior, moviendo el cepillo de abajo hacia arriba
- La superficie de los molares, con movimientos circulares

OTRAS RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO BUCO-DENTAL

- No utilizar "palillos" para remover restos de comida, pues se lastima la encía
- Visitar al dentista 2 veces al año

IMPORTANCIA DEL ASEO DE LA ROPA

- 1.- De los pañales, porque evita y cura más rápidamente rozaduras en los niños
- 2.- Porque la ropa sucia es un medio propicio para que se crien animales como el piojo, pulga y otros que perjudican la salud
- 3.- Porque es indispensable usar ropa -- limpia de cama y personal para curar enfermedades de la piel (tiña, sarna, etc) y evitar que se contagien otras personas
- 4.- Debido a que dan un mejor aspecto a la persona y evita los malos olores

CUIDADO DE LAS UÑAS

- 1.- No tener las uñas largas para evitar la acumulación de la mugre y tener mejor funcionamiento de los dedos
- 2.- No morder las uñas, pues al morder las introducimos a la boca suciedad y bacterias que perjudican la salud y las uñas mordidas dan mal aspecto
- 3.- Cepillar cuando están húmedas para eliminar perfectamente la mugre
- 4.- Mantener las uñas de los niños recortadas, pues éstas se meten en la boca y se rasguñan la cara

ANEXO 5

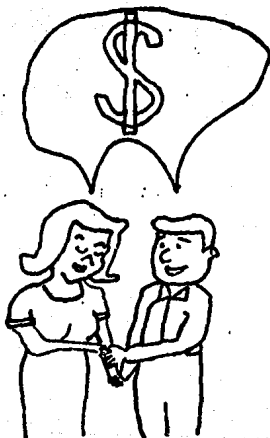
INGRESO Y DISTRIBUCION DEL

GASTO FAMILIAR

E

HIGIENE DE LA VIVIENDA

¿Qué es el ingreso económico?



Es el dinero que recibe una persona a cambio de su trabajo, ocupación o actividad.

ALIMENTACION

EDUCACION

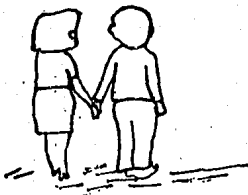
TRANSPORTE

DIVERSIONES

ROPA

VIVIENDA

SERVICIO MEDICO



¿Qué es el gasto familiar?

Es el dinero que sale del ingreso familiar para cubrir las necesidades del Hogar.



¿Qué es la distribución?

Es repartir el ingreso, en los gastos familiares por orden de importancia, de tal manera que se aproveche al máximo y no se desperdicie en cosas superfluas o poco necesarias.

Los gastos familiares por su importancia pueden dividirse en tres grupos.

1. Indispensables
60%

Alimentación
Ropa
Vivienda

2. Necesarios
30%

Educación
Salud
Transporte

3. Secundarios
10%

Diversiones
Ahorro

SUGERENCIAS PARA LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO FAMILIAR A FIN DE LOGRAR
UN GASTO ADECUADO

RESPONSABILIDAD ECONOMICA



El ingreso de cada miembro de la familia que -
trabaja debe llegar íntegro al hogar, y una vez
reunido, hacerse la distribución del gasto fami
liar.

EN LA ALIMENTACION



(Considerar la conveniencia de ilustrar las sugerencias aquí vertidas)

Planee sus comidas de la semana.

Evite en lo posible consumir alimentos y/o bebidas en la calle.

No tome bebidas embriagantes, refrescos, golosinas, botanas ni pastelitos, ya que éstos no lo alimentan y si dañan su economía y su salud.

Compre frutas y verduras de la estación.

Procure comprar en la central de abastecimiento de su localidad, pues en ésta, siempre se compra a más bajo precio.

Utilice los alimentos antes de que se descompongan.

Investigue en que lugares no se cobra el I.V.A. o dan más barato (tiendas de Gobierno, Conasupo).

Compre alimentos en su forma natural, ya que los productos industrializados son más caros y tienen menor valor nutritivo.

Las ofertas no siempre valen la pena, compre solamente lo que necesita.

Utilice poco los condimentos, pues éstos no tienen ningún valor nutritivo.

Haga la compra de alimentos una vez a la semana.

Pregunte al personal de salud sobre los alimentos que son indispensables para que la persona este bien nutrida.

EN LA VIVIENDA

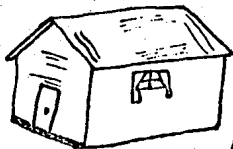
SU INGRESO ES:

Diario
Semanal
Quincenal



SUS GASTOS SON:

Mensuales Bimestrales



Renta, contribuciones



Agua



Combustible



Luz

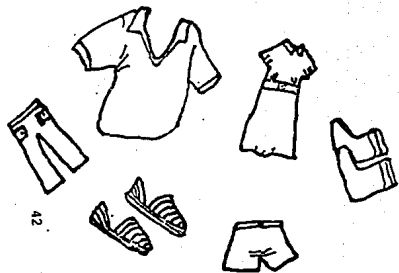
El pago de los gastos

Aparte habitualmente una cantidad de su ingreso - diario semanal o quincenal para

ESTO NOS AYUDARA A:

- No descuidar los otros gastos el día que se hagan los pagos de la vivienda.
- Que el día de pago de los servicios (luz, agua, combustible), no alcance el dinero para los otros gastos.
- Evitar adquirir deudas.

EN EL VESTIDO



No compre a crédito, a la larga paga mucho más.

Si no necesita la ropa ¡No la compre! aunque es te en oferta.

Asegúrese de que los artículos que están en ofer ta, sean de buena calidad.

Reutilice, arregle y renueve las prendas de ves tir y de casa.

Aprenda a confeccionar su ropa.

No es necesario que vista a la moda.

Hágase el hábito de guardar una parte de su in greso para hacer las compras de contado.

EN LA EDUCACION:



- Confeccione los uniformes
- Antes de comprar utiles escolares revise los que tiene de años anteriores, le pueden servir para el nuevo año escolar.
- No compre historietas, no dan ningún mensaje educativo.
- Separe una parte de su ingreso diario, semanal o quincenal para los gastos escolares.
- La educación que se proporciona en las escuelas públicas también es buena! aprovechela.

- Vigile que sus hijos tengan buen rendimiento durante el año escolar.

EN LA SALUD:



- Utilice el servicio médico que proporcionan las instituciones públicas (S.S.A., D.D.F., S.N.D.I.F.), siempre hay uno cerca de su casa.
- Compre los medicamentos en las farmacias de establecimientos oficiales. (S.S.A., D.D.F.) en ellos siempre son más baratos.
- Si tiene I.S.S.S.T.E., I.M.S.S., haga uso de sus servicios, exija buena atención.
- Tome un curso de primeros auxilios, aprenderá a inyectar y a hacer pequeñas curaciones.
- Antes de comprar medicinas, revise las que tenga en casa, puede que alguna de éstas sea la que necesite y, si no ha caducado, utilícela.
- Evite la automedicación, mucho se gasta en medicinas recomendadas por la comadre, farmacias y otros, que no alivian y si pueden dañar su salud.

EN LAS DIVERSIONES



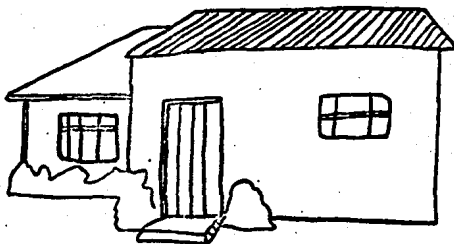
45



- Juegue con su familia al aire libre, es saludable y no gasta.
- Investigue en donde se presentan espectáculos a bajo costo y de interés familiar.
- No se deje influenciar por la publicidad, los juguetes mecanizados limitan la creatividad de los niños.
- Construya con su familia los juguetes (papalote, balero, sancos), es divertido y se aprende.
- Vaya con la familia a los parques, museos, -- edificios Públicos, monumentos; se conoce y se divierte.
- Lleve su comida, fruta o golosinas cuando salga de paseo, es más económico e higiénico.
- Organice juegos de mesa. (lotería, ajedrez, - pirinola, dominó, etc.) con su familia, además de divertirse, convive con ella.
- Aproveche los eventos gratuitos o a bajo costo, que se organizan en su lugar de trabajo, - Delegación Política y otras Dependencias (CREA UNAM, IPN, etc.)

HIGIENE DE LA VIVIENDA

¿QUE ES HIGIENE DE LA VIVIENDA?



46



Es el conjunto de acciones encaminadas a la conservación y mejoramiento del lugar
en donde habitan las personas.

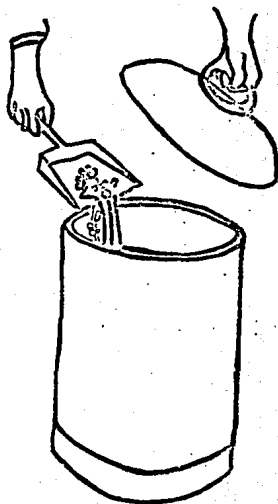
¿ PORQUE ES IMPORTANTE LA HIGIENE EN LA VIVIENDA ?

FOR QUE:

- Evita que los "microbios", que originan enfermedades, encuentran un medio propicio para su desarrollo.
- Es una medida curativa, pues mata los "microbios" dañinos y al mismo tiempo, impide su transmisión.
- Toda persona necesita una vivienda aseada para permanecer en ella con mayor comonidad.
- Representa una parte importante del ambiente en el que el ser humano se desenvuelve durante todas las etapas de su vida.
- Una casa limpia es agradable a la vista.

LA HIGIENE DE LA VIVIENDA COMPRENDE :

MANEJO ADECUADO DE LA BASURA



EL MANEJO DE LA BASURA EN EL HOGAR OCACIONA:

- La cría de ratas, moscas, cucarachas y otros animales que transportan "microbios" que causan enfermedades, (fiebre tifoidea, diarrea, parasitosis).
- Una apariencia desagradable.
- Que cuando se descomponga, despida olores desagradable.
- Una mala imagen de las personas que habitan en éste, pues demuestra la falta de interés por conservar su salud y de hacer del lugar donde viven, un sitio agradable

PASOS PARA LA ELIMINACION DE LA BASURA:

- Recogerla con algún objeto (recogedor, lámina, cartón, papel, plástico etc)
- Depositarla en botes o bolsas de plástico.
- Mantener siempre los botes o bolsas tapados.
- Designar un lugar para los botes o bolsas con basura, alejado de la cocina, habitaciones, llaves o depósitos de agua, o de alimentos.

SE DEBE DEFECAR EN EXCUSADO

DEBIDO A QUE:

- Si se defeca en el suelo, la materia fecal contamina el aire, agua alimentos, etc. propiciando con esto la adquisición de alguna enfermedad
- Los animales de cría (gallinas, cerdos, etc.) al tener el excremento humano a su alcance se alimenta de éste, lo que puede originar que se enferme y que, a través de su carne - contaminada transmitan enfermedades al hombre.
- El excremento al ras del suelo demuestra desaseo general.
- La materia fecal es desagradable a la visita de todas las personas.
- La persona necesita de un lugar cerrado para obrar con mayor comodidad y privacidad.

ASEO DEL EXCUSADO

EXCUSADO CON DRENAJE Y AGUA

- Lave diariamente la taza con agua, jabón, cepillo o escobeta.
- Deposite los papeles en bote con tapadera.
- Cierre la taza después de usarla.
- Mantenga limpios el piso y las paredes.

EXCUSADO TIPO LETRINA

- No arroje basura ni agua al pozo.
- No permita que entren animales domésticos (perros, gallinas, cerdos, etc.)
- No tire basura ni agua cerca de la letrina.
- Cada semana vacíe en el pozo un vaso de tractolina y un poco de cal.
- Tire los papeles usados en el pozo.
- Siempre tenga la taza tapada.
- No guarde objetos en el interior.

15

OTRAS RECOMENDACIONES

- Si no cuenta con drenaje, agua corriente, ni letrina, construya una, es sencilla, poco costosa y no requiere agua para funcionamiento. (pregunte al personal de salud)
- Si tiene letrina, no permita que los niños vayan solos a obrar.

ELIMINACION DE
ANIMALES DANINOS



52



CONTROL DE ANIMALES
DOMESTICOS



IMPORTANCIA DE LA ELIMINACION DE ANIMALES DÁRINOS Y CONTROL DE LOS DOMESTICOS

- Los animales transportan y pegan al hombre algunas enfermedades (infecciones de la piel, parasitosis, etc).
- La picadura de algunos animales (alacrán, araña, escorpión, cara de niño y otros) pueden causar la muerte.
- El pelo de algunos animales(gato, perro), provoca alergias al hombre
- Los niños al tenerlos a su alcance los acaricia o juega con ellos siendo esto peligroso para su salud.
- Meten el hocico a los trastos o comida.
- Las moscas y cucarachas al pararse en los alimentos, depositan microbios
- Los animales domésticos roban espacio a las personas que viven en la casa.

¿ QUE HACER PARA EL CONTROL DE ANIMALES DOMESTICOS Y ELIMINACION DE LOS DÁRINOS ?

- Si posee animales (cerdos, gallinas, vacas, caballos u otros) rengalos en corrales y/o gallineros
- Si tiene perro(s) y otros animales no permita que entre(n) a la casa.
- Bañe a su perro con frecuencia,
- Lleve a vacunar a su perro y/o gato contra la rabia.
- Bañe a los cerdos, vacas, caballos, con frecuencia o cuando haya oportunidad.
- Revise las orejas de sus vacas, caballos, etc., y si tienen garrapatas, quiteselas o ponga les garrapaticidas.

- Controle la reproducción de su(s) perro(s) y/o gato(s), si tiene oportunidad llevelos a esterilizar.

SI VIVE EN LUGARES DONDE HAY ALACRANES

- Quite matorrales, yerbas, depósitos y otros objetos que se encuentren alrededor de la casa.
- Coloque si puede, en la parte inferior de las paredes externas de la casa un lambrín - dde azulejos o mosaicos

OTRAS RECOMENDACIONES EN RELACION CON OTROS ANIMALES DAÑINOS

- Tape agujeros o aberturas de las paredes, pisos y techos.
- Proteja ventanas y puertas con mosquiteros.
- Ponga venenos y trampas para los roedores.
- Si su techo es de madera, teja o lámina, coloque una m anta de cielo o plástico.

LIMPIEZA DE HABITACIONES

(Cocina, recámara(s), comedor, etc.)

55



EL ASEO DE LAS HABITACIONES ES IMPORTANTE

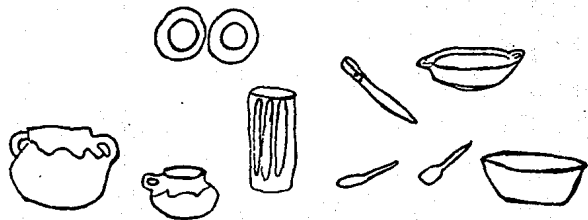
YA QUE:

- En las paredes, techos, muebles y piso se acumula polvo y mugre.
- El polvo y mugre favorecen la aparición de insectos y otros animales que son dañinos para la salud.
- Las personas permanecen con mayor comodidad en las habitaciones aseadas.
- Cuando las habitaciones no están en orden y limpias, roban espacio y dificultan el movimiento de las personas dentro de estas.
- Las habitaciones (cocina, recámara, etc.) sucias y en desorden dan mal aspecto.

ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA EL ASEO DE LAS HABITACIONES

- Si el piso de su casa es de cemento, mosaico, o demadera, límpielo diariamente con jerga o trapo húmedo.
- Si el piso de su casa es de tierra, mojelo y retire la basura.
- Limpie las paredes y techos con trapo o escoba húmeda.
- Los muebles de su casa, límpielos diariamente con trapo húmedo.
- A diario limpie perfectamente los muebles (estufa, fogón, alacena, mesa, etc.) que tenga en su cocina.
- Haga el tendido de sus camas o catres diariamente.
- Con frecuencia revise, limpie, cepille y pinte sus camas o catres.
- Barra perfectamente debajo de todos los muebles de su casa (cama, roperos, sillas, etc.).
- Limpie y lave trapos, jergas, escoba, cubetas y otros que haya utilizado en el aseo de la casa y guardelos.

FREGADO DE TRASTOS



EL LAVADO DE TRASTOS ES IMPORTANTE

DEBIDO A QUE:

- En ellos se preparan, sirven, y se guardan los alimentos
- Si estan mal lavados, contaminan los alimentos que se vuelven a poner en ellos
- Los trastos sucios atraen moscas, cucarachas u otros animales, que son portadores de microbios que producen enfermedades
- Dan mal aspecto
- Los trastos se conservan en mejores condiciones y duran más tiempo

SUGERENCIAS PARA DREGADO DE TRASTOS

- Antes de lavar los trastos quiteles los restos de comida y/o baasura
- Lave primero aquellos que no tengan grasas (vasos, tazas, jarros)
- Quite perfectamente el cochambre de ollas, sartenes, cazelas, etc.
- Lave todos los trastes con agua, jabón zacate
- Enjuague perfectamente vasos, cucharas, platos, ollas, etc.
- Una vez limpios, guardelos o tapelos, para que no se ensucien nuevamente con el polvo o insectos

EL ASEO DE LA ROPA EN CASA ES IMPORTANTE PORQUE:

- La ropa sucia es desagradable a la vista de todos.
- La mugre en la ropa de casa favorece la cría de pulgas, piojos y otros animales.
- El polvo y la mugre destruye más rápidamente las telas.
- La ropa sucia despidе olores desagradables.
- Se utiliza para tapar la comida y limpiar utensilios y muebles.

SUGERENCIAS PARA EL ASEO DE LA ROPA

- Lave perfectamente la ropa de cama con jabón y agua.
- Lave por separado la ropa de cama, de vestir y de cocina.
- Asolee la ropa de cama con frecuencia, esto mata microbios.
- Cuando haya algún enfermo en casa, lave por separado su ropa de cama y de vestir, y si la enfermedad es de la piel (sarna) pláncchela con el mayor calor posible.
- Remoje la ropa un día antes de lavarla.
- Cuando la ropa se haya secado guardela, pues si la deja más tiempo tendida puede volverse a ensuciar (polvo, tizne, smog).

LA BUENA ILUMINACION Y VENTILACION ES IMPORTANTE

POR QUE:

- La luz natural nos permite ver mejor todo lo que hay dentro de una casa (objetos, insectos, personas, etc.).
- Permite distinguir las partes y muebles sucios.
- Ayuda a eliminar la humedad de las habitaciones.
- Se esfuerza menos la vista en la realización de las diferentes actividades (cocinar, planchar, surcir, leer, etc.)
- Se remueve el aire de la casa.
- Salen de las habitaciones los olores desagradables, el humo, etc.
- Se refrescan los cuartos.

PARA LOGRAR UNA MEJOR VENTILACION E ILUMINACION

- Abra puertas y ventanas durante las primeras horas del día
- Mantengan puertas y ventanas abiertas cuando el aire de una habitación este viciado
- Cierre puertas y ventanas cuando haya tolvaneras.
- Mantenga los cristales de sus ventanas y/o puertas limpios.
- Si no cuenta con ventanas en su casa, busque la manera de abrir una o algunas.

ANEXO 6 Y 7

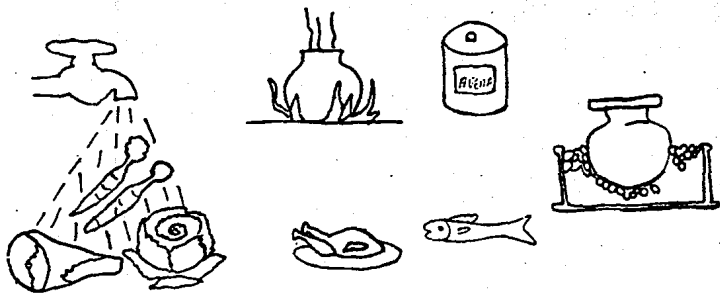
NUTRICION MATERNO-INFANTIL

Y

NUTRICION A LA FAMILIA

(HIGIENE DE LOS ALIMENTOS)

¿ QUE ES LA HIGIENE DE LOS ALIMENTOS ?



62

- ES EL CONJUNTO DE MEDIDAS DIRIGIDAS A LA LIMPIEZA Y CONSERVACION
DE TODOS LOS ALIMENTOS ANTES DE PREPARARLOS Y/O COMERLOS.

LA HIGIENE DE LOS ALIMENTOS ANTES DE COMERLOS ES IMPORTANTE PORQUE:

- LAS VERDURAS Y HORTALIZAS SON REGADAS, EN SU MAYORIA, CON AGUA SUCIA.
- AL TRASLADARLOS DE LOS LUGARES DE PRODUCCION A LOS CENTROS DE CONSUMO, SE CONTAMINAN AL ESTAR EN CONTACTO CON EL MEDIO DE TRANSPORTE (CAMION, BURRO, CAJAS, BOTES ETC.) Y EL POLVO.
- LOS LUGARES DE ALMACENAMIENTO (BODEGAS, MERCADOS ETC.) EN SU MAYORIA CARECEN DE LIMPIEZA, LO QUE PROVOCA QUE SE DESARROLLEN MICROBIOS QUE CONTAMINAN LOS ALIMENTOS.
- LOS SITIOS DONDE SE VENDEN, EN SU MAYORIA ESTAN SUCIOS Y HABITADOS POR INSECTOS (CUCARACHAS, MOSCAS, ETC.), QUE SON PORTADORES DE MICROBIOS.
- LAS PERSONAS QUE VENDEN LOS ALIMENTOS LOS CONTAMINAN, PUES AL MISMO TIEMPO QUE DESPACHAN, MANEJAN DINERO, BASCULA, BOLSAS ETC., SIN LAVARSE LAS MANOS.

PARA UN LAVADO CORRECTO DE LOS ALIMENTOS:



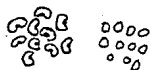
- LAVE A CHORRO DE AGUA, CON JABON Y ZACATE, LAS FRUTAS (NARANJAS, MANZANAS, MANGOS, ETC.) Y VERDURAS (PAPAS, BETABELES, ZANAHORIAS, ETC.)

- DESPUES DE LAVAR LAS LEGUMBRES (LECHUGA, ESPINACAS, COL, ETC.) A CHORRO DE AGUA, PONGALAS A REMOJAR EN AGUA CON SAL, YODO O LIMON PARA DESINFECTARLAS.

- LAVE EL HUEVO CUANDO ESTE SUCIO (EXCREMENTO DE GALLINA, TIERRA, ETC.)



- LAS CARNES, (POLLO, RES, CERDO, PESCADO) LAVELAS A CHORRO DE AGUA, Y NUNCA LAS DEJE REMOJANDO.

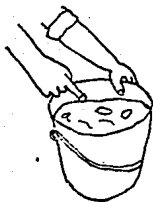


- SEPARE DEL FRIJOL, GARBANZO, ARROZ, HABAS, ETC., LA BASURA, PIEDRAS Y OTROS, POSTERIORMENTE ENJUAGUELOS.



- SI VA A CONSUMIR ALIMENTOS ENLATADOS, LAVE LA LATA ANTES DE ABRIRLA, PARA EVITAR QUE CAIGA MUGRE AL ALIMENTO, Y CONSUMALO INMEDIATAMENTE.





PARA UNA PREPARACION ADECUADA DE LOS ALIMENTOS:

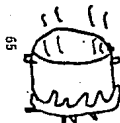
- SI TOMA LECHE DE VACA, CABRA U OVEJAS, CUELELA ANTES DE HERVIRLA PARA ELIMINAR PAJA, PELOS DEL ANIMAL Y OTROS.

- HIERVA LA LECHE DURANTE 15 MINUTOS COMO MÍNIMO (NO ES SUFICIENTE SI NADA MAS SE SUBE LA LECHE).

- HIERVA EL AGUA QUE VA A TOMAR, DURANTE 20 MINUTOS.

- PREPARE LA LECHE EN POLVO Y AGUAS DE FRUTA, (AGUAS FRESCAS) CON AGUA HERVIDA.

- CUEZA, FRIA O ASE PERFECTAMENTE TODO TIPO DE CARNES (DE PUERCO, RES, POLLO, ETC.)



A N E X O 8

D I A R R E A S

E

H I D R A T A C I O N O R A L

¿QUE ES LA DIARREA ?



LA DIARREA ES UNA ENFERMEDAD QUE DA TANTO A NIROS COMO ADULTOS , CONSISTE EN QUE LA PERSONA DEFECA U OBRA MAS VECES DE LAS QUE ESTA ACOSTUMBRADO .

LA EVACUACION ES LIQUIDA O AGUADA , ALGUNAS VECES CON DOLOR, VOMITO, MOCO O SANGRE.



¿ PORQUE PUEDE DARLE DIARREA A UN ADULTO O A UN NIÑO ?



LA DIARREA ES PROVOCADA PRINCIPALMENTE POR MICROBIOS QUE SON ANIMALITOS MUY PEQUEROS QUE NO SE PUEDEN VER A SIMPLE VISTA:

LOS MICROBIOS ENTRAN AL CUERPO DE DIFERENTE MANERA, COMO SON:

- AL COMER ALIMENTOS MAL PREPARADOS, O DE DIAS ANTERIORES Y SERVIDOS EN TRASTES SUCIOS.
- ALIMENTOS CONTAMINHADOS POR INSECTOS, ESPECIALMENTE MOSCAS.
- AL BEBER AGUA CONTAMINADA, O SIN HERVIR.
- AL COMER CON LAS MANOS SUCIAS DESPUES DE DEFECAR O TRABAJAR.

89



CUANDO UNA PERSONA TIENE DIARREA PIERDE RAPIDAMENTE AGUA Y SAL.
EL GRAN PELIGRO DE LA DIARREA, ESPECIALMENTE EN LOS NIÑOS ES
LA DESHIDRATACION QUE PUEDE LLEVAR EN ALGUNOS CASOS A LA
MUERTE.

69



SUS MANIFESTACIONES SON:

- POCO O NADA DE ORINA
- PERDIDA RAPIDA DE PESO
- FONTANELA HUNDIDA (CAIDA DE LA MOLLERA) EN LOS NIÑOS PEQUEÑOS.
- OJOS HUNDIDOS Y LLANTO SIN LAGRIMAS
- BOCA Y LENGUA SECAS, MUCHA SED
- PULSO RAPIDO Y DEBIL
- AL PELLIZCARLE LA PIEL, SE MANTIENE EL PLIEGUE DURANTE ALGUNOS SEGUNDOS.

¿ QUE SE DEBE HACER EN CASO DE ENFERMARSE DE DIARREA ?



1. NO HAY QUE UTILIZAR NINGUN MEDICAMENTO , EXCEPTO DE LOS INDICADOS POR EL MEDICO

2. SI SE LE ALIMENTA CON LECHE MATERNA NO SE DEBE SUSPENDER, HAY QUE CONTINUAR DANDOSELA.



3.- REPONER EL AGUA Y LAS SALES
PERDIDAS; PRINCIPALMENTE SI
EXISTEN DATOS DE DESHIDRATA
CION, PARA LO CUAL CONTAMOS
CON HIDRATAACION ORAL, A -
BASE DE.....



... SUERO PREPARADO CON
LOS SOBRES DE SALES PA
RA HIDRATAACION, O CON
SUERO CASERO.

- 4.- PARA PREPARAR EL SUERO, UTILIZANDO LOS SOBRES DE SALES PARA HIDRATACION ORAL:

- HERVIR UN LITRO DE AGUA
- DEJARLO ENFRIAR
- AGREGAR EL CONTENIDO DE UN SOBRE DE SALES HIDRATANTES.



72

- 5.- PARA PREPARAR EL SUERO CASERO.

- HERVIR UN LITRO DE AGUA
- DEJARLO ENFRIAR
- AGREGAR CINCO CUCHARADAS SOPERAS DE AZUCAR , UNA CUCHARADITA DE SAL Y SI ES POSIBLE MEDIA DE BICARBONATO.



6. LAS CANTIDADES DE SUERO QUE DEBE RECIBIR CADA NIÑO DEPENDERA DE LA EDAD:

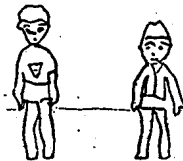
- NIÑOS MENORES DE UN AÑO
1 A 2 ONZAS CADA 20 MIN.



A NIÑOS DE 1 A 3 AÑOS
2 A 3 ONZAS CADA 20 MIN.



A NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS
3 A 4 ONZAS CADA 20 MIN.



7.- EN CASO DE QUE EL NIÑO NO SEA ALIMENTADO AL SENO MATERNO, LA LECHE DEBE SER DILUIDA CON AGUA, (MITAD DE CADA UNA) HASTA QUE DESAPAREZCA LA DIARREA.



8.- SI EL NIÑO TIENE MAS DE CINCO MESES DE EDAD, LA ALIMENTACION DEBE SER COMPLEMENTADA CON ALIMENTOS SEMISOLIDOS, DE ACUERDO A LOS DISPONIBLES EN LA LOCALIDAD, PREFERENTEMENTE PAPILLAS DE:

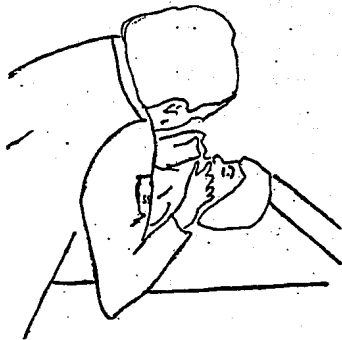
ARROZ, TRIGO, AVEÑA, FRUTAS, VERDURAS, CARNES (RES, HIGADOS, PESCADO, POLLO) Y HUEVO.

DARLE PEQUERAS CANTIDADES DE COMIDA Y DE ACUERDO AL APETITO DEL NIÑO IR AUMENTANDO LA CANTIDAD.

DEBE LLEVAR A SU NIÑO CON EL MEDICO

- SI PERSISTE CON DIARREA
- SI VOMITA MAS DE 3 VECES CONTINUAS EL SUERO QUE LE DIO A TOMAR.
- SI PRESENTA DESHIDRATACION Y EN 6-HORAS NO DISMINUYE CON EL SUERO ORAL,, O SI LOS SIGNOS SON MUY MARCADOS Y SE ACOMPAÑAN DE LOS SIGUIENTES DATOS DE GRAVEDAD:

- EXTREMIDADES FRIAS
(MANOS Y PIES)
- PIEL AMORATADA
- FLACIDEZ (CUERPO MUY FLOJO)
- RESPIRACION DIFICULTOSA
- CONVULSIONES (ATAQUES)



COMO EVITAR LAS DIARREAS

- LAVAR Y PREPARAR BIEN LOS ALIMENTOS:
- HÉRVIR LA LECHE.
- HERVIR EL AGUA DE TOMAR DURANTE 20 MINUTOS.
- LAVARNOS LAS MANOS ANTES DE COMER Y DESPUÉS DE HACER DEL BAÑO.
- TENER EN CASA, TAZA SANITARIA O LETRINA Y MANTENERLA LIMPIA Y TAPADA.

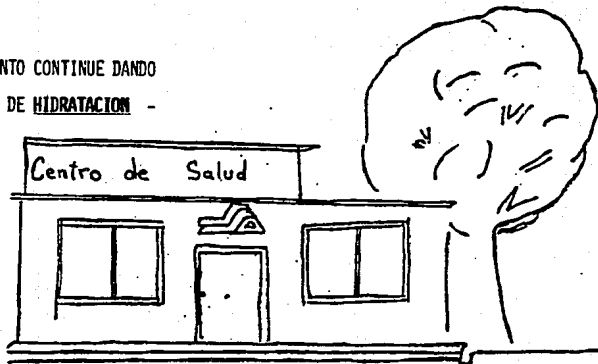



- ENTERRAR LA BASURA.
- LAVAR BIEN CON AGUA LIMPIA LAS OLLAS Y UTENSILIOS QUE SE USAN PARA PREPARAR LOS ALIMENTOS, SOBRE TODO LOS DE LOS NIÑOS.
- MANTENER TAPADOS LOS ALIMENTOS.

SI SE PRESENTAN ESTAS CONDICIONES

INMEDIATAMENTE LLEVE AL
ENFERMO CON EL MEDICO
O CENTRO DE SALUD MAS
CERCANO:


MIENTRAS TANTO CONTINUE DANDO
LA SOLUCION DE HIDRATAACION -
ORAL.





HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

EDUCACION MEDICA EN SALUD



LOS
PACIENTES
DE
GONZALITOS

**“DIARREA E
HIDRATACION
ORAL”**

VISITA DOMICILIARIA POR LA TRABAJADORA SOCIAL

Nombre de los padres o tutor _____
 Fecha de la visita _____
 Delegación _____
 Tipo de Construcción: Concreto (), Tabique (), Adobe (),
 Madera (), Cartón (), Techo de lámina ()
 Cuenta con Agua potable: Sí (), No (),
 Si no hay agua de donde la obtiene: _____
 Hierve el agua potable: Sí (), No (), Cuanto tiempo _____
 Cuenta con luz electrica: Sí (), No ()
 Si no cuenta con que se ilumina: Lámpara de gas (),
 Lámpara de gasolina (), Velas ()
 Iluminación de la Vivienda: Sí (), No (), No. Ventanas ()
 No. de cuartos _____ No. de personas que duermen por cuarto _____
 Cuenta con refrigerador: Sí (), No ().
 Convive con animales: Sí (), No (). Tipo de animales _____
 no.de personas que vivan en la vivienda _____

Hermanos	Nombre	Edad	Peso	Inmunizaciones	Cuadros Diarreicos
Hermano 1					
Hermano 2					
Hermano 3					
Hermano 4					
Hermano 5					
Hermano 6					
Hermano 7					
Hermano 8					
Hermano 9					
Hermano 10					

ANEXO 11

HOJA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA

Nombre _____ Delegación _____
 Edad _____ Sexo _____
 Dx de Egreso de Hospitalización: _____
 Peso de Egreso: _____ Talla de Egreso _____
 Pliegue Tricipital de Egreso _____
 Circunferencia de Brazo de Egreso: _____

CALENDARIO DE CITAS DE LOS PACIENTES

DATOS	2 meses	4 meses	6 meses	8 meses	10 meses	12 meses
Peso;						
Talla						
P. Trici						
C. Brazo						
Ex. Mot						
Leng.						
E Social						
C Diarr.						
Hospit.						
Tx Inst						

ANEXO 12

FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

FUNCIONES DEL COORDINADOR:

- a) Coordinar las actividades del equipo de salud al máximo y facilitar su funcionamiento para que se cumplan los objetivos
- b) Asesorar en todas y cada una de las actividades del equipo de salud
- c) Supervisar las actividades de los demás integrantes del equipo de salud
- d) Será el responsable del manejo de los padecimientos intercurrentes que presenten los niños, en el transcurso de su estancia y tomará las medidas adecuadas
- e) Pasar visita conjunta con el médico jefe de servicio informando de cada caso en aspecto nutricional, social y colaboración materna
- f) Participar en las dinámicas de grupo, percatarse del grupo de aprendizaje de los familiares y resolver los problemas a su alcance
- g) Colaborar con el equipo de salud en las visitas domiciliarias de evaluación
- h) Reunir la información y evaluación obtenida por los demás integrantes y será el encargado de la presentación de los resultados
- i) Rendir informe de sus actividades al médico jefe de servicio

FUNCIONES DEL MEDICO RESIDENTE

- a) Supervisar que los pacientes que ingresan al estudio se ajusten a los requisitos establecidos
- b) Efectuar una exploración física de peso, talla y aporte calórico
- c) Identificar a los casos que después de cada consulta de revisión no estén llevando la evolución esperada en su crecimiento y desarrollo

d) Impartir pláticas de:

1.- Inmunizaciones

2.- Relación enfermedad-desnutrición y cuidado de niño sano y enfermo

e) Colaborar en las visitas domiciliarias de evaluación

f) Tomar peso, talla, perímetro de brazo, perímetro cefálico de los niños

g) Asesorar a las madres que participan en las pláticas

FUNCIONES DE LA ENFERMERA

a) Lograr la modificación de los hábitos higiénicos

b) Enseñar a las madres las técnicas para el cuidado general de los pacientes que incluyen baño, cambio de ropa, alimento, sueño y llanto del niño

c) Estimular a todos los niños con juegos y ejercicios de acuerdo a edad

FUNCIONES DE LA DIETISTA

a) Enseñar la preparación de biberones y alimento

b) Impartir educación sobre; alimentación del primer año de vida dando importancia a la alimentación con leche materna

c) Fomentar el uso de alimentos de alto valor nutritivo en la familia

FUNCIONES DE LA TRABAJADORA SOCIAL

a) Lograr que las madres asistentes identifiquen la adecuada distribución del gasto familiar

b) Lograr que el 15% de las madres al terminar el periodo de adiestramiento, destinen el 50% de su ingreso al renglón de alimentación

c) Lograr que las madres asistentes mejoren las condiciones higiénicas de la vivienda y personal

d) Mantener en el hogar la recuperación alcanzada

e) Entrevista con los padres o familiares para persuadirlos de la importancia que tiene una adecuada nutrición en los primeros años de vida

g) Evaluar los resultados en cuanto a integración familiar, distribución de ingreso familiar y condiciones ambientales mediante visita domiciliaria

REFERENCIAS:

- 1.- Salas MA, Ramírez JM: Síndromes pediátricos. Ed. Interamericana 3a. ed. México 1987: 116-151
- 2.- Mockett F: Protein calorie malnutrition: Marasmus. New York: Raven Press 1985: 121-132
- 3.- Ramos GR, Mariscal AC, Viniegra AC, Pérez OB: Desnutrición en el niño. Ed. Impresores modernos, México, 1979.
- 4.- Gómez F: Hambre crónica. Bol Med Hosp Infant Mex 1950;7:479-484
- 5.- Programa: Estimulación temprana de población de alto riesgo de desnutrición proteico calórica, Dirección General de Salud Materno Infantil, Dirección de Planeación y Programación Educativa, Ed. México, 1984
- 6.- Hirschorn N: Oral glucose-electrolyte therapy for diarrhoea: A mean to maintain or improve nutrition. Am J Clin Nut; 28: 189-192
- 7.- Gorbach SL, Kean BH, Evans DJ Jr. Bessudo D: Traveler's diarrhea and toxigenic Escherichia coli. N Engl J Med 1975;292:933-936
- 8.- Noel SW: Evaluación del estado nutricional: indicadores funcionales de la nutrición en pediatría. Ped Clin North Am 1985;2:335-552
- 9.- Gorss RL, Nemberne PM: Role of nutrition in immunologic function Physiol Rev 1980;60:188-302
- 10.- Brunser O: Effects of malnutrition on intestinal structure and function in children. Clin Gastroenterol 1977;6:341-353
- 11.- Jackson A, Golden M: Malnutrición energético-proteica: Kwashiorkor y marasmus. New York; Raven Press 1986: 133-142
- 12.- Mota FH: La hidratación oral en niños con diarrea. Sal Pub Mex 1984;3:9-30
- 13.- Sepúlveda AF: Encuesta sobre prevalencia y práctica de la terapia de rehidratación oral. Dirección general de

epidemiología Instituto Mexicano del Seguro Social: informe estadístico anual 1986. Deto. de Medicina preventiva. México 1987

- 14.- Ramos GR: Gaceta Médica de Nutrición. Ed. Academia Nacional de Medicina. 1974;107:894
- 15.- Zubirán S: El problema de la desnutrición en México. Ed. México 1975; Vol XVI: 137
- 16.- Guiscafré H, González S, Parra R y col: Etiología y cuadro clínico de los cuadros estudiados. Arch Invest Med (Mex), 1986;19:81-94
- 17.- Walker RI, Caldwell MB, LeeEC, Guerry P, Trust TJ, Palacios GM: Pathophysiology of Campylobacter enteritis. Microbiol Rev 1986;50:81-94
- 18.- Elis ME, Watson B, Mandal BK et al.: Microorganism in gastroenteritis. Arch Dis Chil 1984;59:848-855
- 19.- Balderas RA, Cabrera MR: Factores que intervienen en la desnutrición infantil y la participación del trabajador social ante el problema en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional. Tesis recepcional 1986
- 20.- Gutiérrez G, Martínez MG, Guiscafré H y col: Encuesta sobre el uso de antimicrobianos y de hidratación oral en la diarrea aguda en el medio rural mexicano. Bol Med Hosp Infant Mex 1987;44:582-588
- 21.- Gusicafré H, Muñoz A, Gutierrez G: Normas para el tratamiento de la diarrea infecciosa aguda. Bol Epidemiol (Mex) 1986;1:148 - 158
- 22.- Salas MA, Loredó AA, Ramírez JM, Álvarez PN, Legorreta JG : Guía para el diagnóstico y terapéutica en pediatría. Ed la Prensa Médica Mexicana. México, 1984:60-73
- 23.- Gómez F, Desnutrición. Bol Med Hosp Infant Mex 1946;3:543
- 24.- Calva RR: Educación nutricional con el suplemento alimenticio en el sinergismo desnutrición-infección. Bol Med Hosp Infant Mex 1991;48:199