

13
29j



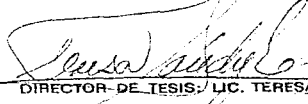
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

VALORACION CLINICA DE LA ENFERMERA
MATERNO INFANTIL AL LACTANTE MENOR DE UN
AÑO EN LA CLINICA 8 DEL I.M.S.S. EN TLAXCALA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
**LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
O B S T E T R I C I A**
P R E S E N T A :
SANDRA LUZ CANTERO MARQUEZ


DIRECTOR DE TESIS: LIC. TERESA SANCHEZ ESTRADA



MEXICO, D. F.

1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por organizar la vida y todo lo que conlleva consigo.

A la Lic. Teresa Sánchez Estrada quien con su guía oportuna y acertada, así como su disponibilidad continua, contribuyó a la realización de esta investigación.

Al Dr. Víctor de la Rosa Morales que además de brindar sus conocimientos, aportó su equipo y tiempo en horarios no laborables.

A mi familia: padres, hermanos y esposo por sus desvelos y apoyo incondicional: físico, moral y económico.

A mis maestros que me proporcionaron herramientas para lograr mis objetivos a nivel escolar y aplicarlas en el área laboral.

Y además a todas las personas que de alguna manera participaron para concluir un logro más.

A todas ustedes gracias

Sandra Luz

Í N D I C E

INTRODUCCIÓN	1
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	2
MARCO TEÓRICO	3
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	35
HIPÓTESIS	36
VARIABLES	37
MATERIAL Y MÉTODO	39
RESULTADOS, CUADROS, GRÁFICAS, DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS	
FUENTES DE CONSULTA	
ANEXOS	
1.- TABLAS DE CRECIMIENTO	
2.- FORMATO MF8 86 "ATENCIÓN MÉDICA AL NIÑO DE 0 A 4 AÑOS"	
3.- FORMATO 4-30-128/72 "NOTAS MÉDICAS Y PRESCRIPCIÓN"	
4.- GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA AUDITORÍA	
5.- INSTRUCTIVO PARA LA CODIFICACIÓN DE DATOS	
6.- ESTRUCTURA POBLACIONAL POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DEL ESTADO DE TLAXCALA 1995	
7.- CALENDARIZACIÓN DE SESIONES MENSUALES E.M.I.	
8.- TRÍPTICO DE ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL	

INTRODUCCIÓN

A partir de 1985 surge la Enfermera Materno-Infantil (E.M.I.) a nivel nacional, y en el estado de Tlaxcala en el I.M.S.S. se crearon 5 plazas para este personaje ubicadas en las unidades de medicina familiar en Zacatelco, Panzacola, Santa Ana, Apizaco y Tlaxcala para el turno matutino incrementándose en 1990 5 más para el turno vespertino en las mismas unidades de medicina familiar.

El lactante menor constituye un grupo fundamental de derechohabientes que demandan la atención de la E.M.I. en la clínica 8 del I.M.S.S. Tlaxcala. Considerando que el primer año de vida del niño es trascendente para su crecimiento y desarrollo, es básico que la valoración clínica que realiza la E.M.I. sea correcta, ya que proporciona la pauta a seguir para otorgar una orientación acertada.

El presente estudio de investigación evalúa los registros de la Enfermera Materno-Infantil en el expediente clínico durante la primera atención al lactante menor de un año en el que lleva el control de crecimiento y desarrollo.

Los datos se obtuvieron a partir del análisis de dos formatos que utiliza la E.M.I. para registrar los datos recopilados en el interrogatorio a los familiares del lactante, la exploración física realizada al niño y la orientación proporcionada de acuerdo al diagnóstico de enfermería elaborado.

Dentro de los hallazgos de mayor relevancia se encontraron que a pesar de que son innumerables las actividades de valoración clínica y de tipo preventivo que realiza la enfermera, éstas no se registran de manera correcta y en ocasiones existe omisión de datos importantes sin los cuales el seguimiento y evolución del lactante no son óptimos.

**DELIMITACIÓN DEL
PROBLEMA**

La valoración clínica que realiza la Enfermera Materno-Infantil al lactante menor de un año, incluye fundamentalmente el interrogatorio a los familiares del niño sobre antecedentes perinatales, su alimentación, higiene, inmunizaciones y la evolución de su crecimiento y desarrollo integral. A la exploración física palpa, percute, ausculta e identifica las condiciones generales del niño; su crecimiento a través de la valoración somatométrica (peso y talla) y valora el desarrollo psicomotor por medio de la observación y la estimulación al lactante.

Los datos obtenidos mediante la valoración clínica permiten ofrecer una educación para la salud de acuerdo a la situación encontrada.

Esta educación incluye los aspectos sobre higiene, alimentación, inmunizaciones, estimulación para el desarrollo adecuado del niño, prevención de accidentes y de infecciones respiratorias y gastrointestinales.

Hasta ahora, tomando como punto central la opinión del usuario se ha evaluado la eficiencia de la E.M.I. en actividades relacionadas con la atención materna, demostrándose un grado aceptable de eficiencia que podría mejorarse elevando su nivel cognoscitivo

Sin embargo no hay estudios que evalúen los registros sobre las actividades que realiza al niño, por lo que el problema a dilucidar es:

¿Las notas sobre la valoración clínica que realiza la Enfermera Materno-Infantil al lactante menor de un año son las adecuadas para detectar desviaciones en el crecimiento y desarrollo de este?

MARCO TEÓRICO

Hablar del lactante implica abarcar aspectos demográficos, geográficos, biológicos, psicológicos y ambientales, para poder comprender el universo micro y macro ambiental que rodea al niño.

En los artículos 6, 27 y 32 del Sistema Nacional de Salud se manifiesta que se debe proporcionar servicio de salud a toda la población, y, considerando que el lactante forma parte de ésta y tiene mayor vulnerabilidad, se requiere aplicar mayor empeño para mejorar la calidad de la atención que se le proporcione. Teniendo especial interés en las acciones preventivas como es la promoción de la salud y la protección específica en el primer nivel de atención; ya que la deficiente orientación y calidad de atención contribuye al incremento de las tasas de morbi-mortalidad infantil. La mortalidad infantil se refiere a los niños nacidos vivos y que mueren antes de cumplir el año de edad. (1)

La Organización Panamericana de la Salud se refiere a que en los países en Latinoamérica, las causas de mortalidad en menores de un año son los procesos infecciosos del tracto respiratorio o digestivo y la desnutrición; provocadas por causas exógenas; o sea, por las condiciones del ambiente. (2)

Behm y colaboradores realizaron un estudio en 12 países Latinoamericanos y encontraron que existe mayor riesgo de muerte en la población rural, comparada con la urbana.

(1) Secretaría de Salubridad y Asistencia, "Sistema Nacional de Salud" en la Lex General de Salud, p.p. 23, Mexico D.F., 1990.

(2) Urrutia J., "Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas", Publicación Científica de la Organización Panamericana de la Salud, No. 461, p.p. 118-126, 1984.

Que predomina la población rural, y en ella existen condiciones desfavorables como la elevada dispersión geográfica de la población, poco acceso a los servicios públicos como agua, drenaje y alcantarillado; escasez de servicios médico-sanitarios y baja disponibilidad de alimento que la hacen más susceptible a la enfermedad y muerte.

Se incrementan éstas si se considera que la población rural tiene bajos niveles de empleo, ingreso y educación. (3)

En Tlaxcala para 1995, dentro de las 10 primeras causas y tasas de mortalidad en niños menores de 1 año fueron las siguientes:

Ciertas afecciones originadas en periodo perinatal; hipoxia, asfixia, y afecciones respiratorias del feto o recién nacido: 1075.74. Neumonía e influenza: 558.07. Anomalías congénitas: 315.75. Enfermedades infecciosas intestinales: 194.59. Neumococosis y enfermedades pulmonares debidas a agentes externos: 128.50. Deficiencias de la nutrición: 121.16. Infecciones respiratorias agudas: 110.15. Accidentes: 51.40. Septicemia: 51.40. Bronquitis crónica no especificada, enfisema y asma: 29.37. (4)

(3) Behm H., "Determinantes Económicos y Sociales de la Mortalidad en América Latina", Revista Cub. Administración en Salud, p.p. 1-30, 1980

(4) INEGI: "Mortalidad" en Estadísticas Demográficas, Tlaxcala, 1995.

Un grupo interinstitucional de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), realizaron un estudio y concluyeron que el estado de Tlaxcala tiene la tasa más alta de mortalidad causada por Infecciones Respiratorias Agudas, y una de las causas que la propiciaron fué la carencia de leche materna en la alimentación del lactante. (5)

En cuanto a la morbilidad infantil de 1991 a 1995, las 3 principales causas se han mantenido sin movimiento:

En primer lugar, las infecciones respiratorias agudas, le continúan las infecciones intestinales y el tercer lugar lo ocupa la amibiasis. (6)

En Tlaxcala el 28.77% de la población es urbana y el 71.23% rural, y dado las características y condiciones prevalecientes en esta población, se sabe que son personas con mayor vulnerabilidad.

Además, la situación geográfica del estado proporciona un clima templado húmedo, favorable para la aparición de enfermedades respiratorias; aunado a ello, algunas condicionantes propias de cada individuo y el resultado de factores culturales, sociales y económicos que propician que patologías infectocontagiosas prevalezcan en el perfil epidemiológico.

(5) Reyes H. et. al. (Grupo Interinstitucional de Investigación en Sistemas de Salud, IMSS). "Factores de riesgo de mortalidad por infección aguda en niños menores de 5 años", *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, No. 10, Vol. 30, México D.F., Octubre 1993.

(6) Secretaría de Salud del Estado, "Estado de Tlaxcala". Diagnóstico, Sectorial de Salud, Tlaxcala, 1995.

En Tlaxcala el IMSS ofrece una cobertura del 23.6 % del total de la población. (7)

LA ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL EN MÉXICO

Uno de los programas prioritarios del IMSS es el de Atención Materno-Infantil dada la magnitud por atender, los riesgos a que está expuesta y la eficacia de las acciones para su prevención.

A partir de 1986 tuvo un renovado impulso debido a las políticas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo, y entre éstas se encuentra la del "Mejoramiento del estado nutricional de madres y niños, y el fortalecimiento de las medidas de prevención a los riesgos de la salud".

En 1990 fue celebrada la cumbre a favor de la infancia, en la cual México se compromete a reducir la mortalidad materna y de los menores de 5 años, mediante el programa denominado "Atención Materno-Infantil" (8):

El objetivo específico del programa materno-infantil es contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna, perinatal, infantil y preescolar.

Sus políticas son:

- Incrementar la calidad de la atención al usuario.
- Aumentar la cobertura en la atención materna e infantil.

(7) Secretaría de Salud, "Mortalidad Infantil", Programa Estatal de Salud Reproductiva, Tlaxcala, 1993.

(8) Álvarez Alba Rafael, "Programa Materno Infantil", Salud Pública y Medicina Preventiva, Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V., cuarta edición, p. 391, México D.F., 1991.

Se subdivide en:

- Subprograma de atención a la mujer de 15 a 49 años.
- Subprograma de atención al niño

Una de las estrategias para cumplir con su objetivo es:

- La participación de enfermería como apoyo al médico familiar en la atención directa de los casos de baja complejidad y bajo riesgo; y en los de alto riesgo, tiene como función proporcionar educación para la salud.

La inclusión de este personaje en el programa ha permitido ampliar la cobertura y se ha liberado la carga de trabajo del Médico Familiar, quien a su vez utiliza mayor tiempo en el manejo de pacientes de mayor complejidad. (9)

La atención integral del paciente es responsabilidad de un equipo, sin embargo, los cuidados son responsabilidad de enfermería. Nelly Garzón lo menciona; "El trabajo de la enfermera es el del cuidado desde las perspectivas de las necesidades del paciente y del mantenimiento de la salud". (10)

En la actividad diaria y constante de la Enfermera Materno-Infantil (E.M.I.) con el Proceso Atención de Enfermería elabora un diagnóstico, un plan de cuidados y su evaluación, por lo que requiere tener conocimientos que le permitan identificar los factores ambientales, biofísicos y psicológicos que influyen en el estado general de la salud del derechohabiente. (11)

(9) Secretaría de Salud y Asistencia. "Programa Estatal de Atención Materno Infantil". Programa Estatal de Salud Reproductiva. Tlaxcala, 1995.

(10) Soberón Quallerno, et. al. "Desarrollo Institucional IMSS, ISSSTE". La Salud en México. Testimonio, Editorial Biblioteca de la salud. México 1988.

(11) Balsero Almazo L.A. "Educación Continua en Enfermería". Revista Enfermera al Día. Vol. 12, No. 11, p.p. 11. México 1997.

La intervención de la E.M.I tiene énfasis en los aspectos educativos, como uno de los medios para promover el autocuidado de la población al informarle sobre los factores de riesgo de Morbi-mortalidad Materno-Infantil y de las ventajas que se obtienen al modificar algunos de sus hábitos y de recibir atención periódica y sistemática.

La vigilancia del niño es parte de la salud Materno-Infantil y por lo tanto una proporción de la población que atiende la E.M.I. Su importancia, tanto para la salud actual del menor, como por sus repercusiones futuras no necesita enfatizarse. En ella se aplican prácticamente todas las acciones del primer nivel de atención.

Incluye:

- Valoración del crecimiento y desarrollo.
- Orientación sobre la alimentación.
- Importancia de la higiene.
- Orientación sobre inmunizaciones.
- Educación para la salud. (12)

Concierna a la E.M.I. llevar el control de crecimiento y desarrollo del niño al ser derivado éste por su médico familiar.

Esta población se subdivide en lactantes y preescolares.

(12) Sanchez Rosado Manuel. "Atención Infantil", Elementos de Salud Pública, Editorial Méndez Cervantes, Segunda Edición, p.p. 157-161, Mexico D.F., 1991.

El tema a tratar en esta investigación es la valoración que realiza la enfermera al lactante por lo que él será nuestro centro de atención.

La E.M.I. tiene aportaciones a través del usuario y su familia, incluyendo sus percepciones; además con la valoración clínica, estudios de diagnóstico y observaciones del resto del equipo de salud.

Interroga sobre la historia personal del niño, realiza examen físico, evaluación de su desarrollo psicomotor; y en su estado nutricional incluye las siguientes observaciones:

- a) Antecedentes nutricionales
- b) Aumento de peso y talla desde la última consulta.
- c) Percentiles de las gráficas de crecimiento. (13)

Asimismo promueve y verifica la aplicación del esquema básico de vacunación.

Educa a la madre o familiar del menor de 1 año, en forma individual, para disminuir o controlar los factores de riesgo presentes y desarrollar conductas y hábitos favorables para el cuidado de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño.

Deriva a los lactantes con su Médico Familiar cuando detecta signos y síntomas de alarma, a Medicina Preventiva para la aplicación de vacunas y a Trabajo Social para formación de grupos.

13. London Marín, et al., "Valoración Nutricional del Lactante", *Enfermería Materno-Infantil*, Segunda Edición, Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V., p.p. 23-318

Promueve la Lactancia Materna y educa sobre ella

Indica cuando, como y con qué iniciar la ab lactación en el lactante.

Registra las actividades que realiza de acuerdo con el instructivo vigente para el registro, codificación y captura de vigilancia Materno-Infantil.

Indica solicitar nueva cita para continuar con el control del lactante. (14)

La mayoría de las patologías que producen la mortalidad y morbilidad del niño en México tienen posibilidades de promoción, prevención y detección y requieren de un proceso educativo para lograr estas conductas.

Lo mismo ocurre con el control del crecimiento y desarrollo.

El control de la salud del niño incluye:

- Evaluación del crecimiento; peso, talla y perímetro cefálico.
- Evaluación del desarrollo: comprende postura y movilidad, coordinación oculomotora, conducta personal, social, lenguaje y sensorial.
- Evaluación de la alimentación para determinar y orientar para que se proporcione la correcta al lactante según su edad.

(14) Instituto Mexicano del Seguro Social, "Programa Materno Infantil", Instructivo para el equipo multidisciplinario en la Atención Materna-Infantil, México 1994.

-Evaluación de la protección por vacunas para orientar adecuadamente según se requiera.

- Detección de patología para canalizarlo oportunamente para su tratamiento.

Debe existir un clima de confianza y afecto entre el niño y la enfermera, a través de un lenguaje no verbal. (15)

Se le considera lactante al niño a partir de los 28 días de nacido y hasta los 12 meses de edad.

El niño en general, pero sobre todo en el primer año de vida, requiere de atención especial porque durante este periodo presenta los mayores riesgos de muerte, principalmente por enfermedades infecciosas, respiratorias e intestinales.

El peso promedio del niño al nacer es de 3000 grs. y 50 cm. de talla, en México.

A los 4 meses duplica su peso y al año lo triplica. (16)

Para realizar la evaluación del crecimiento se registra el peso y la talla mensualmente para detectar cualquier anomalía que se pueda modificar para preservar el ritmo y velocidad del crecimiento.

(15) Martínez y Martínez Roberto, "Control del Niño Sano", *La Salud del Niño y el Adolescente*, Federación de Pediatría, Segunda Edición, Salvat Mexicana de Ediciones S.A. de C.V., p.p. 101-114. México D.F., 1989

(16) Sánchez Rosado, op. cit., p.p. 161

Se cotejarán las medidas obtenidas con las anteriores del lactante con las tablas antropométricas establecidas en el instituto. (Ver anexo 1)

Existen reglas empíricas para estimar el peso corporal en el primer año de vida.

EDAD	INCREMENTO PONDERAL
R/N a 4/12	750 a 1000 grs. X mes
4/12 a 8/12	500 grs. X mes
8/12 a 1 año	250 grs. X mes

Y además reglas empíricas para estimar la longitud del lactante en el primer año de vida.

PERIODO ETAREO	AUMENTO MENSUAL LOGITUDINAL
Primer trimestre	3 cm. por mes
Segundo trimestre	2 cm. por mes
Tercer y cuarto trimestre	1 cm. por mes (17)

Para valorar el crecimiento en los lactantes se realiza la somatometría en la que se incluyen la talla y el peso.

La talla del lactante cambia de forma ostensible durante el primer año. Hacia los 3 meses de edad, es 20% superior a la del nacimiento, y al cumplir el año aumenta en 50%. Durante este primer año, el tronco es la parte de más rápido crecimiento y significa el 50% del aumento en talla. Al año de edad, el promedio para varones es de alrededor de 76 cm y para niñas, de 74.3 cm.

(17) Sánchez Rosado, op. cit., p. p. 1e0.

En cuanto al peso puede notarse que la mayoría de los niños duplica el peso al nacimiento entre los cuatro y cinco meses y lo triplican al año de edad. El peso promedio al cumplir el año de edad, es de alrededor de 10 Kg. en los varones y 9.5 Kg. en las niñas.

Además de la toma del peso y la talla es importante la medición de la circunferencia cefálica. (18)

Peso: La medición de la masa corporal en los niños menores de un año debe realizarse utilizando una báscula pesa bebé. El pesaje debe realizarse sin ropa y expresarse en kilogramos.

Talla: La longitud debe medirse en los niños menores de 1 año utilizando el infantómetro; esta medida debe realizarse sin zapatos y expresarse en centímetros.

Perimetro cefálico: Debe realizarse por lo menos hasta los 3 meses de edad, con cinta métrica metálica flexible de 0.5 milímetros de ancho, debiendo ser expresada en centímetros. (19)

El tamaño de la cabeza debe ir acorde con la talla y peso del niño

El perimetro cefálico en el recién nacido de término es de 35 cm. aproximadamente, aumenta 5 cm. entre el cuarto y quinto mes y otros 5 cm. vuelve a crecer al año de edad

(18) S. Hingsworth Burnald, "Desarrollo del Lactante", El Niño Normal, Cuarta Edición, Editorial El Manual Moderno, p.p. 198-206, 145-154, México D.F., 1993.
(19) H. Waechter Eugenia, et. al., "El Niño Normal", Enfermería Pediatría, Traducción por Q. María Teresa Aguilera Ortega, Edición Interamericana, S.A. de C.V., p.p. 399, México D.F.

Cuando la enfermera realiza su valoración utiliza el interrogatorio y la exploración física para poder educar acertadamente de acuerdo al diagnóstico de enfermería elaborado.

El interrogatorio tiene un extraordinario valor cuando es obtenido con fidelidad de parte de la madre o familiares del lactante y con método por parte de la enfermera.

La exploración física ofrece los mejores resultados ya que revela la normalidad, o en su defecto, los datos patológicos.

Se interroga sobre tipo de parto y condiciones de éste, peso y talla al nacimiento, historia de alimentación, higiene, desarrollo psicomotor y esquema de inmunizaciones.

El examen físico debe realizarse de cabeza a pies, para valorar si existe normalidad o no. (20)

En éste se identifica la viveza mental, inquietud, posición del cuerpo, ropas, edad aparente, higiene y arreglo general.

Entre los cambios fisiológicos que ocurren en el lactante y la exploración que se le realiza se encuentran:

(20) Martínez y Martínez, op. cit., p.p. 318

Que la piel se vuelve menos sensible. Las glándulas sudoríparas empiezan a secretar después del primero o segundo mes y ayudan al pequeño a regular su temperatura corporal, cuando el medio externo es demasiado caluroso.

En ella se inspecciona el color, pigmentación, lesiones, vascularidad superficial, cicatrices. humedad, edema, suelen observarse glándulas sebáceas tumefactas sobre la nariz y la barbilla que se llaman milia.

Las placas de color rosa sobre los párpados, el puente de la nariz y la nuca pueden persistir hasta que el niño tenga casi dos años.

A la palpación se siente la tensión pellizcando un pliegue, la piel normal recupera su forma rápidamente; se requiere además sentir la textura, humedad, temperatura, turgencia y elasticidad.

Pelo: A la inspección se observa el color y distribución además de la higiene.

A la palpación, la textura y grosor del pelo.

El cabello original es sustituido por uno de nueva aparición.

Cabeza: En la inspección observar simetría, movimientos de labaze. su control y posición.

Y en la palpación, sentir las fontanelas.

El crecimiento del cráneo avanza casi tan rápido como el general del cuerpo.

A los 2 meses, la fontanela posterior se cierra y ya no se percibe.

La fontanela anterior persiste, puede empezar a cerrarse entre los 9 y 10 meses, y a los 18 meses ya ninguna es palpable.

Los *ojos* de los lactantes muy pequeños son diromáticos, esto es, son capaces de responder de modo diferencial al rojo y al verde.

A los 3 meses, los movimientos oculares están coordinados

Al año los movimientos de los músculos oculares tienen función completa.

En la *inspección* dar atención especial al lagrimal para identificar si existe presencia de secreción, lo cual no es normal. Observar si los ojos trabajan juntos adecuadamente. Distribución de las cejas y distancia entre ambos ojos.

Boca: En la *inspección* observar coloración de labios, conformación del paladar, estado de las encías y presencia de dentición.

Los *dientes* inician su desarrollo en el tercer mes de vida fetal. La erupción normal se inicia en la fase tan temprana como los 3 meses y puede demorarse hasta el año.

En promedio aparecen a los 7 meses de edad.

Los primeros en brotar suelen ser los 2 incisivos centrales inferiores, seguidos por los 4 incisivos superiores. Después aparecen los 2 incisivos inferiores laterales, los 4 primeros molares en rápida sucesión y finalmente los caninos superiores e inferiores.

Oído: A la *inspección* se observa la implantación de las orejas, la parte superior debe cruzar una línea imaginaria entre el borde del ojo y la parte posterior del occipucio. Realizar prueba de la audición.

Cuello: A la *palpación* no deben sentirse los ganglios tumefactos.

Mamas y tórax: En la inspección se observa cuando el niño respira para valorar que la expansión de ambos lados sea igual, además si existe simetría en los pezones.

Durante el primer año, el tamaño de los pulmones aumenta y la frecuencia respiratoria disminuye en cerca de 30 por minuto. La frecuencia cardíaca se mantiene bastante lábil durante la lactancia y varía de 80 a 160 latidos por minuto.

La presión arterial es alrededor de 80/60.

Abdomen: En la inspección se observa la respiración abdominal y el área de la cicatriz umbilical

En la palpación se percute sobre el estómago e intestino, cuando tiene aire produce un ruido hueco, de tono alto.

Palpar alrededor del ombligo, cuando se presiona una hernia puede sentirse burbujeo en los dedos.

El tubo digestivo del lactante es inmaduro, tanto en lo estructural como en lo funcional.

Miembros superiores: En la inspección se identifica simetría de estos.

Uñas: A la inspección observar color, forma, irregularidades de la superficie y además cuidados generales de las uñas como; limpieza, pruebas de mordedura, etc..

Genitales: Inspección, observar características de acuerdo al sexo del lactante y la higiene que presenta.

Cadera: *Palpación.* se descartan signos de luxación de cadera

Colocar al niño sobre su espalda y tomar las rodillas con los pulgares, abriendo los dedos hacia los lados de los muslos, de tal forma que las puntas de los dedos medio y tercero descansen sobre las articulaciones de la cadera.

A medida que se flexionan las piernas en ángulo recto en las caderas y las rodillas, deben presionarse lentamente hacia afuera y separarse. Las puntas de los dedos que examinan palpan la cabeza de los femorales a medida que giran el acetábulo.

En lactantes normales, la cara lateral de cada rodilla tocará la mesa de exploración sin dificultad.

Cualquier dificultad en el examen de la cadera exige una consulta médica inmediata por la posibilidad de luxación congénita de la cadera.

Miembros inferiores: A la *inspección* verificar la simetría de ellos.

El crecimiento y desarrollo es un conjunto de cambios somáticos y funcionales, como resultado de la interacción de factores genéticos y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo (2).

(2) Cuminsky Marcos, "Crecimiento y Desarrollo", *Manual de Crecimiento y desarrollo*, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, p.p. 1-4, Washington, D.C., E.U.A., 1986.

Implica una vision dinamica, evolutiva y prospectiva del ser humano y es una característica diferencial en la asistencia del niño. El objetivo de la atención a su salud no consiste solamente en satisfacer sus necesidades actuales sino tambien en promover un crecimiento y desarrollo normales para que llegue a ser un adulto sano

El crecimiento y desarrollo constituyen excelentes indicadores de salud del niño.

El crecimiento ha sido definido como el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular.

El desarrollo es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones.

Con mediciones antropométricas como son el peso y la talla se puede evaluar el crecimiento.

Factores que regulan el crecimiento.

- Nutricionales; disponibilidad de alimentos y capacidad para utilizarlos.
- Socioeconómicos; recursos económicos.
- Emocionales; ambiente psicoafectivo adecuado.
- Genética; herencia.

La evaluación del desarrollo se realiza mediante una observación detallada del niño en forma libre y mediante estimulación, complementándola con el interrogatorio a los padres. Todo esto junto con el conocimiento del desarrollo normal del lactante, será el parámetro necesario para evaluar el desarrollo del niño. (22)

Para identificar el desarrollo del niño se debe valorar el área neuromuscular, intelectual, de lenguaje y la psicosocial. (23)

A continuación se resume el desarrollo promedio durante el primer año de vida.

Desarrollo psicomotor del menor de 1 año

De 1 a 3 meses

Area Social. Observa a su madre cuando le habla, abre y cierra la boca conforme ella habla, sonríe momentaneamente. Máxima necesidad de placer mediante la succión. Se tranquiliza al cargarlo.

(22) Cuminsky, op. cit., p.p.371

(23) Dumont Thompson Eleanor, "Desarrollo Psicomotor", Manual de Enfermería, Traductor Dr. Victor de la Garza Estrada, Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V., p.p. 125, Mexico D.F., 1984.

Area de Lenguaje: Emite sonidos guturales.

Area de Coordinación e Intelectual: Sus ojos muestran fijación, congruencia y enfoque. Sigue con la vista objetos coloridos que se le muestran.

Area Motora: Coordina succión, deglución y respiración. Sostiene su cabeza, patatea. Escucha los sonidos.

De 3 a 6 meses

Area Social: Sonríe en respuesta a la sonrisa. Extraña cosas y caras no familiares. Tiene periodos más largos de vigilia sin llorar. Muestra preparación anticipatoria cuando lo van a cargar. Exige atención al mostrarse inquieto, goza cuando le prestan atención. Inicia la exploración de sus manos y del cuerpo de la madre.

Area de Lenguaje: Balbucea 2 o más sílabas. Ríe manifestando placer cuando la madre le habla, le baña o le canta.

Area de Coordinación e Intelectual: Busca con la vista la fuente del sonido. Aparece la presión voluntaria: toma los objetos entre la palma de la mano, la base del pulgar y los 4 últimos dedos. Vuelve la cabeza tras un objeto caído.

Diferenciación incipiente entre el propio ser y el medio circundante.

Se lleva objetos y manos a la boca.

Area Motora: Mantiene erguida la cabeza, en decúbito ventral la eleva 45°. Se mantiene sentado con leve apoyo y tiene control muscular necesario para aceptar alimento en papilla. Trata de rodarse.

De 6 a 9 meses

Area Social. Reacciona cuando escucha su nombre. Trata de establecer contacto con otras personas por medio de la tos u otro ruido. Sonríe a su imagen en el espejo. La formación de vínculos se vuelve más evidente e intensa.

Area de Lenguaje. Dice ma, ba, ka. protesta y grita de placer. Vocaliza a los juguetes. Responde a peticiones verbales simples.

Area de Coordinación e Intelectual. Puede imitar los movimientos, traslada objetos de una mano a otra. Se come un pan el solo. Tiene conciencia de sus deseos. Muestra vivaz curiosidad por el entorno. Explora los objetos chupándolos, masticándolos y mordiéndolos.

Area Motora. Soporta su peso sobre sus piernas. Trata de gatear. Gira de posición supina a prona. Es capaz de golpear dos objetos entre sí y soltarlos a voluntad. Se sienta totalmente solo. Gatea.

De 9 a 12 meses

Area Social. Escucha selectivamente palabras familiares: papá, mamá, nene. Responde gesticulando o cambiando la expresión facial. Disfruta la compañía de los mayores con los que mantiene relación imitativa. Repite una acción que causa risa en otros. Es capaz de mostrar emociones como temor, enojo, afecto, celos y ansiedad.

Area de Lenguaje. Gesticula o vocaliza tratando de imitar lo que le dicen. Niega con la cabeza. Dice 3 a 4 palabras.

Area de Coordinación e Intelectual. Realiza presión entre la base del pulgar y el meñique. Maneja ambas manos, toma dos objetos, uno en cada mano. Golpea objetos entre sí. Opone el índice al pulgar, busca los objetos que desaparecen. Inicios de imitación. Mira y sigue ilustraciones en libros. Reacciona a la orden de "No".

Area Motora. Se mantiene erguido y se pone de pie jalándose de objetos. Camina de la mano. Bebe en taza o vaso con ayuda. Capaz de empujar objetos. Se evidencia la mano dominante. (24)

(24) Cuminsky, op. cit., 369.

La enfermera debe saber también que en cuanto al aspecto afectivo, en los 2 primeros meses de vida del niño se encuentra en la fase de autismo normal ya que se encuentra en un estado vegetativo fisiológico, con patrones de sueño prevalentes, así como con incapacidad para la vida de relación con el medio circundante, tiene inmadurez del aparato sensorial.

En los primeros 6 meses de edad el afecto tiene escaso significado, porque el niño carece de un sentido de permanencia, tiene dependencia respecto a la persona que le proporciona cuidados maternos.

A partir de los 8 meses de edad tiene mayor capacidad locomotriz e incrementa la maduración del aparato sensorial, además inicia el proceso de separación-individualización.

Se le denomina etapa oral al estado psicosexual del niño en el primer año de vida ya que la cavidad oral es la principal puerta de entrada de estímulos gratificadores.

Y en el área psicosocial los infantes desarrollan una relación de apego con las personas que se encargan de su cuidado. (25)

(25) Cuminsky, op. cit., 350-360.

Es importante tener en cuenta que el comportamiento motor del niño está determinado por la maduración de los sistemas muscular y nervioso y por las experiencias ambientales.

En el aspecto cognocitivo el niño de 1 a 6 meses se involucra en acciones de tanteo, ensayo y error, los objetos todavía no son concebidos como entidades separadas de él, sino que dependen estrechamente de sus acciones.

Entre los 10 y 12 meses de edad, el lactante es capaz de vencer ciertos obstáculos mecánicos y de procurarse objetos como entidades dotadas de sustancia y permanencia en el espacio. También se desarrolla su capacidad de imitación de modelos. (26)

Se interrogará sobre los antecedentes del desarrollo. Incluirá información acerca del desarrollo del niño hasta la fecha.

Es muy importante la estimulación sensitiva para la maduración de los procesos del pensamiento y la capacidad de percepción. (27)

De donde parte la orientación a los familiares del lactante para que la apliquen en él.

Otro aspecto importante en el lactante es su nutrición.

(26) Martínez y Martínez, *op. cit.*, p.p. 366.

(27) Caminsky, *op. cit.*, 125.

La UNICEF, en el estudio publicado en 1986 sobre el estado mundial de la infancia afirma que la salud nutricional deficiente puede retrasar el desarrollo mental. Al finalizar el primer año de vida, el cerebro humano tiene un peso que representa aproximadamente el 70% del peso del adulto.

El lactante se caracteriza por presentar un ritmo de crecimiento particularmente acelerado, lo que condiciona necesidades energéticas y de nutrientes más elevadas.

Los órganos relacionados con la alimentación, como el aparato digestivo y el riñón, todavía no han madurado.

En los primeros meses de la vida, la alimentación, además de cubrir las necesidades físicas de nutrición, debe también satisfacer las necesidades afectivas del lactante.

La lactancia materna debe iniciarse dentro de los primeros treinta minutos que siguen al parto, lo que favorece el inicio precoz de la lactogénesis y una involución uterina más rápida.

Debe ofrecerse como alimento exclusivo al lactante hasta los 4 ó 6 meses de edad. (28)

La leche materna es fuente higiénica de nutrientes, inmuniza a los infantes frente a algunas enfermedades y contribuye a fortalecer los lazos psicológicos entre la madre y su hijo.

(28) Gómez García María del Carmen, "Periodo de Lactancia", *Enfermería Pediátrica*, Serie de Manuales de Enfermería, Ediciones Científicas y Técnicas S. A., p.p. 105-115, Barcelona España, 1992.

En México ha descendido la mortalidad infantil. El riesgo de fallecer en el primer año de vida disminuyó de 176 decesos por cada mil nacimientos en 1930 a 28 para 1995, es decir, una reducción global de 84% (29).

La leche materna tiene características incomparables para los recién nacidos y los lactantes, se adapta a los requerimientos nutricionales de estos, presenta una composición de alta especificidad.

Contiene lactoalbúmina y lactoferrina (fijadora de hierro que inhibe el desarrollo de bacterias); proteínas que propician la formación de tejidos; grasas, que son nutrientes esenciales como fuente de energía indispensables para el desarrollo del Sistema Nervioso Central. Glúcidos, la lactosa es el carbohidrato que predomina en la leche materna.

Además contiene vitaminas y minerales que estimulan la mejor asimilación de los otros nutrientes.

Tiene como componentes inmunológicos:

Las inmunoglobulinas aportan al niño una barrera contra gérmenes patógenos.

Destaca la inmunoglobulina Ig A secretoria principalmente en el calostro, ya que su concentración decrece en forma más rápida entre el cuarto y quinto día y se mantiene hasta los nueve meses.

(29) Consejo Nacional de Población, "Lactancia Materna". Indicadores Básicos de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. México D.F., 1994.

Ningún hábito tiene tantas implicaciones y produce tantos beneficios para la salud como el amamantamiento. (30)

- El niño tiene menos periodos de llanto ya que existe menos succión de aire que con el biberón, por lo que evita los cólicos.

- Su estabilidad emocional es satisfactoria por el contacto físico y emocional que establece con su madre y se desarrollan más los lazos afectivos.

- Aporta al lactante los elementos nutritivos necesarios en calidad y cantidad hasta los 4 o 6 meses de edad.

- Asegura un crecimiento excelente.

- Garantiza una buena relación madre-hijo.

La cantidad y calidad de la dieta influyen sobre su estado nutricional.

Los primeros meses de vida son un periodo de crecimiento rápido. La leche materna es el alimento completo y perfectamente balanceado que satisface por sí solo a las necesidades de líquidos, energía y nutrientes del niño hasta los 4 o 6 meses de edad. (31)

(30) E. Cedrato Angel, et. al., "Leche Materna", *Pediatría*, Editorial El Ateneo, p.p. 46-47, Buenos Aires, 1992.

(31) V. Schlaepfer Lovaine, "La Alimentación Infantil en México y su Relación con la Utilización de Servicios de Salud Materna", *Revista de Salud Pública*, p.p. 593-606, Vol. 34, No. 6, Nov.-Dic., México D.F., 1992.

Existen inconvenientes de la alimentación complementaria precoz como:

- Interferencia con la lactancia materna.
- Alergia a los alimentos.
- Tendencia a la obesidad.
- Mayor predisposición a las infecciones gastrointestinales.
- Sobrecarga renal de solutos.
- Mala coordinación oral-motora. (32)

El recién nacido nace con un sistema de succión-deglución apto para recibir la alimentación líquida, no así la semisólida dentro de los primeros tres meses de vida, dado que el niño es capaz de protruir la lengua, movimiento apto para la deglución de líquidos y no apropiado para los semisólidos.

La edad adecuada para la incorporación de los alimentos semisólidos es entre el quinto y sexto mes de vida ya que el lactante ha logrado capacidad madurativa, además sus requerimientos nutricionales son mayores para su crecimiento y desarrollo, y por la actividad física que tiene en esta etapa de su vida.

En el quinto mes de vida controla el tono de la cabeza, cuello y tronco, puede permanecer sentado con apoyo, adquiere el reflejo de alineamiento cefalocorporal.

En el sexto mes ya presenta adecuada coordinación de labios-lengua y adquiere la capacidad de expresar su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia adelante.

(32) Muñoz Calvo, et al., "Alimentación Durante el Primer Año de Vida". Pediatría Extrahospitalaria, Manual de Diagnóstico y Tratamiento, Segunda Edición, Ediciones Díaz de Santos S.A., p.p. 25-36, Madrid España, 1994.

Cuando está satisfecho se reclina hacia atrás y lleva la cabeza hacia un lado.

Otros aspectos que deben considerarse son que hasta el mes y medio existe ausencia de la Ig A secretoria en el intestino delgado y hasta los 3 meses es vulnerable a la permeabilidad de antígenos y macromoléculas.

La amilasa salival y la pancreática inician su actividad entre el cuarto y sexto mes, hidrolizan polisacáridos como el almidón.

La pepsina está disminuida en un 50% hasta el cuarto mes, en tanto que la tripsina experimenta un aumento gradual hasta los 12 meses de vida.

Hasta los 6 meses existe una adecuada resorción de grasas (no manteca). (33)

Entre el séptimo y doceavo mes perfecciona la pinza digital, se sienta sin apoyo y adquiere la capacidad de tomar el alimento por sí mismo y masticarlo.

Recomendaciones para la introducción de la ablactación.

- No introducirse antes de los 4 meses de edad del lactante ni retrasarse más allá de los 6 meses.

- Iniciar un nuevo alimento cada semana en pequeñas cantidades incrementando éstas progresivamente, a intervalos de 7-10 días, para vigilar intolerancias y que el niño se acostumbre al cambio de sabores.

(33) E. Cedeno, op. cit., p.p. 70-75.

- No añadir azúcar ni sal a la alimentación del lactante por la predisposición a la caries dental y al desarrollo de hipertensión arterial en fases posteriores de la vida.

(34)

Por otro lado, la vida y la salud dependen de la ingesta y asimilación de los alimentos necesarios, pero de igual importancia resulta la eliminación de los productos de desecho que se forman tras el metabolismo de dichos alimentos.

La eliminación de estos productos se realiza a través de la piel y los pulmones, en pequeña cantidad; y del tubo digestivo y los riñones, en mayor cantidad.

La alteración en los patrones de eliminación tiene repercusiones graves en el organismo, sobre todo pudiendo afectar el equilibrio de líquidos y electrolitos.

La frecuencia y la cantidad de orina eliminada en 24 hrs. son muy individuales y dependen de varios factores, como la temperatura ambiente, la cantidad de líquidos ingeridos y las diferentes etapas del ciclo vital.

El lactante puede orinar hasta 18 veces al día por la menor capacidad de la vejiga.

El peso corporal de los niños está constituido por una cantidad proporcionalmente mayor de líquidos que el del adulto, y en consecuencia elimina más orina.

(34) Gómez García, op. cit., p.p. 118-122.

Los patrones de eliminación intestinal y la consistencia de las heces varían dependiendo de la ingestión de líquido y alimento.

El número de defecaciones diarias de un lactante oscila entre 4 y 7, pero la frecuencia va disminuyendo a medida que se van introduciendo alimentos sólidos en la dieta. (35)

La higiene es un aspecto que en la educación a la familia del lactante no se debe olvidar.

La piel delicada de los niños necesita cuidado y el primero de ellos consiste en el aseo. Aseo de la piel quiere decir el acto o los actos cotidianos, que tienen por objeto quitarle de encima lo que han producido, como la grasa y los desechos de su renovación, así como lo que se le haya adherido de polvos y demás sustancias capaces de mancharla, ensuciarla o infectarla.

Por otra parte, el aseo del niño es indispensable por dos razones:

- 1.- Por hacer que el niño se sienta más confortable.
- 2.- Para crear en él los hábitos de limpieza, que más tarde serán definitivos.

Debe ser diario, estimula las funciones de la piel y también la función circulatoria.

El aseo de genitales y uñas debe ser meticuloso.

(35) Gómez García, op. cit., 123-125

El cambio de pañal frecuente.

La ropa debe permitir los movimientos del niño, a base de regular la irradiación de su propio calor.

El vestido debe ser sencillo, suave, caliente, fácil de lavar y de acuerdo al clima y a la estación. (36)

De igual manera el recalcar la importancia de las inmunizaciones no debe olvidarse ya que un retraso en su aplicación puede ocasionar riesgos innecesarios a adquirir alguna enfermedad prevenible con complicaciones mortales.

Los padres deben conocer además los posibles efectos colaterales de diversas vacunas y se enfatizará que los beneficios que brindan sobrepasan con mucho a los riesgos. (37)

Se les denomina a las vacunas destinadas a prevenir afecciones a las que el niño se encuentra naturalmente expuesto en su habitat.

Vacuna Antituberculosa (BCG). Preparación liofilizada, constituida por bacterias vivas, obtenidas de un cultivo de Calmette y Guérin.

Se recomienda su aplicación dentro de la primera semana de vida, por vía intradérmica.

(36) Sánchez Ríos Feliciano, "El Cuidado del Niño Sano", *Tratado de Puericultura*, Publicaciones Puericultura, p.p. 580-586, México D.F., 1990.

(37) Cominsky, op. cit. 142-143.

Vacuna Antidiférica, Antipertusis y Antitetánica. Para la inmunización de lactantes se utiliza la denominada vacuna triple (DPT), que consiste en una mezcla por dosis de no menos de 30 UI de toxoide diférico, 40 UI de toxoide tetánico y 4 a 12 UI de Bordetella Pertussis en fase 1 muertas.

La vacunación se iniciará a partir de los 2 meses de vida, se aplican 3 dosis sucesivas por vía intramuscular con un intervalo de 8 semanas.

Vacuna Antipoliomielítica. Vacuna trivalente que consiste en una suspensión de los 3 tipos de virus poliomiélicos de las cepas Sabin, vivos y atenuados.

Se administran 3 dosis por vía oral con intervalo de 8 semanas cada una a partir de los 2 meses de edad.

Se aplican las dosis adicionales en las campañas de vacunación a todos los menores de 5 años.

Vacuna Antisarampiónosa. Se elabora con cepas sobreatenuadas de Sarampión de segunda generación.

Se aplica por vía subcutánea a los 9 meses de edad.

Vacuna Haemophilus Influenzae. Poliósido Haemophilus Influenzae tipo B conjugado; se aplican tres dosis con intervalo de dos meses entre cada aplicación por vía intramuscular.

Vacuna Cuádruple. Vacuna conjugada Haemophilus, Diférica, Tetánica y Pertusis. Tres dosis con intervalo de ocho semanas entre cada una, en cara externa del vasto lateral (muslo).

Triple Viral. Compuesta de virus vivos atenuados del Sarampión, Rubéola y parotiditis. Se aplica en región deltoidea izquierda por vía subcutánea en niños de un año de edad. (38)

(38) E. Cadrota, op. cit., p.p. 121-129.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la adecuación de la valoración clínica de la Enfermera Materno-Infantil a los lactantes menores de un año en los que lleva control de crecimiento y desarrollo en la Clínica 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Tlaxcala.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar la primera atención que ofrece la Enfermera Materno-Infantil al lactante menor de un año.
- Detectar los aspectos en que la E.M.I. requiere de apoyo para mejorar la calidad en el interrogatorio a los familiares del lactante menor de un año y a la exploración física del mismo.
- Identificar si corresponde la orientación que proporciona la E.M.I. a los familiares del lactante menor de un año con la valoración que realizó anteriormente.

HIPÓTESIS

La adecuación de la valoración clínica de enfermería del lactante menor se asocia directamente con la formación clínica de la E.M.I.; que incluye dominio sobre crecimiento y desarrollo de dicho grupo etáreo, la calidad de registros de enfermería y la capacidad como educadora para la salud.

VARIABLES

VARIABLES IDENTIFICADAS

Calidad de registro sobre:

- a) Crecimiento.
- b) Desarrollo psicomotor.
- c) Alimentación.
- d) Higiene.
- e) Inmunizaciones.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

a) Crecimiento: Incremento de la masa corporal que se determina por medio de la toma de peso y talla; de acuerdo a la edad y sexo del lactante y a las tablas de referencia para la valoración del crecimiento en el menor de 5 años utilizadas en el sistema médico familiar del I.M.S.S. (anexo 1).

b) Desarrollo psicomotor: Desarrollo de funciones y adaptaciones, así como de habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización. Desarrollo normal si ejecuta las conductas correspondientes a su edad cronológica, y anormal si no ejecuta las conductas correspondientes a la inmediata anterior, de acuerdo a la forma MF8 (anexo 2).

c) Alimentación: Alimentación Ideal; leche materna y ablactación oportuna. Lactancia materna exclusiva hasta los 4 ó 6 meses, ablactación entre los 4 y 6 meses de edad. Se considera desviación la introducción de sucedáneos de la leche antes de los 4 meses y, ablactación fuera del periodo establecido, antes ó después.

d) Higiene: Condiciones de aseo del niño.

Higiene adecuada: Aseo personal (baño, corte de uñas, etc.), ropa limpia.

Higiene inadecuada: Si se omite este aspecto.

e) Inmunizaciones: Aplicación de vacunas de acuerdo al esquema nacional de vacunación.

Registro completo o incompleto de acuerdo a la edad del lactante ó con alguna especificación, por ejemplo; "sin cartilla", "pendiente cartilla".

MATERIAL Y MÉTODO

A) TIPO DE DISEÑO.

Se realizó un estudio observacional y descriptivo tomando en consideración que se aplicó una guía de evaluación a expedientes clínicos de los lactantes menores de un año.

Es un estudio transversal ya que se efectuó una sola medición, se definió como retrospectivo en función de que se recopilaron datos del expediente clínico a partir de registros generados en la primera atención otorgada al niño en control de crecimiento y desarrollo con la Enfermera Materno-Infantil plasmados en los formatos MF8 "Atención médica al niño de 0 a 4 años" (anexo 2), y la 4-30-128/72 "Notas médicas y prescripción" (anexo 3).

B) UNIVERSO DE ESTUDIO

Todos los expedientes de niños menores de un año atendidos en el consultorio de Materno-Infantil de la consulta externa de la clínica 8 del I.M.S.S., Tlaxcala.

C) POBLACIÓN DE ESTUDIO

Registros de la primera consulta a los lactantes menores de un año atendidos por la E.M.I..

D) MUESTRA

Se toma una muestra no probabilística integrada por 220 notas de registro de la atención de enfermería al lactante menor de un año, que comprendiera esta edad durante el periodo del 1° de Noviembre de 1995 al 30 de Octubre de 1996, en control de crecimiento y desarrollo con la E.M.I..

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

E) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Registros de:

- Lactantes que tengan de 0 a 12 meses de edad en el periodo de estudio.
- Que acuden a control de crecimiento y desarrollo con las E.M.I. de la Clínica 8 del I.M.S.S. de Tlaxcala.
- Lactantes que asistan a valoración de primera vez.

F) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Registros de:

- Notas de niños mayores de un año.
- Notas de atenciones subsecuentes a lactantes menores de un año.

G) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Registros de:

- Lactantes menores de un año que acuden a control con las E.M.I. que tengan expediente clínico incompleto (sin MF8/86 ó 4-30-128/72).
- Lactantes menores de un año en control con las E.M.I. dados de baja del IMSS.

PROCESO ESTADÍSTICO DE DATOS

RECOLECCIÓN.

Método: Revisión de expedientes clínicos de todos los niños menores de un año, en control con las E.M.I.

Técnica: Observación directa y análisis de los registros.

Instrumento: Formato de trabajo, lista de cotejo elaborado expofeso (anexo 3).

CLASIFICACIÓN.

Los datos se clasificaron de acuerdo a los indicadores de las variables:

Registro por:

- 1) Edad y sexo.
- 2) Tipo de riesgo.
- 3) Distribución por turno y por enfermera que otorga la atención.
- 4) Adecuación del registro de atenciones otorgadas.
- 5) Fecha de la atención.
- 6) Hora de la atención.
- 7) Peso corporal en la gráfica correspondiente al formato impreso.
- 8) Exploración física.
- 9) Desarrollo psicomotor.
- 10) Duración de la Lactancia Materna.
- 11) Interrogatorio y orientación sobre alimentación.
- 12) Fomento a la Lactancia Materna.
- 13) Indicación de sucedáneos de la Leche materna.
- 14) Inclusión de la ablactación.
- 15) Características de las excretas.
- 16) Interrogatorio y orientación sobre higiene.
- 17) Aplicación de vacunas.
- 18) Orientación sobre inmunizaciones.
- 19) Correlación de la valoración clínica con la orientación que proporciona la E.M.I..

RECUESTO DE DATOS.

Los datos se procesaron mediante tarjetas simples.

PRESENTACIÓN.

Tablas y gráficas para variables cualitativas.

ANÁLISIS.

Análisis estadístico descriptivo simple, con porcentajes para todos los casos.

PRUEBA PILOTO.

Se analizaron y codificaron 10 expedientes clínicos de los lactantes en estudio. Se elaboraron cuadros y gráficas para derivar resultados preliminares; a partir de lo anterior se reestructuró la lista de cotejo propuesta como instrumento de recolección de datos.

ORGANIZACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN

- *Asesor Metodológico:* Lic. Teresa Sánchez Estrada.
- *Asesor Clínico:* Dr. Víctor de la Rosa Morales.
- *Testista:* Sandra Luz Cantero Márquez.

RECURSOS MATERIALES.

Biblioteca, hemeroteca, centro de investigación documental, expedientes clínicos, computadora, escritorio, máquina de escribir, material de papelería, fotocopias.

PRESUPUESTO.

Costo promedio del estudio: \$ 2,500.00

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se analizaron los expedientes clínicos de todos los lactantes en control con las E.M.I. una vez autorizado el proyecto de investigación por el Comité de Investigación del I.M.S.S., en Tlaxcala. La información se manejó confidencialmente respetando la individualidad de los usuarios y prestadores del servicio. La difusión de los resultados se realizará en sesiones departamentales y reunión regional de investigación.

**RESULTADOS DE
INVESTIGACIÓN**

**CUADROS, GRÁFICAS Y DATOS
DESCRIPTIVOS**

RESULTADOS

Se analizaron 220 notas de la primera atención otorgada a lactantes menores de un año en control de crecimiento y desarrollo con la E.M.I.

Del total el 79.1 % son menores de 4 meses de edad.

En cuanto al sexo se observó que corresponden al femenino el 50.9 % y al masculino el 49.1 %. (Cuadro 1).

Existe en el 47.8 % riesgo para su crecimiento y desarrollo siendo de tipo neonatal el 21.4 %, el 18.2 % materno y el 8.2 % materno y neonatal; mientras que el 40.4 % carece de riesgo.

Al 14.5 % se le otorga interrogatorio adecuado sobre sus antecedentes perinatales y el 73.3 % no tiene datos. (Cuadro 2).

Se observa que clasificados por turno hay una distribución homogénea de aproximadamente el 50.0 % de lactantes. En el turno matutino el Consultorio No. 6 deriva un 8.2 %, mientras que el Consultorio No. 7 el 25.2 % de los niños. Y en el turno vespertino el 6.4 % de los lactantes son derivados del Consultorio No. 6 y el 29.4 % del Consultorio No. 3. Del total de lactantes menores de un año en control con la Enfermera Materno Infantil son derivados un 13.5 % aproximadamente en promedio de cada consultorio restante de ambos turnos. (Cuadro 3).

En cuanto a su distribución los datos muestran que la población atendida por turno es en promedio del 50.0 %.

Según tipo de enfermera se puede ver que el 79.0 % es atendido por la E.M.I., mientras que existe un 21.0 % atendido por la Enfermera Suplente. (Cuadro 4).

En el 54.5 % del porcentaje acumulado se omite o se registra de manera incompleta la atención otorgada al niño y en el 45.5 % se registra adecuadamente en la forma MF8. (Cuadro 5).

Mientras que en la nota de enfermería en el 98.6 % de los casos se hizo un registro adecuado de la fecha de atención. (Cuadro 6).

Se registra la hora de la atención en un 73.6 % y se omite en un 26.4 %. (Cuadro 7).

En el 56 % del porcentaje acumulado se registra de manera inadecuada o se omite el peso corporal del lactante. (Cuadro 8).

En la nota de enfermería se omite el registro de peso y talla en el 1.8 % únicamente. (Cuadro 9).

La exploración física en el 84.6 % de los lactantes analizados se registra de manera incompleta. (Cuadro 10).

Muestran los datos el 66.3 % de porcentaje acumulado entre la omisión y el registro inadecuado en cuanto al desarrollo psicomotor del niño y sólo el 33.7 % se registra adecuadamente. (Cuadro 11).

En el 53.7 % se omite el registro o se realiza de manera inadecuada la duración de la lactancia materna y el inicio de la ablactación. (Cuadro 12).

Del 92.3 % en quien se interrogó adecuadamente sobre aspectos higiénicos, al 62.7 % se le orientó de manera correcta. (Cuadro 13).

En el 60.9 % se fomenta la lactancia materna adecuadamente. (Cuadro 14).

En el 95.4 % no se indican sucedáneos de la leche materna y del porcentaje restante únicamente el 1.4 % se indica porque realmente es necesario. (Cuadro 15).

En el 96.8 % de los lactantes se incluye la ablactación en la edad correcta. (Cuadro 16).

En el 95.4 % de porcentaje acumulado se registró incorrectamente o se omitieron las características de las excretas. (Cuadro 17).

Mientras que del 42.7 % en los que se interroga sobre higiene, al 34.5 % se le orienta de manera adecuada.

Y del 57.3 % en los que se omite el interrogatorio, al 25.4 % además la orientación. (Cuadro 18).

En el 78.2 % se registra de manera adecuada la aplicación de vacunas, en el 13.2 % se omite el registro y en el 8.6 % se realiza de manera inadecuada. (Cuadro 19).

En el 57.2 % únicamente de los lactantes analizados se orienta sobre inmunizaciones. (Cuadro 20).

Por lo tanto corresponde la valoración clínica en un 62.3 % con la orientación que se proporciona en los casos analizados. (Cuadro 21).

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO DE LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO CONTROLADOS POR LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. TLAXCALA, TLAX.

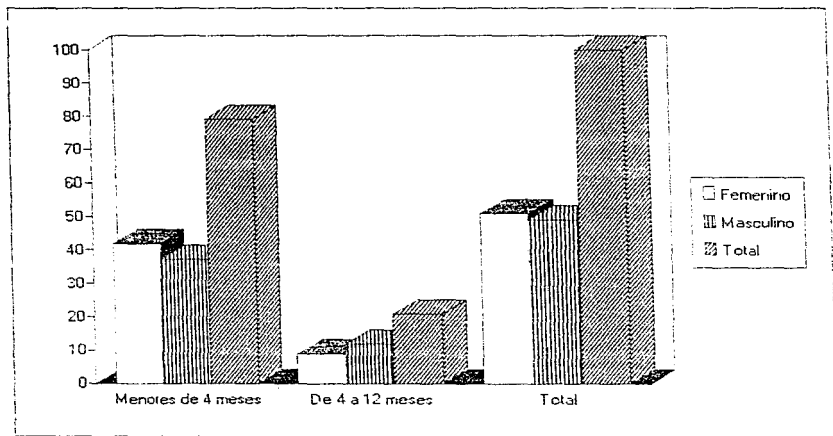
1997

EDAD	S E X O				TOTAL	%
	Femenino	%	Masculino	%		
MENORES DE 4 MESES	92	41.9	82	37.2	174	79.1
DE 4 A 12 MESES	20	9	26	11.9	46	20.9
TOTAL	112	50.9	108	49.1	220	100

FUENTE: Datos procesados por Sandra Luz Cantero Márquez, Enfermera Materno Infantil de la Clínica No. 8 Tlaxcala, Tlax. 1997.

GRÁFICA 1

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO DE LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO CONTROLADOS POR LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 1.

CUADRO 2

TIPO DE RIESGO QUE TIENEN LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO EN CONTROL CON LA E.M.I. Y EL INTERROGATORIO QUE REALIZA LA ENFERMERA SOBRE SUS ANTECEDENTES PERINATALES EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. TLAXCALA, TLAX.

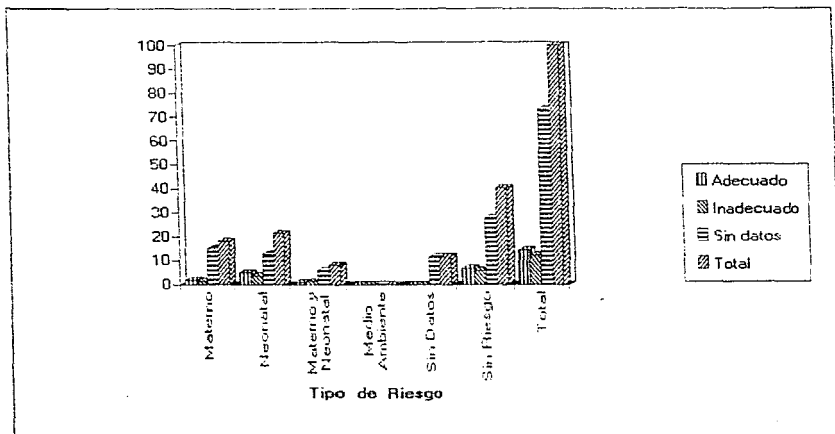
1997

TIPO DE RIESGO	INTERROGATORIO SOBRE ANTECEDENTES PERINATALES						TOTAL	%
	ADECUADO		INADECUADO		SIN DATOS			
		%		%		%		
Materno	4	1.8	3	1.4	33	15	40	18.2
Neonatal	11	5	8	3.6	28	12.8	47	21.4
Materno y Neonatal	2	0.9	3	1.3	13	6	18	8.2
Medio Ambiente	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin Datos	0	0	0	0	26	11.8	26	11.8
Sin Riesgo	15	6.8	13	5.9	61	27.7	89	40.4
TOTAL	32	14.5	27	12.2	161	73.3	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 2

TIPO DE RIESGO QUE TIENEN LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO EN CONTROL CON LA E.M.I. Y EL INTERROGATORIO QUE REALIZA LA ENFERMERA SOBRE SUS ANTECEDENTES PERINATALES EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 2.

CUADRO 3

CONSULTORIO MÉDICO QUE DERIVA A LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO CONTROLADOS POR LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. TLAXCALA, TLAX.

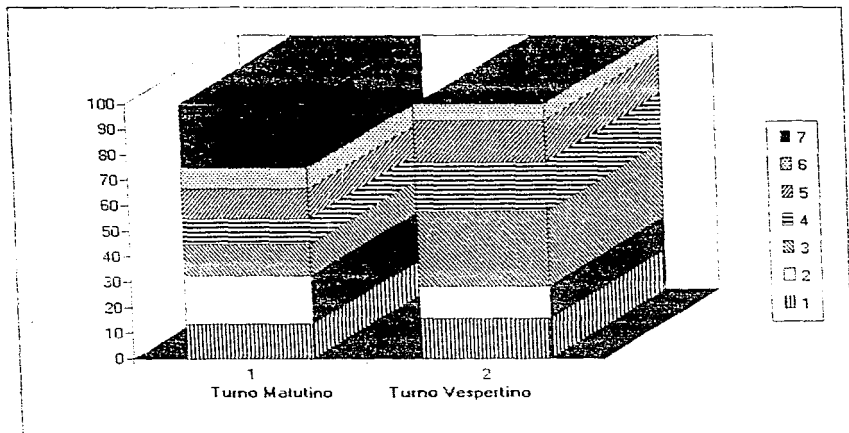
1997

CONSULTORIO MÉDICO QUE DERIVA	DERIVACIONES CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL				TOTAL	%
	TURNO MATUTINO		TURNO VESPERTINO			
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%		
1	15	13.5	17	15.6	32	14.5
2	21	18.9	14	12.8	35	16
3	14	12.6	32	29.4	46	21
4	11	9.9	21	19.3	32	14.5
5	13	11.7	18	16.5	31	14
6	9	8.2	7	6.4	16	7.3
7	28	25.2	-	-	28	12.7
TOTAL	111	100	109	100	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 3

CONSULTORIO MÉDICO QUE DERIVA A LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO CONTROLADOS POR LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 3.

CUADRO 4

DISTRIBUCIÓN POR TURNO Y POR ENFERMERA QUE OTORGA LA ATENCIÓN DE LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE MATERNO-INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 L.M.S.S. TLAXCALA, TLAX.

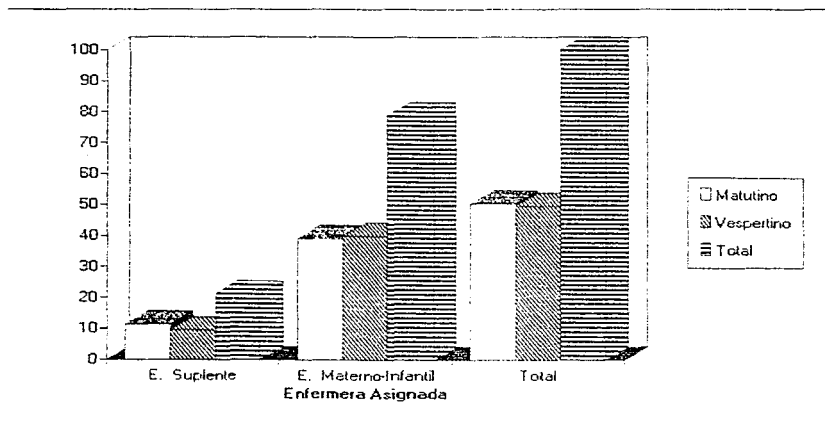
1997

TURNO	ENFERMERA ASIGNADA				TOTAL	%
	E. Suplente	%	E. Materno Infantil	%		
Matutino	25	11.4	86	39	111	50.4
Vespertino	21	9.6	88	40	109	49.6
TOTAL	46	21	174	79	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 4

DISTRIBUCIÓN POR TURNO Y POR ENFERMERA QUE OTORGA LA ATENCIÓN DE LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE MATERNO-INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 4.

CUADRO 5

ADECUACIÓN DEL REGISTRO DE CONSULTAS RECIBIDAS POR EL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN EL SERVICIO DE MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 L.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.

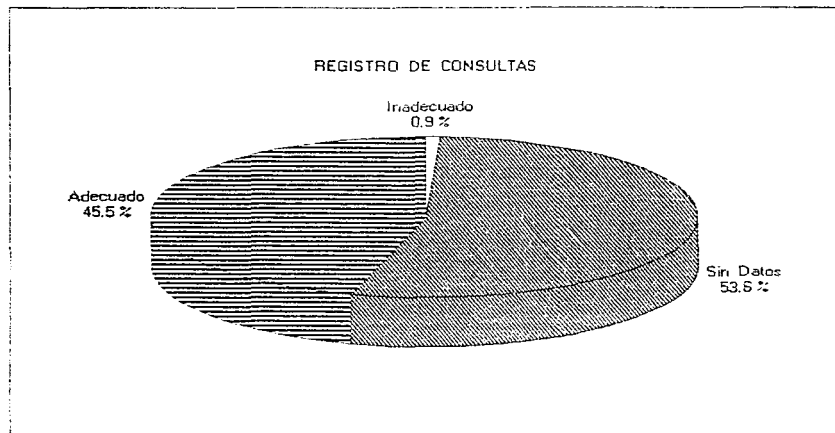
1997

REGISTRO DE CONSULTAS	CANTIDAD	%
ADECUADO	100	45.5
INADECUADO	2	0.9
SIN DATOS	118	53.6
TOTAL	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 5

ADECUACIÓN DEL REGISTRO DE CONSULTAS RECIBIDAS POR EL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN EL SERVICIO DE MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 5.

CUADRO 6

REGISTRO DE LA FECHA DE LA ATENCIÓN OTORGADA AL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.

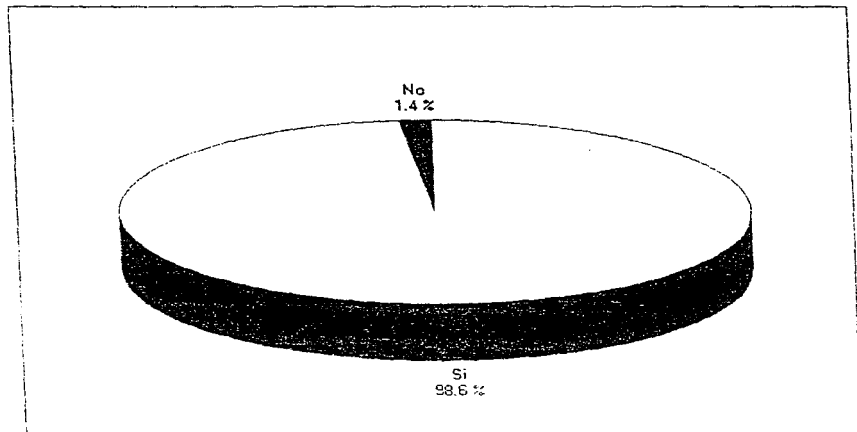
1997

REGISTRA	CANTIDAD	%
SI	217	98.6
NO	3	1.4
TOTAL	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 6

REGISTRO DE LA FECHA DE LA ATENCIÓN OTORGADA AL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 6.

CUADRO 7

REGISTRO DE LA HORA EN QUE SE OTORGA LA ATENCIÓN AL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.

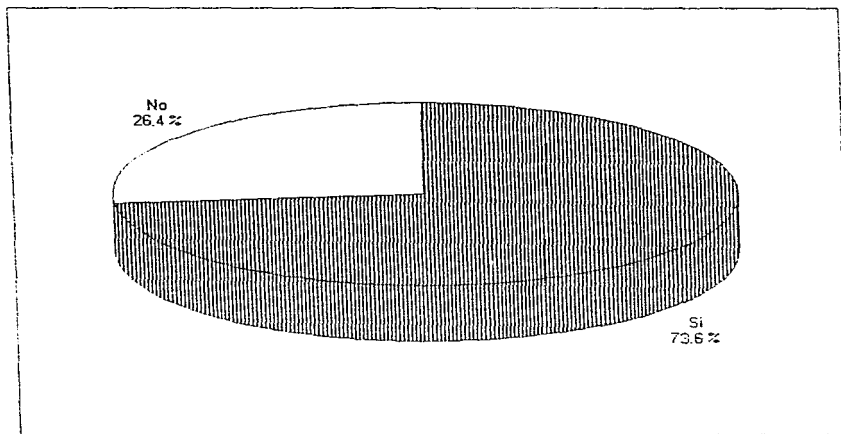
1997

SE ANOTA	CANTIDAD	%
SI	162	73.6
NO	56	26.4
TOTAL	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 7

REGISTRO DE LA HORA EN QUE SE OTORGA LA ATENCIÓN AL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 7.

CUADRO 8

REGISTRO DEL PESO CORPORAL EN LA GRÁFICA
CORRESPONDIENTE DEL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN
CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA
CLÍNICA No. 8 L.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.

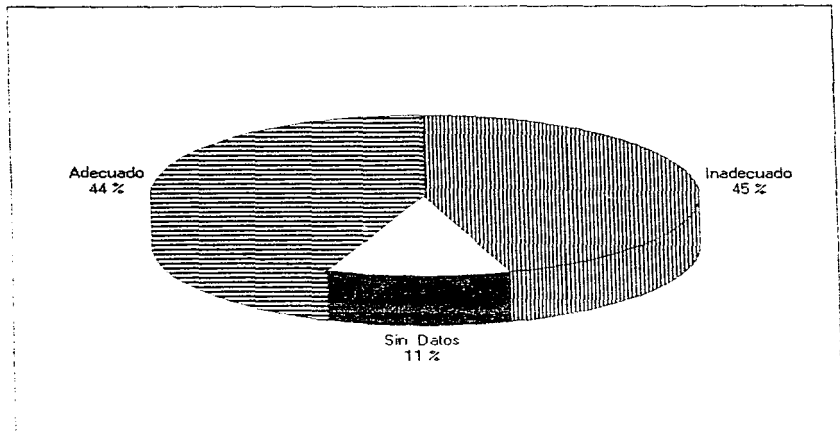
1997

FORMA	CANTIDAD	%
ADECUADA	97	44
INADECUADA	99	45
SIN DATOS	24	11
TOTAL	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 8

REGISTRO DEL PESO CORPORAL EN LA GRÁFICA
CORRESPONDIENTE DEL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN
CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA
CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 8.

CUADRO 9

REGISTRO DEL PESO Y LA TALLA DEL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 LM.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.

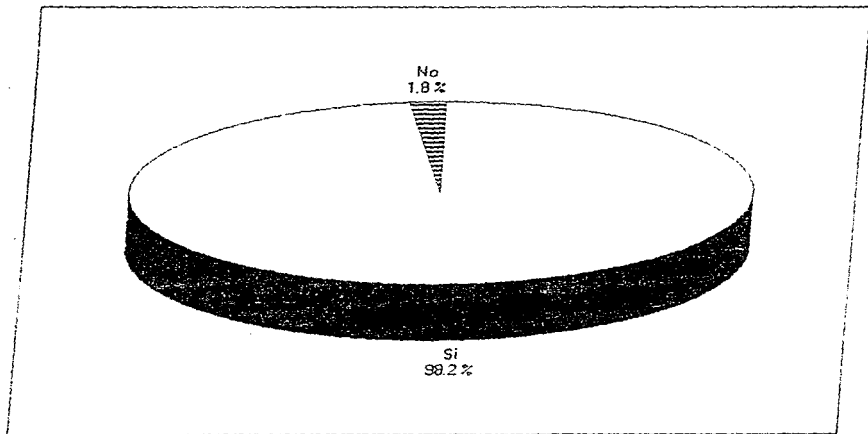
1997

SE REGISTRA	CANTIDAD	%
SI	216	98.2
NO	4	1.8
TOTAL	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 9

REGISTRO DEL PESO Y LA TALLA DEL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 9.

CUADRO 10

EXPLORACIÓN FÍSICA QUE SE REALIZA AL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.

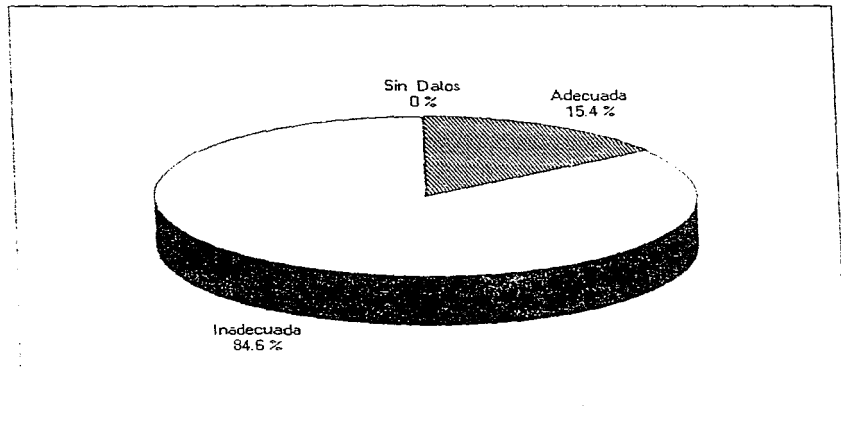
1997

SE REALIZA DE MANERA	CANTIDAD	%
ADECUADA	34	15.4
INADECUADA	186	84.6
SIN DATOS	0	0
TOTAL	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 10

EXPLORACIÓN FÍSICA QUE SE REALIZA AL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 10.

CUADRO 11

REGISTRO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.

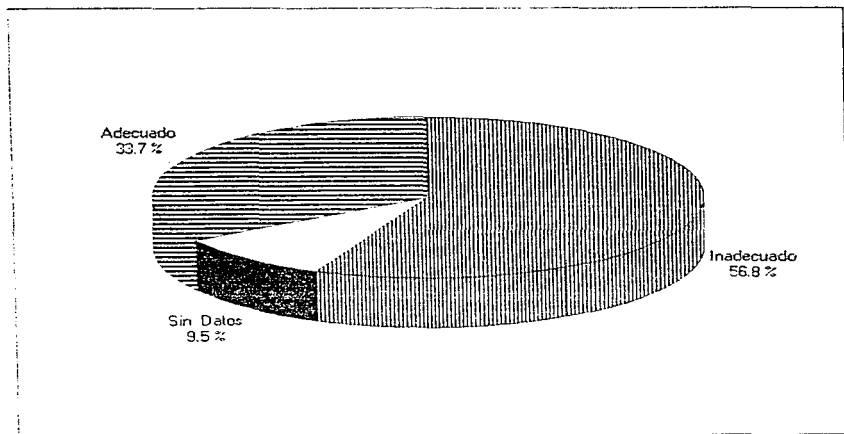
1997

FORMA	CANTIDAD	%
ADECUADA	74	33.7
INADECUADA	125	56.8
SIN DATOS	21	9.5
TOTAL	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 11

REGISTRO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 11.

CUADRO 12

REGISTRO DE LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y EL INICIO DE ABLACTACIÓN EN EL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 L.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.

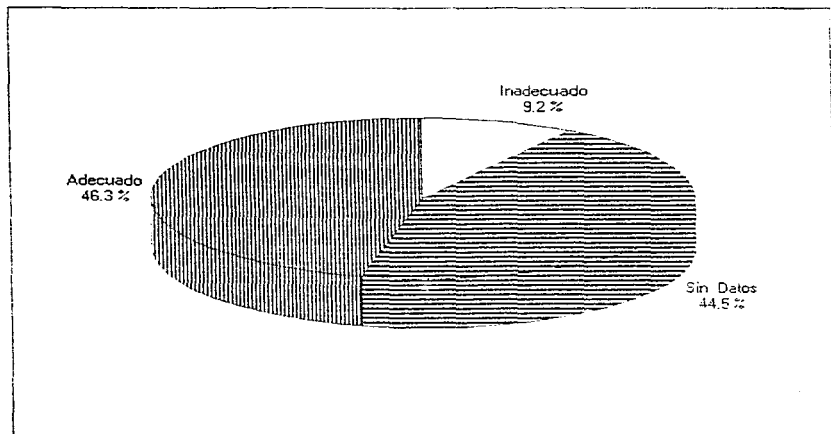
1997

FORMA	CANTIDAD	%
ADECUADA	102	46.3
INADECUADA	20	9.2
SIN DATOS	98	44.5
TOTAL	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 12

REGISTRO DE LA DURACIÓN DE LA LACTANCLIA MATERNA Y EL INICIO DE ABLACTACIÓN EN EL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 12.

CUADRO 13

INTERROGATORIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y LA ORIENTACIÓN QUE SE PROPORCIONA A LOS FAMILIARES DE LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.

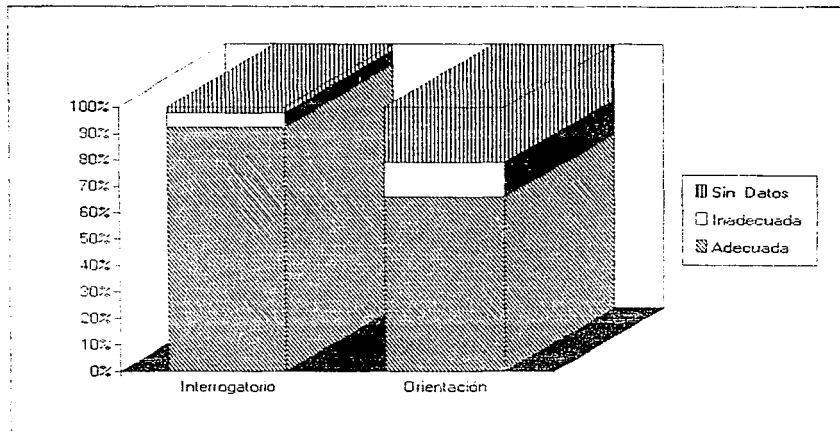
1997

INTERROGATORIO SOBRE ALIMENTACIÓN	ORIENTACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN							
	FORMA	ADE- CUADA	%	INADE- CUADA	%	SIN DATOS	%	TOTAL
ADECUADA	138	62.7	21	9.6	44	20	203	92.3
INADECUADA	4	1.8	8	3.6	0	0	12	5.4
SIN DATOS	3	1.4	0	0	2	0.9	5	2.3
TOTAL	145	65.9	29	13.2	46	20.9	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 13

INTERROGATORIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y LA ORIENTACIÓN QUE SE PROPORCIONA A LOS FAMILIARES DE LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 3 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 13.

CUADRO 14

REGISTRO SOBRE EL FOMENTO DE LACTANCIA MATERNA EN LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.

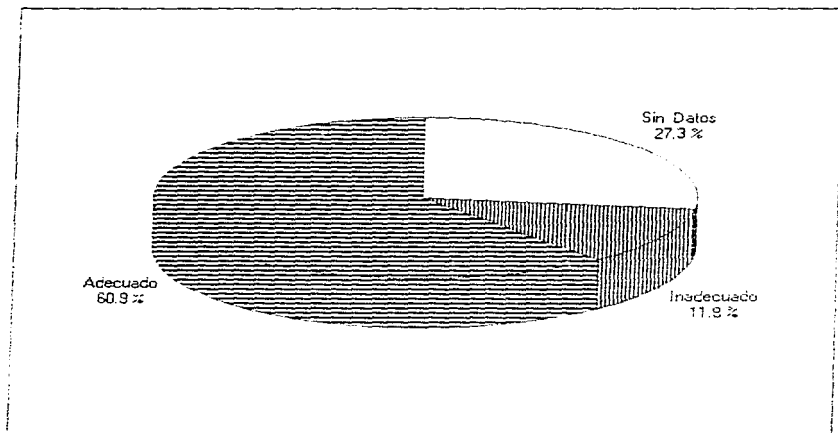
1997

FORMA	CANTIDAD	%
ADECUADA	134	60.9
INADECUADA	26	11.8
SIN DATOS	60	27.3
TOTAL	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 14

REGISTRO SOBRE EL FOMENTO DE LACTANCIA MATERNA EN LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 14.

CUADRO 15

INDICACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA EN LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 L.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.

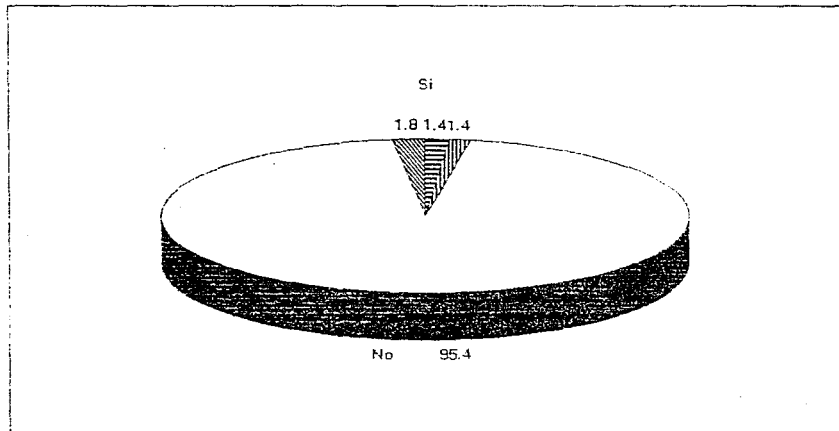
1997

SE OFRECE	EN FORMA	CANTIDAD	%
SI	ADECUADA	3	1.4
	INADECUADA	3	1.4
	SIN DATOS	4	1.8
NO		210	95.4
TOTAL		220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 15

INDICACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA EN LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 15.

CUADRO 16

INCLUSIÓN DE LA ABLACTACIÓN EN LACTANTES MENORES DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.

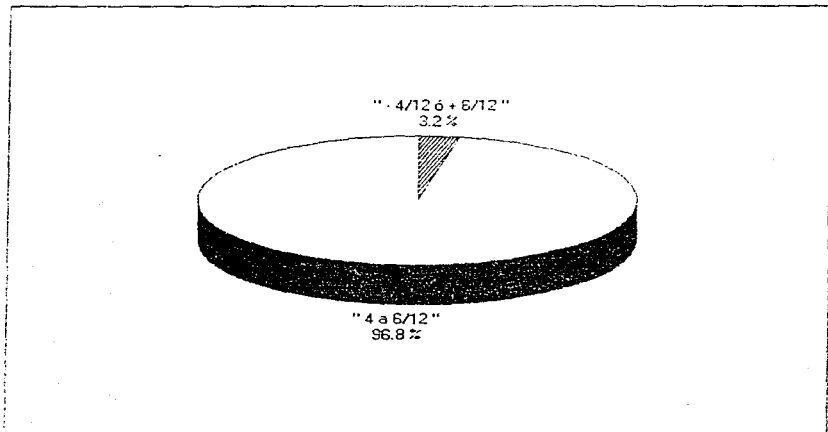
1997

EDAD	CANTIDAD	%
- 4/12 ó + 6/12	7	3.2
4 a 6/12	213	96.8
TOTAL	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 16

INCLUSIÓN DE LA ABLACTACIÓN EN LACTANTES MENORES DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 16.

CUADRO 17

REGISTRO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE EXCRETAS DE LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.

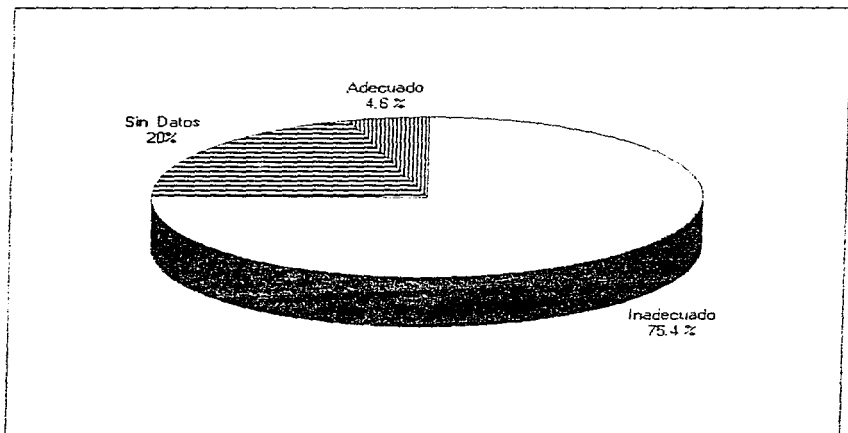
1997

FORMA	CANTIDAD	%
ADECUADA	10	4.6
INADECUADA	166	75.4
SIN DATOS	44	20
TOTAL	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 17

REGISTRO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE EXCRETAS DE LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 17.

CUADRO 18

INTERROGATORIO Y ORIENTACIÓN QUE SE REALIZA Y OTORGA RESPECTIVAMENTE SOBRE HIGIENE A LOS FAMILIARES DE LACTANTES MENORES DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.

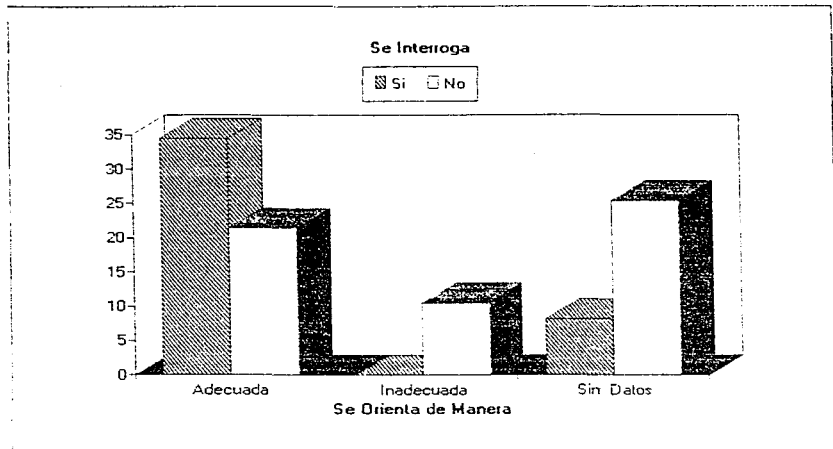
1997

SE INTE- RROGA	SE ORIENTA DE MANERA						TOTAL	%
	ADECUA- DA	%	INADE- CUADA	%	SIN DATOS	%		
SI	76	34.5	0	0	12	2.2	94	42.7
NO	47	21.4	23	10.5	56	25.4	126	57.3
TOTAL	123	55.9	23	10.5	74	33.6	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 18

INTERROGATORIO Y ORIENTACIÓN QUE SE REALIZA Y OTORGA RESPECTIVAMENTE SOBRE HIGIENE A LOS FAMILIARES DE LACTANTES MENORES DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 18.

CUADRO 19

REGISTRO DE LA APLICACIÓN DE VACUNAS EN EL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 L.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.

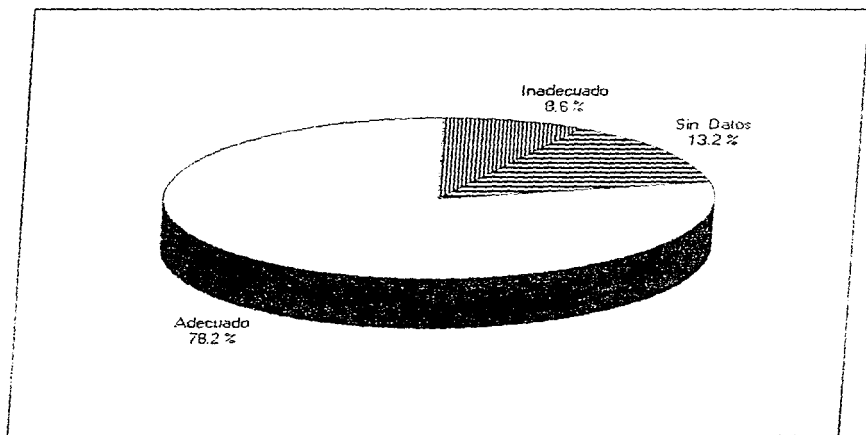
1997

FORMA	CANTIDAD	%
ADECUADA	172	78.2
INADECUADA	19	8.6
SIN DATOS	29	13.2
TOTAL	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 19

REGISTRO DE LA APLICACIÓN DE VACUNAS EN EL LACTANTE MENOR DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 L.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 19.

CUADRO 20

ORIENTACIÓN SOBRE INMUNIZACIONES A FAMILIARES DE LACTANTES MENORES DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.

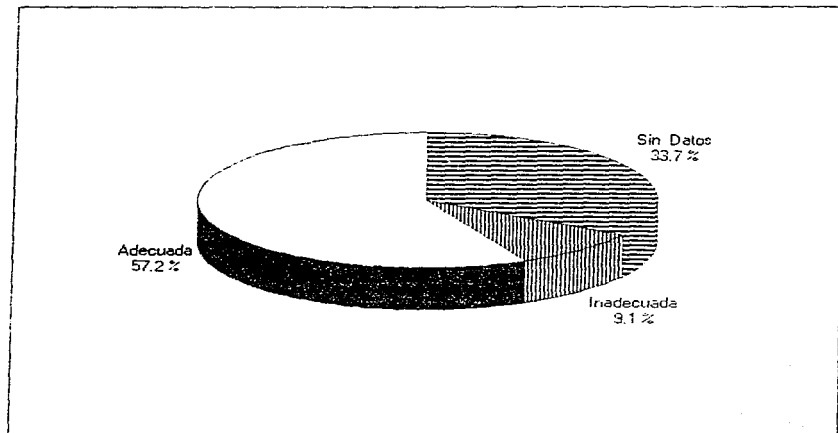
1997

FORMA EN QUE SE REALIZA	CANTIDAD	%
ADECUADAMENTE	126	57.2
INADECUADAMENTE	20	9.1
SIN DATOS	74	33.7
TOTAL	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 20

ORIENTACIÓN SOBRE INMUNIZACIONES A FAMILIARES DE LACTANTES MENORES DE UN AÑO EN CONTROL CON LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 20.

CUADRO 21

CORRELACIÓN DE LA VALORACIÓN CLÍNICA CON LA ORIENTACIÓN QUE PROPORCIONA LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL A LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO QUE TIENE EN CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LA CLÍNICA No. 8 L.M.S. DE TLAXCALA, TLAX.

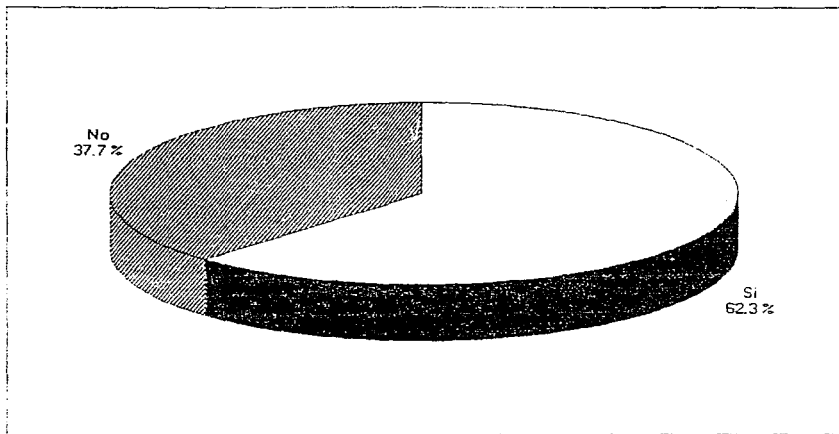
1997

CORRESPONDE	CANTIDAD	%
SI	137	62.3
NO	83	37.7
TOTAL	220	100

FUENTE: La misma del Cuadro 1.

GRÁFICA 21

CORRELACIÓN DE LA VALORACIÓN CLÍNICA CON LA ORIENTACIÓN QUE PROPORCIONA LA ENFERMERA MATERNO INFANTIL A LOS LACTANTES MENORES DE UN AÑO QUE TIENE EN CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LA CLÍNICA No. 8 I.M.S.S. DE TLAXCALA, TLAX.



FUENTE: Cuadro 21.

DISCUSIÓN

Una ventaja encontrada en el estudio es que cerca de las cuatro quintas partes de los niños en control con la E.M.I. se atiende a temprana edad aplicándose en ellos acciones preventivas; aspecto importante considerando que en los primeros meses de vida existe mayor susceptibilidad a la morbi-mortalidad infantil según se refiere en la Ley General de Salud. (7)

Existe un porcentaje similar de niños en control de sexo femenino y masculino, dato homogéneo comparado con la pirámide poblacional a nivel estatal. (Anexo 8) En el crecimiento la importancia de la identificación del sexo radica en que en el femenino es menor; además, aspectos como la higiene y detección de anomalías en genitales externos son diferentes de acuerdo a cada sexo.

Aproximadamente la mitad de los niños incluidos tienen riesgo para su crecimiento y desarrollo predominando el de tipo neonatal; sin embargo, el interrogatorio sobre sus antecedentes perinatales únicamente se realiza a una mínima proporción de ellos impidiendo tener una herramienta que guíe a la detección oportuna de desviaciones en el crecimiento y desarrollo del niño. (29)

La distribución de lactantes en ambos turnos es similar, coincidiendo además que del consultorio no. 6 donde se atienden trabajadores I.M.S.S. la derivación por parte de los M. F. es muy escasa. Es notorio también que de un consultorio por turno se reciben mayor cantidad de lactantes a control. Dato indicador de que la estrategia establecida de la existencia de las E.M.I. para ampliar la cobertura y liberar carga de trabajo de bajo riesgo incrementando el tiempo al M. F. para la atención de pacientes con alto riesgo, no se lleva a cabo adecuadamente. (17)

Una quinta parte de las atenciones fué otorgada por personal de enfermería suplente y teniendo en cuenta que la atención que se proporciona es específica, el manejo por parte de enfermería debe unificarse para tener una continuidad efectiva en el control del niño y evitar la desorientación en los padres o personas que los cuidan.

Tal vez no se considera como un aspecto importante el llenado de la forma MF8, por lo que se omite el registro de la atención otorgada, sin embargo es un complemento de la nota de enfermería, y su contenido permite identificar la evolución del niño.

Casi en la totalidad de los expedientes analizados en la nota de enfermería se registra la fecha de la atención, situación favorable para realizar comparaciones entre una y otra atención.

La graficación incorrecta del peso corporal del lactante se encuentra aproximadamente en la mitad de los expedientes y es probablemente condicionada por el desconocimiento de como hacerlo.

Mientras que en la nota de enfermería es mínimo el porcentaje en que se omite el registro de peso y talla, sin embargo no debe olvidarse relacionar ambos parámetros y compararlos con el aumento desde la última cita, recordando que la ropa y el calzado modifican estos datos evitando una valoración fidedigna del crecimiento. (27)

Generalmente la exploración física se realiza de manera incompleta lo que implica no identificar la viveza mental, inquietud, posición del cuerpo, ropa, higiene personal, edad aparente y condiciones del cuerpo del niño; por lo tanto, el diagnóstico de enfermería que se elabora no proporciona la pauta a seguir para una orientación acertada. (29)

Solamente en una tercera parte de los niños el registro sobre su desarrollo psicomotor es correcto, y si se considera que este incluye el área intelectual, neuromuscular, de lenguaje y psicosocial puede identificarse indudablemente la magnitud que implica no detectarlo a través de la observación y estimulación. (30)

La duración de la lactancia materna y el inicio de la ablactación son aspectos básicos que si se ignoran, de igual forma la educación para la salud se desvía sin centrarse en aspectos específicos. (36)

La alimentación es una situación en la que más se interesa la enfermera que otorga la atención al lactante menor de un año; sin embargo aún no se cubre en su totalidad. Situación preocupante ya que no realiza un diagnóstico nutricional y por consiguiente no corrige malos hábitos alimenticios.

La lactancia materna tiene una influencia positiva en grado máximo para lograr un crecimiento y desarrollo adecuado en el lactante menor de un año, y lógicamente, si no se fomenta impide el logro de éstos. Debiendo enfatizar la importancia de la primera tetada inmediata al parto, la exclusividad como alimento hasta los 4 ó 6 meses de edad, la técnica y posiciones para amamantar, técnica de extracción, conservación y ministración de la leche materna y la erradicación de mitos y tabús. (37)

Si se indica algún sucedáneo de la leche materna es importante el registrar la causa que lo justifique ya que de lo contrario se actúa contra de lo ideal.

Al no iniciar la ablactación en una edad correcta se puede predisponer al lactante a una desnutrición, malnutrición y alergias; debido a la interferencia con la lactancia materna, a la mayor predisposición a infecciones gastrointestinales, a la sobrecarga de solutos e inmadurez del aparato digestivo y riñón. (41)

La eliminación de productos de deshecho en mayor cantidad se realiza a través del tubo digestivo y los riñones. Su alteración tiene repercusiones graves en el organismo pudiendo afectar el equilibrio hidroelectrolítico. La higiene y la alimentación pueden modificar las características de las excretas. Es importante conocer sus características ya que pueden señalar sobre que aspecto se puede orientar o educar. (43)

La omisión y el registro incorrecto sobre el interrogatorio de la higiene impide detectar malos hábitos que en algunas ocasiones no son observables. Teniendo en cuenta que el aseo adecuado impide infecciones, provoca confortabilidad, crea el hábito de la limpieza en el niño y además el baño estimula las funciones de la piel y la circulación. (44)

La aplicación de vacunas es un aspecto en el que la enfermera tiene la precaución de registrar en el expediente clínico, pero al no orientar a los familiares de los lactantes sobre el esquema básico de inmunizaciones se propicia a que se omita su aplicación. Es importante no olvidar indicar los posibles efectos colaterales de las diversas vacunas enfatizando que los beneficios de éstas sobrepasan al riesgo. (46)

CONCLUSIÓN

Generalmente la E.M.I. realiza infinidad de actividades preventivas de acuerdo a la formación educativa y clínica que tiene, las cuales en ocasiones se ignoran por que una forma de supervisarlas es analizando los registros que plasma; sin embargo, ha adquirido el mal hábito de registrarlos en forma incompleta.

Se identificó a través de esta investigación que la valoración clínica que realiza de acuerdo a sus registros debe ser más precisa; en el interrogatorio en los aspectos de antecedentes perinatales, higiene y excretas, y en la exploración física sobre las condiciones generales del niño, ya que complementan los datos necesarios para la realización de un diagnóstico de enfermería el cual conduce su acción educativa. Por lo tanto, aún existiendo correlación entre la valoración clínica que realiza con la orientación que proporciona, no significa que sea lo correcto ya que si la primera no es adecuada tampoco los aspectos de promoción y protección a la salud que proporciona.

SUGERENCIAS

Presentar los resultados de la investigación en sesión clínica en la clínica 8 de I.M.S.S. Tlaxcala para que sea valorada la factibilidad de que exista una capacitación clínica continua otorgada por personal interdisciplinario.

Que el personal que otorga la atención en este consultorio tenga el perfil de la E.M.I. en el aspecto cognocitivo y afectivo.

Como estrategia realizar sesiones mensuales con el personal de enfermería que otorga la atención en el consultorio de Materno-Infantil con fines de seguimiento de la evolución de los lactantes y los registros que plasma la E.M.I. en el expediente clínico. (Se anexa posible Calendarización)

Con el fin de incrementar el impacto de las funciones de la E.M.I., se sugiere reforzar la política del programa Materno-Infantil para que los M. F. deriven al lactante menor de un año de bajo riesgo.

Elaborar un tríptico sobre la función de la E.M.I.. (Se anexa)

BIBLIOGRAFÍA

Alvarez Alva, Rafael; Salud Pública y Medicina Preventiva, Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V., Cuarta Edición, México D.F., 1991.

Cuminsky, Marcos; Manual de Crecimiento y Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., E.U.A., 1986.

Dumont Thompson Eleanor, Manual de Enfermería, Traductor: Dr. Victor de la Garza Estrada. Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V., México D.F., 1984.

E. Cedrato, Angel; A. Ferrero Narciso; A. Ray, Carlos. Pediatría, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1992.

Friesner Arline y Beverly Raft, Enfermería Materno Infantil, Editorial El Manual Moderno, Garden City, New York, 1992.

Gomez García, Maria del Carmen; Enfermería Pediátrica, Serie de Manuales de Enfermería, Ediciones Científicas y Técnicas S.A., Barcelona, España, 1992.

H. Waechter, Eugenia et. al., Enfermería Pediátrica, Traducción por: Q. Ma. Teresa Aguilar Ortega, Edición Interamericana S.A. de C.V., México D.F., 1993.

London Marcia, B. Olds Sally; Enfermería Materno Infantil, Un Concepto Integral Familiar, Segunda Edición, Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V., México D.F., 1990.

Martínez y Martínez, Roberto; La Salud del Niño y del Adolescente, Federación de Pediatría, Segunda Edición, Salvat Mexicana de Ediciones S.A. de C.V., México D.F., 1989.

Muñoz Calvo, M. T.; Hidalgo Vicario, M. I.; Rubio Roldán. L. A.; Pollón J. Clemente. Pediatría Extrahospitalaria, Manual de Diagnóstico y Tratamiento, Segunda Edición, Ediciones Díaz de Santos S.A., Madrid, España.

Pérez Tarín Oscar, Enciclopedia de la Madre y el Niño, Editorial Oceano S.A., Barcelona, España, 1991.

S. Illingworth, Ronald; El Niño Normal, Cuarta Edición, Editorial El Manual Moderno, México D.F., 1993.

Sánchez Ríos Feliciano, Tratado de Puericultura, Publicaciones Puericultura, México D.F., 1990.

Sánchez Rosado Manuel, Elementos de Salud Pública, Editorial Méndez Cervantes, Segunda Edición, México D.F., 1991.

Soberón Guillermo, Kumate José y Laguna José (compiladores); La Salud en México, testimonio, Editorial Biblioteca de la Salud, 1988.

Suddarth D. S., Brunner L. C., Tratado de Enfermería Brunner, Tercera Edición, Traducido por: Dr. Jorge Orizaga Saunperio, Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V., México D.F., 1986.

HEMEROGRAFÍA

Arevalo Rosales Maria Leticia, Hernández Martínez Soledad de Jesús, Tesis Grupal, Eficiencia de la Atención de Enfermería Materno Infantil en el IMSS de Irapuato, Guanajuato, Mayo, 1993.

Balseiro Almario, Lasty; "Educación Continua en Enfermería"; Revista Enfermera al Día, Vol. 12, No. 11, 1987.

Behm H., "Determinantes Económicos y Sociales de la Mortalidad en América Latina"; Revista Cub Administración en Salud, 1980.

Busquets Monserrat, "Ética y Comunicación"; Revista Rol de Enfermería, No. 123, Sep. 1994.

Carlos Silva Luis, et. al. "Características de la Introducción de Alimentos al Lactante en Cuba". Boletín Oficial Sanitario Panamericano. Habana, Cuba. 1993. p.p. 407-413.

Consejo Nacional de Población, "Lactancia Materna"; Indicadores Básicos de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, México D.F., 1994.

Dirección de Prestaciones Médicas y Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, "Actividades de la Enfermera Materno Infantil en el Menor de 5 Años"; Manual de Procedimientos para la Vigilancia Materno Infantil, Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F., 1995.

Instituto Mexicano del Seguro Social, "Programa Materno Infantil"; Instructivo para el Equipo Multidisciplinario en la atención Materno Infantil, 1994.

I.N.E.G.I., "Mortalidad"; Estadísticas Demográficas, México D.F., 1994.

Kumate, Jesús; Sepúlveda, Jaime; Gutierrez Gonzalo; "La Salud en Cifras"; Información en Salud, Biblioteca de la Salud, Edición Conmemorativa del Quincuagésimo Aniversario de la Secretaría de Salud.

Lozano Ascencio, Rafael; "Mortalidad Infantil"; Diagnóstico de Salud de la Delegación Estatal de Tlaxcala del Instituto Mexicano del Seguro Social, 1992.

Moreno Ruíz María Elena, et. al. "Crecimiento en la Etapa Neonatal según el tipo de Lactancia". Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 59. No. 6. Nov.-Dic. 1992. p.p. 175-177.

Moreno Ruíz María Elena, "Valoración del Estado Nutricional en el Primer Trimestre de la Vida"; Revista Mexicana de Pediatría, Vol. 61, No. 6, Nov.-Dic., 1994.

Prior Martínez Guillermina, "Atención Primaria y Desarrollo Psicomotor"; Revista Rol de Enfermería, No. 205, Ediciones Rol S.A., Barcelona, Sep., 1995.

Prior Martínez Guillermina, "Desarrollo Psicomotor hasta los 6 Años"; Revista Rol de Enfermería, No. 205, Ediciones Rol S.A., Barcelona, Sep., 1995. p.p. 19-21.

Secretaría de Salubridad y Asistencia, "Programa Estatal de Atención Materno Infantil"; Programa Estatal de Salud Reproductiva, 1995.

Secretaría de Salubridad y Asistencia, "Sistema Nacional de Salud"; Ley General de Salud, México D.F., 1990.

Secretaría de Salud del Estado, "Estado de Tlaxcala"; Diagnóstico Sectorial de Salud, 1995.

Secretaría de Salud, "Morbilidad Infantil"; Programa Estatal de Salud Reproductiva, 1993.

Reyes H., Tomé P.; Guiscafré H.; Martínez H.; Gutierrez G.; (Grupo Interinstitucional de Investigación en Sistemas de Salud, IMSS), "Factores de Riesgo de Mortalidad por Infección Aguda en Niños Menores de 5 Años"; Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Vol. 50, Octubre, 1993, México D.F..

Urrutia J, Garrido N.G., "Salud Materno-Infantil y Atención Primaria en las Américas"; Publicación Científica OPS, No. 461, 1984.

Vega Franco, Leopoldo; "Recomendaciones de Energía y Proteínas en el Primer Año de Vida"; Revista Mexicana de Pediatría, Vol.59, No. 5, Sep.-Oct., 1992.

V. Schlaepfer Loraine, Infante Claudia; "La Alimentación Infantil en México y su Relación con la Utilización de Servicios de Salud Materna"; Revista de Salud Pública, Vol. 34, No. 6, Nov.-Dic., México, 1992.

INFORMACIÓN AUTOMATIZADA MEDLINE 1/96-7/96

Barnes- Boyd- C, "Effects of sustained nurse/mother contact on infant outcomes among low-income African-American families".

Public-Health-Nurs. 1995 Dec; 12(6) : 378-85.

Crow-RA; Chase-J; Lamond-D. "The cognitive component of nursing assessment: an analysis".

J-Adv-Nurs. 1995 Aug; 22(2) : 206-12.

NIÑOS

Peso (kgs.)

Talla (cms.)

Grave (-)	Moderada (-)	Leve (-)	Normal	Sobrepeso (+)	Obeso (+)	Edad Meses	Baja (-)	Ligera- mente Baja (-)	Normal	Ligera- mente Alta (+)	Alta (+)
1.9	2.0 - 2.1	2.4 - 2.8	2.9 - 3.3 - 3.8	3.9 - 4.3	4.4 y más	0	45.8	45.9 - 48.1	48.2 - 50.5 - 52.8	52.9 - 55.1	55.2 y más
2.1	2.2 - 2.8	2.9 - 3.5	3.6 - 4.3 - 5.0	5.1 - 5.6	5.7 y más	1	49.6	49.7 - 52.0	52.1 - 54.6 - 57.0	57.1 - 59.5	59.6 y más
2.5	2.6 - 3.4	3.5 - 4.2	4.3 - 5.2 - 6.0	6.1 - 6.8	6.9 y más	2	52.8	52.9 - 55.4	55.5 - 58.1 - 60.7	60.8 - 63.2	63.3 y más
3.0	3.1 - 4.0	4.1 - 4.9	5.0 - 6.0 - 6.9	7.0 - 7.7	7.8 y más	3	55.7	55.8 - 58.4	58.5 - 61.1 - 63.7	63.8 - 66.4	66.5 y más
3.6	3.7 - 4.6	4.7 - 5.6	5.7 - 6.7 - 7.6	7.7 - 8.5	8.6 y más	4	58.2	58.3 - 60.9	61.0 - 63.7 - 66.4	66.5 - 69.1	69.2 y más
4.2	4.3 - 5.2	5.3 - 6.2	6.3 - 7.3 - 8.2	8.3 - 9.2	9.3 y más	5	60.4	60.5 - 63.1	63.2 - 65.9 - 68.6	68.7 - 71.3	71.4 y más
4.8	4.9 - 5.8	5.9 - 6.8	6.9 - 7.8 - 8.8	8.9 - 9.8	9.9 y más	6	62.3	62.4 - 65.0	65.1 - 67.8 - 70.5	70.6 - 73.2	73.3 y más
5.3	5.4 - 6.3	6.4 - 7.3	7.4 - 8.3 - 9.3	9.4 - 10.3	10.4 y más	7	64.0	64.1 - 66.7	66.8 - 69.5 - 72.2	72.3 - 74.8	74.9 y más
5.8	5.9 - 6.8	6.9 - 7.7	7.8 - 8.8 - 9.8	9.9 - 10.8	10.9 y más	8	65.6	65.7 - 68.2	68.3 - 71.0 - 73.6	73.7 - 76.3	76.4 y más
6.2	6.3 - 7.1	7.2 - 8.1	8.2 - 9.2 - 10.2	10.3 - 11.3	11.4 y más	9	66.9	67.0 - 69.6	69.7 - 72.3 - 75.0	75.1 - 77.6	77.7 y más
6.5	6.6 - 7.5	7.6 - 8.5	8.6 - 9.5 - 10.6	10.7 - 11.7	11.8 y más	10	68.2	68.3 - 70.9	71.0 - 73.6 - 76.3	76.4 - 78.9	79.0 y más
6.8	6.9 - 7.8	7.9 - 8.8	8.9 - 9.9 - 10.9	11.0 - 12.0	12.1 y más	11	69.5	69.6 - 72.1	72.2 - 74.9 - 77.5	77.6 - 80.2	80.3 y más
7.0	7.1 - 8.0	8.1 - 9.0	9.1 - 10.2 - 11.3	11.4 - 12.4	12.5 y más	12	70.6	70.7 - 73.3	73.4 - 76.1 - 78.8	78.9 - 81.5	81.6 y más

* NCHS. Growth curves for children. Birth 18 years. United States DHEW. Pub. No. (PHS) 78-1650. US Dept. of health, education and welfare. Public health service, National Center for health statistics. USA: Hyattsville MD, 1977.

* Norma Oficial Mexicana de la S.S.A. (NOM).

* Diario Oficial de la Federación. Abril 13, 1994.

NIÑAS

Peso (kgs.)

Talla (cms.)

Grave (-)	Moderada (-)	Leve (-)	Normal	Sobrepeso (+)	Obeso (+)	Edad Meses	Baja (-)	Ligera- mente Baja (-)	Normal	Ligera- mente Alta (+)	Alta (+)
1.7	1.8-2.1	2.2-2.6	2.7-3.2-3.6	3.7-4.0	4.1 y más	0	45.4	45.5-47.6	47.7-49.9-52.0	52.1-54.2	54.3 y más
2.1	2.2-2.7	2.8-3.1	3.4-4.0-4.5	4.6-5.1	5.2 y más	1	48.9	49.0-51.1	51.2-53.5-55.8	55.9-58.1	58.2 y más
2.6	2.7-3.2	3.3-3.9	4.0-4.7-5.4	5.5-6.1	6.2 y más	2	51.9	52.0-54.3	54.4-56.8-59.2	59.3-61.6	61.7 y más
3.1	3.2-3.8	3.9-4.6	4.7-5.4-6.2	6.3-7.0	7.1 y más	3	54.5	54.6-57.0	57.1-59.5-62.0	62.1-64.5	64.6 y más
3.6	3.7-4.4	4.5-5.2	5.3-6.0-6.9	7.0-7.7	7.8 y más	4	56.8	56.9-59.3	59.4-62.0-64.5	64.6-67.1	67.2 y más
4.0	4.1-4.9	5.0-5.7	5.8-6.7-7.5	7.6-8.4	8.5 y más	5	58.8	58.9-61.4	61.5-64.1-66.7	66.8-69.3	69.4 y más
4.5	4.6-5.4	5.5-6.2	6.3-7.2-8.1	8.2-9.0	9.1 y más	6	60.5	60.6-63.2	63.3-65.9-68.6	68.7-71.2	71.3 y más
4.9	5.0-5.8	5.9-6.7	6.8-7.7-8.7	8.8-9.6	9.7 y más	7	62.1	62.2-64.8	64.9-67.6-70.2	70.3-72.9	73.0 y más
5.2	5.3-6.2	6.3-7.1	7.2-8.1-9.1	9.2-10.1	10.2 y más	8	63.6	63.7-66.3	66.4-69.1-71.8	71.9-74.5	74.6 y más
5.6	5.7-6.5	6.6-7.5	7.6-8.6-9.6	9.7-10.5	10.6 y más	9	64.9	65.0-67.6	67.7-70.4-73.2	73.3-75.9	76.0 y más
5.8	5.9-6.8	6.9-7.8	7.9-8.9-9.9	10.0-10.5	11.0 y más	10	66.1	66.2-68.9	69.0-71.8-74.5	74.6-77.3	77.4 y más
6.1	6.2-7.1	7.2-8.1	8.2-9.2-10.3	10.4-11.3	11.4 y más	11	67.4	67.5-70.2	70.3-73.1-75.9	76.0-78.7	78.8 y más
6.3	6.4-7.3	7.4-8.4	8.5-9.5-10.6	10.7-11.6	11.7 y más	12	68.5	68.6-71.4	71.5-74.3-77.1	77.2-80.0	80.1 y más

* NCHS. Growth curves for children. Birth-18 years. United States DHEW Pub. No. (PHS) 78-1650; US Dept of health, education and welfare. Public health service, National Center for health statistics. USA: Hyattsville, MD, 1977.

* Norma Oficial Mexicana de la S. S. A. (NOM)

* Diario Oficial de la Federación. Abril 13, 1984.

POSIBLES COMBINACIONES PARA AMBOS SEXOS

Peso	Talla	Condición
Verde	Verde	= Normal
Verde	Azul (+)	= Normal C/Talla Ligeramente Alta
Verde	Azul (-)	= Normal C/Talla Ligeramente Baja
Verde	Rojo (+)	= Normal C/Talla Alta
Verde	Rojo (-)	= Normal C/Talla Baja
Azul (-)	Verde	= Desnutrido Agudo Leve
Rosa (-)	Verde	= Desnutrido Agudo Moderado
Rosa (-)	Rojo (-)	= Desnutrido Crónico Moderado
Rojo (-)	Verde	= Desnutrido Agudo Grave
Azul (-)	Azul (-)	= Desnutrido Crónico Leve
Azul (-)	Azul (+)	= Desnutrido Leve C/Talla Ligeramente Alta
Rosa (-)	Azul (-)	= Desnutrido Crónico Moderado
Rojo (-)	Azul (-)	= Desnutrido Crónico Grave
Azul (-)	Rojo (-)	= Desnutrido Crónico Leve
Rojo (-)	Rojo (-)	= Desnutrido Crónico Grave
Azul (+)	Verde	= Sobrealimentado
Rojo (+)	Verde	= Obeso
Azul (+)	Azul (+)	= Niño grande para la edad
Rojo (+)	Azul (+)	= Obeso
Azul (+)	Rojo (+)	= Niño grande para la edad
Rojo (+)	Rojo (+)	= Niño grande para la edad

* Verde	Comprende la mediana ± 1 desviación estandar.
* Azul	Comprende más de ± 1 desviación estandar y hasta ± 2 desviaciones estandar.
* Rosa	Comprende más de $- 2$ desviaciones estandar y hasta $- 3$ desviaciones estandar.
* Rojo	Comprende más de ± 3 desviaciones estandar.

SUGERENCIAS DE CONDUCTAS A SEGUIR

DESNUTRICION AGUDA

Leve y Moderado:

El médico familiar:

A. Tratar padecimiento causal (de acuerdo a la norma).

Evitar complicaciones:

- Rehidratación oral

- Control diarrea.

B. Tratar desnutrición:

- Continuar alimentación habitual.

- Orientación higiénico/nutricional.

C. Control subsecuente médico familiar.

Grave:

- Canalizar a servicios de urgencias en hospital
(criterios específicos)

DESNUTRICION CRONICA

Leve y Moderado:

A + B + C y

D. Control y tratamiento padecimientos crónicos infecciosos

(respiratorios y digestivos repetitivos, parasitarios intestinales).

Síndromes de mala absorción (iniciar estudio).

Grave:

- Canalizar a hospital (criterios específicos).

MALNUTRICION

Niño grande para la edad:

El médico familiar:

- Evaluar alimentación habitual.

- Dinámica familiar.

- Orientación higiénico/nutricional.

- Control medio subsecuente.

Obeso:

El médico familiar:

- Evaluar alimentación habitual del paciente y la familia.

- Dinámica familiar.

- Orientación higiénico/nutricional.

- Canalizar a hospital (criterios específicos).



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

ATENCIÓN MÉDICA AL NIÑO DE 0 A 4 AÑOS

ATENCIÓN INFANTIL

ANTECEDENTES

FACTORES DEL MEDIO AMBIENTE Y DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO		FACTORES DEL MEDIO AMBIENTE	
1. ESCOLARIDAD	2. TIPO DE PARENTESCO	3. TIPO DE ALIMENTACIÓN	4. TIPO DE VIVIENDA
1. ESCOLARIDAD No escolarizado: <input type="checkbox"/> 0 Escolarizado: <input type="checkbox"/> 1	2. TIPO DE PARENTESCO Abuelo/a: <input type="checkbox"/> 0 Padre/madre: <input type="checkbox"/> 1	3. TIPO DE ALIMENTACIÓN Lactancia materna: <input type="checkbox"/> 0 Lactancia mixta: <input type="checkbox"/> 1 Alimentación artificial: <input type="checkbox"/> 2	4. TIPO DE VIVIENDA Calle: <input type="checkbox"/> 0 Cuarto: <input type="checkbox"/> 1
5. ERABOJA FUERA DEL Hogar No: <input type="checkbox"/> 0 Sí: <input type="checkbox"/> 1	6. CONDICIONES AL NACER Termino de gestación: <input type="checkbox"/> 0 Pondero: <input type="checkbox"/> 1 Madurez: <input type="checkbox"/> 2	7. TIPO DE ALIMENTACIÓN Lactancia materna: <input type="checkbox"/> 0 Lactancia mixta: <input type="checkbox"/> 1 Alimentación artificial: <input type="checkbox"/> 2	8. TIPO DE VIVIENDA Calle: <input type="checkbox"/> 0 Cuarto: <input type="checkbox"/> 1
9. PATOLOGÍA No: <input type="checkbox"/> 0 Sí: <input type="checkbox"/> 1	10. TIPO DE CONSULTA Primaria: <input type="checkbox"/> 0 Secundaria: <input type="checkbox"/> 1	11. TIPO DE ALIMENTACIÓN Lactancia materna: <input type="checkbox"/> 0 Lactancia mixta: <input type="checkbox"/> 1 Alimentación artificial: <input type="checkbox"/> 2	12. TIPO DE VIVIENDA Calle: <input type="checkbox"/> 0 Cuarto: <input type="checkbox"/> 1

10 CONSULTAS

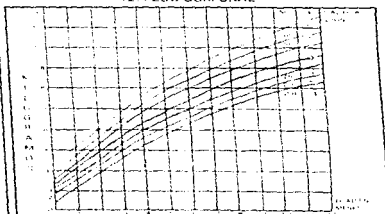
FECHA	ATENCIÓN	DE ALIENACIÓN
1		
2		
3		
4		
5		

FECHA	ATENCIÓN	DE ALIENACIÓN
6		
7		
8		
9		
10		

11. DESARROLLO PSICOMOTOR

DESARROLLO PSICOMOTOR	DESARROLLO PSICOMOTOR
1. LEVANTA LA CABEZA BIEN ESTABLE	
2. SOSTIENE EL CUNTO ANTE SÍ	
3. MUEVE LA CABELLA MANO SIN AYUDA	
4. NO TIENE LA GARRA	
5. DE SIEMPRE CORRE A LA VIDA	
6. LE LEE A LOS LIBROS HACIA LA TERCERA	
7. MANTIENE LA OJERA EN LA MANO	
8. INTENTA LEVANTARSE	
9. GATEA O SE ESTIENDE POR EL SUELO	
10. MANTIENE LA MANO EN LA TERCERA	
11. CAMMINA SIN LEVANTAR EL PIE	
12. DICE "MAMA" PARA MAMA	

12. PESO CORPORAL



13. ALIMENTACIÓN

ESCALA DE ALIMENTACIÓN	ESCALA DE ALIMENTACIÓN
1. ESCALA DE ALIMENTACIÓN Lactancia materna: <input type="checkbox"/> 0 Lactancia mixta: <input type="checkbox"/> 1 Alimentación artificial: <input type="checkbox"/> 2	2. ESCALA DE ALIMENTACIÓN Lactancia materna: <input type="checkbox"/> 0 Lactancia mixta: <input type="checkbox"/> 1 Alimentación artificial: <input type="checkbox"/> 2

14. VACUNAS

TIPO DE VACUNA	1	2	3	4	5	6	7	8
1. DIFTERIA								
2. TETANOS								
3. POLIO								
4. SARAMPIÓN								
5. RUBIOLA								
6. FIEBRE AMARILLA								
7. HAEMOPHILUS INFLUENZAE								
8. BCG								

MF 6/50

- 19.- La hora:
Si () No ()
- 20.- El peso del lactante:
Si () No ()
- 21.- Su talla:
Si () No ()
- 22.- Interroga sobre antecedentes perinatales:
Adecuada () Inadecuada () Sin datos ()
- 23.- Interroga sobre la higiene del lactante:
Si () No ()
- 24.- Sobre la alimentación que tiene:
Adecuada () Inadecuada () Sin datos ()
- 25.- Menciona las características de las excretas del lactante:
Adecuada () Inadecuada () Sin datos ()
- 26.- Anota como lo encuentra a la exploración física:
Adecuada () Inadecuada () Sin datos ()
- 27.- Cuando es necesario fomenta la Lactancia Materna:
Adecuada () Inadecuada () Sin datos ()
- 28.- Indica ofrecer sucedáneos de la leche materna antes de los 4 meses de edad del lactante:
Si () No ()
- 29.- ¿Cuál es la causa?
Adopción ()
Intolerancia a la lactosa ()
Orfandad ()
La madre toma medicamentos ()
La madre trabaja fuera del hogar ()
El lactante queda insatisfecho ()
Se ignora ()
- 30.- Se incluye la ablactación antes de los 4 o más de los 6 meses de edad del lactante
(Contestar sólo si el lactante es mayor de 5 meses).
Si () No ()
- 31.- Orienta sobre aspectos higienicos:
Adecuada () Inadecuada () Sin datos ()
- 32.- Orienta sobre alimentación:
Adecuada () Inadecuada () Sin datos ()
- 33.- Sobre inmunizaciones:
Adecuada () Inadecuada () Sin datos ()
- 34.- Corresponde la orientación que proporciona con la valoración que realizó anteriormente.
Si () No ()
- 35.- Como se considera al lactante de acuerdo a su crecimiento.
Normal () Con desviación: + D () - D ()
- 36.- Como se considera al lactante de acuerdo a su desarrollo psicomotor.
Normal () Con desviación ()

Elaborado por: Sandra Luz Cantero Márquez

INSTRUCTIVO PARA LA CODIFICACIÓN DE DATOS

Únicamente se analizarán los registros plasmados por personal de Enfermería en la atención inicial de cada expediente de los lactantes menores de un año.

Se considerarán como respuestas acertadas cuando no existe espacio para anotar.

Será incorrecto si no se registra por omisión.

Se considerará acertado si se omite el inicio de ab lactación si el lactante tiene menos de seis meses.

En el registro de inmunizaciones se considerará acertado si se omite anotar por no contar con la cartilla si se encuentra esto marcado en los formatos MF8/86 ó en el 4-30-128/72.

Se considerará necesario fomentar la lactancia materna si el lactante tiene 4 meses de edad o menos.

Para codificar los puntos:

- 3.- (1) Femenino (2) Masculino
- 4.- (1) - 4/12 (2) + 4/12
- 5.- (1) Mat. (2) Vesp. Se anotará el número del consultorio que le corresponde.
- 6.- (1) Enfermera Suplente (2) E.M.I.
- 7.- (1) Si (2) No (3) Se ignora
- 8.- (1) Materno (2) Neonatal (3) Medio Ambiente
- 9.- (1) Adecuado. Si anota los 3 rubros (2) Inadecuado. Si anota menos de 3. (3) Sin datos
- 10.- (1) Omisión (2) No haber espacio para anotar
- 11.- (1) Adecuado. Si anota la edad de aparición (2) Inadecuado. Si únicamente palomea (3) Sin datos. Si se omite el registro
- 12.- (1) Adecuado. Si se registra mediante un punto, el sitio donde se cruza la línea que representa el peso del niño con la correspondiente a la edad y si tiene anotado en el recuadro superior el registro del peso exacto obtenido.
(2) Inadecuado. Si está mal registrado.
(3) Sin datos. Si se omite registro
- 13.- (1) Omisión (2) Por no haber espacio
- 14.- (1) Adecuado (2) Inadecuado (3) Sin datos
- 15 - (1) Adecuado (2) Inadecuado (3) Sin datos

- 16.- (1) Omisión (2) No ser conveniente aún
- 17.- (1) Adecuado. Si se cruza con una X el espacio que corresponda a la edad en meses en que se le aplicó el biológico.
(2) Inadecuado. Si se registra de otra forma.
(3) Sin datos. Si se omite registro.
- 18.- (1) Si (2) No
- 19.- (1) Si (2) No
- 20.- (1) Si (2) No
- 21.- (1) Si (2) No
- 22.- (1) Adecuado. Si anota tipo de parto, peso al nacimiento y Apgar.
(2) Inadecuado. Si omite alguno de estos puntos.
(3) Sin datos. Si omite el registro.
- 23.- (1) Si (2) No
- 24.- (1) Adecuado. Si menciona el lácteo que se ofrece y frecuencia con que se administra, y si ya está incluida la ablactación, alimentos que se proporcionan y con que frecuencia.
(2) Inadecuado. Si se omite lo que se ofrece o la frecuencia de éste.
(3) Sin datos. Si no se registra.
- 25.- (1) Adecuado. Si se mencionan características y frecuencia.
(2) Inadecuado. Si se omite alguno de estos datos.
(3) Sin datos. Si no se registra.
- 26.- (1) Adecuado. Si menciona aspectos sobre crecimiento, desarrollo e higiene. (2) Inadecuado. Si omite alguno de estos aspectos.
(3) Sin datos. Si no se registra.
- 27.- (1) Adecuado. Si corresponde la orientación con la valoración clínica.
(2) Inadecuado. Si no corresponde con la valoración clínica.
(3) Sin datos. Si no se registra.
- 28.- (1) Si (2) No
- 29.- (1,2,3) Adecuado. (4,5,6) Inadecuado. (7) Sin datos
- 30.- (1) Si (2) No
- 31.- (1) Adecuado. Si especifica en que consiste la higiene.
(2) Inadecuado. Si no especifica.
(3) Sin datos. Si no se registra.
- 32.- (1) Adecuada. Si corresponde con la valoración clínica.
(2) Inadecuada. Si no corresponde con la valoración clínica.
(3) Sin datos. Si no se registra.
- 33.- (1) Adecuado. Si corresponde la orientación con la edad del lactante.
(2) Inadecuado. Si no corresponde la orientación con la edad.
(3) Sin datos. Si no se registra.
- 34.- (1) Si (2) No
- 35.- (1) Normal. (2) + D (3) - D
- 36.- (1) Normal. (2) Con desviación.

CALENDARIZACIÓN DE SESIONES MENSUALES E.M.I.

1997

23 de Septiembre
28 de Octubre
24 de Noviembre

1998

20 de Enero
17 de Febrero
17 de Marzo
21 de Abril
19 de Mayo
16 de Junio
21 de Julio
17 de Agosto

De acuerdo a las condiciones detectadas
ella orienta e informa sobre:

- La higiene.
- La alimentación.
- Vacunas.
- Desarrollo y crecimiento del menor de 5 años.
- Desarrollo del embarazo y sus cuidados.
- Síntomas de alarma durante el embarazo.
- Lactancia materna.
- Riesgo reproductivo.
- Planificación familiar.



Igualmente según los requerimientos de
cada paciente los deriva a:

Medicina preventiva, trabajo social,
dental, dietología, medicina familiar, etc.

Recuerde, si quiere ayudarse a evitar
problemas de salud acuda con ella.

Solicítelo a su Médico familiar.

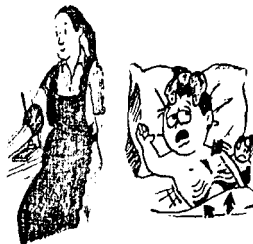
Prevenir cuesta menos que curar.

E.M.I. Sandra Luz Cantero Márquez.

INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL

H.G.O.M.F. No. 8
TLAXCALA

ATENCION
MATERNO-INFANTIL



Son las personas con mayor riesgo de
perder su salud.