

11226  
24-38



**Universidad Nacional Autónoma de México**

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
Clínica "Dr. Ignacio Chávez"  
I.S.S.S.T.E.



**Somatometria en población infantil adscrita  
a la clínica "Dr. Ignacio Chávez"**

**T E S I S**

Para obtener el postgrado con título en:  
"MEDICINA GENERAL FAMILIAR"

P r e s e n t a :

**Dr. Saúl Enrique Contreras Cabrera**

Asesor de tesis: Dr. J. Francisco Cisneros Villegas



México, D. F.

1986





## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

	PAGS .
INTRODUCCION	1
HISTORIA	3
DEFINICION	6
MAGNITUD DEL PROBLEMA	6
ETIOLOGIA	7
JUSTIFICACIONES	8
OBJETIVOS	9
MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS	10
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	22
RESUMEN	26
BIBLIOGRAFIA	27

## INTRODUCCION

Es evidente la necesidad de prestar más atención a la aplicación de procedimientos que permitan mejorar globalmente las condiciones de atención para la salud en nuestra sociedad.

El resurgimiento de la medicina general familiar como base del sistema de atención medica actual, me hace iniciar el tema en ésta forma. Los parametros de peso y talla para la edad y sexo son indispensables de conocer en cualquier sistema ó programa, en su primer nivel de atención a la salud, lo cual añade no solamente un elemento nuevo del lenguaje, sino un elemento de juicio muy necesario en el contexto integral del enfoque que el médico general familiar actual deba tener. (2) (3).

Es necesario considerar siempre al individuo como una unidad bio-psicosocial; tanto en sus condiciones normales como en las patologicas, así como la interacción constante de influencia interpersonal y familiar. Todo individuo al nacer cuenta con un equipo biológico heredado con determinadas cualidades y características que identificarán su constitución corporal, de la que se deriva en el plano somatométrico diferencias individuales al igual que existen grupos sociales afectados de una u otra medida. (5)

Esté equipo biológico antes referido pronto vá a sufrir la influencia de experiencias vitales determinadas por el ambiente sociocultural que rodea a la familia, está ultima constituye la unidad básica que le permite ser y subsistir. Es dentro de ella donde el ser humano tiene origen y puede satisfacer sus necesidades basicas para su desarrollo y relación con el mundo circundante. Constituye el ámbito esencial del crecimiento y de la experiencia; asegura la su

pervivencia humana tanto individual como de la especie, y -- permite desarrollar lo específicamente humano del niño que nace y se desenvuelve en ella. (2) (6) (7)

El examen en estado de salud aparente, se ha recomendado desde hace mucho tiempo como procedimiento que permite -- sobre todo si se lleva a cabo en forma periódica: 1o.) una evolución apropiada de dicha condición de salud; 2o.) descubrir situaciones que aun en ausencia de sintomatología clínica, representan anomalías de la salud en las etapas llamadas pre-patogénica o de simple susceptibilidad; y 3o.) conocer situaciones definitivamente patológicas en estadios incipientes, cuando las acciones preventivas y curativas ofrecen las mayores oportunidades de evitar la aparición, el progreso o las consecuencias de la enfermedad. (3)

En los niños, estos exámenes periódicos revisten aún mayor importancia ya que en ellos pueden obtenerse los mejores resultados por razones múltiples, por ejemplo en los procesos característicos de la infancia como son el crecimiento y el desarrollo, su mayor ductibilidad y sus respuestas más prontas a la mayoría de los procedimientos y los técnicos -- que se emplean en su atención. Ofrecen además, las ventajas de que muchas de las medidas puestas en juego en la protección de la salud en la infancia repercuten también en la protección de la comunidad. Se sabe bien que los accidentes de educación sanitaria tienen también en estos grupos de población de niños mucho mayor repercusión que en otros grupos de edades. (3) (2) (8) (17) (18)

La piedra angular en el diagnóstico de los trastornos de crecimiento es la valoración clínica del paciente. En -- realidad, no hay una prueba o un grupo de pruebas de laboratorio que puedan substituir a la valoración concienzuda de -

los datos servados del crecimiento.

Los registros del crecimiento bien llevados suelen - proporcionarnos el primer indicio de anomalías hormonales, - transtornos genéticos, enfermedad general crónica y desnutrición. En otros casos, los registros de crecimiento descartan la probabilidad de los transtornos que se sospechan y, por lo tanto, eliminan la necesidad de efectuar pruebas costosas de laboratorio. (3) (9) (10)

#### HISTORIA

Hablar sobre el médico general familiar es tema que - ha excedido el ámbito profesional para convertirse en muchos países, en objeto de interés para la prensa diaria, el público, los políticos y dentro de la sociedad actual. Esto no es casual pues no existe idea que pueda ser detenida cuando llega su momento histórico. Y esto es lo que está pasando - con la medicina general familiar.

Hace 40-50 años, en todos los países, la inmensa mayoría de los médicos era el tipo de profesional que atendía al padre, a la madre, a los niños, a la abuela; que tenía una clara visión, aunque intuitiva del médico familiar de sus pacientes. La medicina también era otra. (1) (2) (8)

A partir de la segunda guerra mundial el aumento de - la información científica y el desarrollo avasallador de la tecnología hacen que una serie de áreas parciales del conocimiento médico tomen una fisonomía independiente y comienzan a existir profesionales dedicados exclusivamente a determinados segmentos de la medicina lo que constituye el nacimiento y desarrollo de diferentes especialidades, se concentra la tecnología en los hospitales en donde se produce una-

profunda división del trabajo profesional y técnico que caracteriza la medicina actual.

Con inicio en los Estados Unidos el especialista se -- propagó a todas las latitudes, inclusive a países socialistas, su influencia se hizo sentir en las escuelas de medicina donde no tuvieron cabida los profesores que practicaban la medicina general. La educación médica se convirtió así en un mecanismo reproductor de esa tendencia a la especialización.

Durante los años 60 estudios muy serios demostraron -- que esa política no solucionaba los grandes problemas de salud. En fechas actuales las acciones son encaminadas a promover el más alto grado de salud de la población, con el máximo aprovechamiento de los recursos disponibles. (2) (17)

En México, se puede considerar que el origen de la medicina general familiar, inició por el año 1953 en el seno del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Cd. de Nuevo Laredo Tamps. Posteriormente en el país de Panama, con la experiencia que se tenía, se llevó un trabajo denominado "el médico familiar". En 1955 ya el médico familiar tenía una población adscrita a su consultorio. Corría el año de 1959 cuando se introduce una variante: la subdivisión en médico familiar de adulto y médico familiar del niño y/o menores, contradiciendo esto a la filosofía de lo que es la medicina familiar, por lo que solo tardó 20 años para cambiar e introducir en 1971 una residencia médica, en cuyos objetivos del programa consistió en el desarrollo integral sin considerar la división artificial del médico familiar de adulto y menores por separado. Uno de los pasos más importantes dentro de la historia de la medicina familiar ocurrió en 1974, en que la facultad de medicina de la UNAM contribuyó al desarrollo de la disciplina, cuando a través de la división de estudios de postgrado reconoció el curso de residencia que el IMSS había ini-

ciado.

En fecha más reciente (1978), la facultad de medicina de la UNAM entró en contacto con las autoridades de lo que - antes fué secretaria de salubridad y asistencia, conjuntamente con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores y el Dpto. de medicina familiar y comunitaria, - formando estrategias educacionales, dando inicio el curso -- con duración de tres años, el 10. de marzo de 1980.

Existe desde 1977 un curso que no por ser independiente deja de tener importancia para el progreso de la medicina familiar, dicho curso lo lleva la Universidad Autónoma de -- Nuevo León, con duración de dos años. (I)

Mientras algunos países han logrado en diferentes épocas avances importantes en los principales aspectos del desarrollo, otros lo han hecho más tardíamente, produciendo una desigualdad no solo en cuanto al desarrollo propiamente dicho, sino en lo que se refiere al tiempo en que el fenómeno se produce.

La desnutrición en el niño ha sido desde tiempo inmemoriales un problema presente en todas las poblaciones y su magnitud ha estado siempre en relación, con el grado de desarrollo de los mismos.

En nuestro país el comportamiento de la desnutrición no escapa a lo anteriormente mencionado, Alejandro Humbolt - en el siglo XVIII, expresaba: "...Un tercer obstáculo para el progreso de la Nueva España, y acaso el más cruel, es el hambre..." (II).

Quisiera expresar que el problema de la desnutrición - especialmente en el niño, se aprecia como una situación en -

la que participan de manera importante la estructura social, ya que sus actitudes pueden no ser las convenientes para proteger a los grupos más débiles. (3) (4) (6) (18)

#### DEFINICION

Atención primaria de salud .- Es aquella atención que forma parte de un sistema, puesta al alcance de todos los individuos y sociedad mediante plena participación del individuo, desarrollandola con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. (1)

Desnutrición .- Es un estado patológico, generalizado que se caracteriza por una deficiente ingesta, absorción o aprovechamiento de los elementos nutrientes esenciales para el organismo, o por situaciones en que existe consumo exagerado de calorías. (13)

#### MAGNITUD DEL PROBLEMA

La desnutrición, es un grave problema de salud pública medico-social en muchos países que como el nuestro son llamados subdesarrollados, que entre otras cosas la sub-alimentación de extensos grupos de población, ha determinado un proceso de adaptación biológico. (10) (17)

Algunos autores refieren que existen (dos mil millones de habitantes) en los países en los que se encuentran México: problemas para alimentarse adecuadamente, por un aporte insuficiente de calorías de los cuales, el déficit más importante corresponde a proteínas. (3)

En México, si teóricamente se distribuyen equitativamente los alimentos entre la población, tocaría un kilo de carne cada 22 días, un huevo y medio cada 7 días y aproxima

damente 250ml. de leche por día. Esta situación se agudiza - pues además los alimentos dentro del hogar dista mucho de ser adecuada. Investigaciones han demostrado que en promedio, el 65% de los niños preescolares de las áreas rurales y 30% de - áreas urbanas de México sufren desnutrición en alguno de sus grados. (14)

Afortunadamente por su intensidad la desnutrición de primer grado es la más frecuente de 50% aquí en México; le sigue la de segundo grado con 42% y de 5-6% la de tercer grado. Las formas de primer grado son las menos graves, mejor pronóstico y más fácil tratamiento, pero al mismo tiempo son las menos evidentes y se necesita por lo menos un examen antropométrico para reconocerlas. De esto se desprende la importancia enorme de establecer y mantener permanentemente un buen sistema masivo de vigilancia del estado nutricional de la población infantil. (14)

#### ETIOLOGIA

Desde el punto de vista etiológico la desnutrición puede ser clasificada en primaria, secundaria y formas mixtas.

La primaria .- Es la que resulta de la ingestión insuficiente de alimento.

La secundaria .- Es aquella que el alimento consumido no es debidamente utilizado por el organismo, por causas o situaciones anormales pre-existentes.

Las formas mixtas .- Es una conjugación de las dos anteriores. Desde el punto de vista epidemiológico la desnutrición primaria y la mixta tienen importancia ya que forman parte del síndrome llamado de "deprivación social".

En la desnutrición secundaria en la que el alimento no

aprovechado por el organismo por cuestiones anómalas existentes que de acuerdo a la siguiente clasificación se presentan en frecuencia: a) las que interfieren en los alimentos, b) - las que aumentan los requerimientos nutritivos, c) las que - interfieren en la absorción, d) las que interfieren en la - utilización, e) las que aumentan la excreción y f) las que - aumentan la desnutrición. (14)

Por otro lado tratándose del estado nutricional del niño, entendemos que este último depende de la capacidad de las personas mayores de quien le confía el aporte alimentario podemos decir que influyen tres factores importantes: a) disponibilidad de alimento, b) factor familiar, c) factor individual.

La intensidad de la desnutrición la podemos medir de acuerdo a su grado de agresión a los perímetros somatométricos los cuales dentro de los más importantes como son el peso y talla para la edad, entre otros muchos pero que por ser prácticos y fácil de medir no dejan de tener fallas en su técnica de medición. Se refieren al déficit de peso para la edad y la clasificamos en grados: Grado I. De déficit entre 10-25%, Grado II déficit entre 26-40%. Grado III la pérdida del peso es más del 40% de lo normal. (13) (15) (16)

#### JUSTIFICACIONES

Tomando en cuenta la frecuencia y el problema de salud que ello representa en nuestro país, y por la variedad de grupos de poblaciones con algunas características como el grupo de población que se encuentra en la atención primaria a la salud y partiendo de procedimientos tan fáciles de llevar a cabo como es la somatometría y de ella las medias más importantes para medir la intensidad del desnutrido. Me hace dejar asentado un precedente del presente trabajo ante mu

chos otros que existen en la literatura médica, sobre peso y talla para la edad en un grupo de población con características comunes: siendo la principal el encontrarse en un programa de atención primaria a la salud coordinado por un especialista en medicina general familiar.

#### OBJETIVOS

Se pretende evaluar el peso y talla para la edad, en una población de 1 a 5 años de edad, adscrita a un consultorio de la especialidad de medicina general familiar.

## MATERIAL Y METODOS

Se tomaron determinaciones en los pacientes vistos en la consulta externa de un médico familiar en ambos turnos -- (matutino y vespertino) en la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE., durante los meses comprendidos de abril de 1983 a febrero de 1984. En edades comprendidas de 1 a menos de 5 años.

Se tomo la talla y se pesó una sola vez por mes a cada uno de ellos se utilizó un cinta metrica y una báscula -- con estadimetro de pie para medir la talla, esta última junto con una báscula pediátrica tipo romana marcas: "bame" y "surtidor científico" respectivamente para medir el peso.

Para la obtención de los datos se revisaron las formas SM-17 y SM I-I-2 (hoja de actividades diarias del médico y expediente clínico, respectivamente). Se excluyeron de la muestra a pacientes que no tenían anotados las medidas somatométricas: peso y talla. Se obtubieron 551 consultas de -- las cuales: del sexo femenino correspondiente 273 y del sexo masculino 278. Del turno matutino correspondieron 265 y del vespertino 286.

## RESULTADOS

Con esté estudio obtuvimos los siguientes resultados: de las 551 consultas, unicamente tuvimos 144 registros completos lo que corresponde a un 26.1% del total de pacientes. Posteriormente se procedio a un análisis estadístico tomando en cuenta que no existe diferencia significativa en cuanto a sexo.

De la muestra total encontramos:

Para el peso: Un rango de 7-21 Kg.  
 Media de 13.5 Kg.  
 Moda 12.5 Kg.  
 Promedio 13.3 Kg.

Para la talla: Un rango de 69-113 cm.  
 Media de 91 cm.  
 Moda 86 cm.  
 Promedio 88 cm.

Se formo 4 grupos para la distribución por edades.

Grupo I : 1 año a 1 año y 11 meses.  
 Grupo II : 2 años a 2 años y 11 meses.  
 Grupo III : 3 años a 3 años y 11 meses.  
 Grupo IV : 4 años a 4 años y 11 meses.

Grupo I .- Gráficas(1 y 2).

PESO .- 4 niños (9.3%) con déficit menor -  
 al 9% del peso esperado.  
 5 niños (11.6%) con déficit entre-  
 el 10-24%. 1 niño (2.3%) con so-  
 bre peso menor al 9% de los espera  
do. 33 niños (76.7%) con peso nor  
mal.

TALLA.- 2 niños (4.7%) con déficit menor -  
 al 9% de la talla esperada. 1 niño  
 (2.3%) con déficit mayor del 10%.  
 40 niños (93.0%) con talla normal.

Grupo II .- (gráficas 3 y 4).

PESO .- 7 niños (20%) con déficit menor al 9% del peso esperado. 3 niños (8.5%) con sobrepeso menor al 9%. 1 niños (2.8%) con sobrepeso mayor del 10%. 24 (68.5%) peso normal.

TALLA.- 9 niños (25.7%) con déficit menor al 9% de la talla esperada. 2 niños (5.7%) con déficit mayor del 10%. 24 niños (68.5%) con talla normal.

Grupo III .- (gráficas 5 y 6)

PESO.- 4 niños (15.1%) con déficit menor al 9% de lo esperado. 6 niños -- (18.1%) con déficit entre 10-24%. 2 niños (6%) con sobrepeso de más del 10%. 20 niños (60.6%) peso normal.

TALLA.- 6 niños (18.1%) con déficit menor al 9% de lo esperado. 4 niños (12.1%) con déficit mayor al 10%. 23 niños (69.7%) con talla normal.

Grupo IV .- (gráficas 7 y 8).

PESO .- 1 niño (3%) con déficit menor al 9% del peso esperado. 3 niños -- (9.2%) con sobrepeso menor al 9% de lo esperado. 1 niño (3%) con sobrepeso mayor al 10%. 28 niños (84.8%) con peso normal.

TALLA .- 4 niños (12.1%) con déficit menor al 9% de lo esperado. 1 niño (3%) con sobrepeso mayor al 10%. 28 - niños (84.8%) con peso normal.

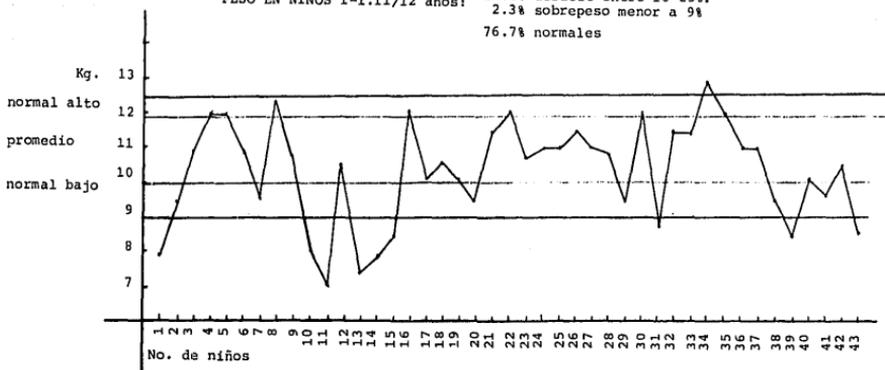
Con los datos anteriores afirmamos que de la muestra - total de 144 pacientes de ambos sexos presentaron irregularidades en peso y talla 39 pacientes correspondiente a un 27.0% de la muestra en mayor menor intensidad. Solamente 105 pacientes los encontramos en parametros esperados correspondientes a -- 72.9%.

De acuerdo a la definición de desnutrición de 1 grado - por su intensidad encontramos 2 pacientes que corresponden al 7.6% de la muestra. Así como el mismo porcentaje de pacientes con irregularidades de sobrepeso. Un mayor porcentaje (11.8%) - con bajo peso que bien los podríamos catalogar como mal nutridos.

En cuanto a la talla encontramos el 79.8% de pacientes - normales pero un 19.3 % con talla menor que va entre 1-10 % a la esperada. Solamente un paciente con talla mayor de lo esperado.

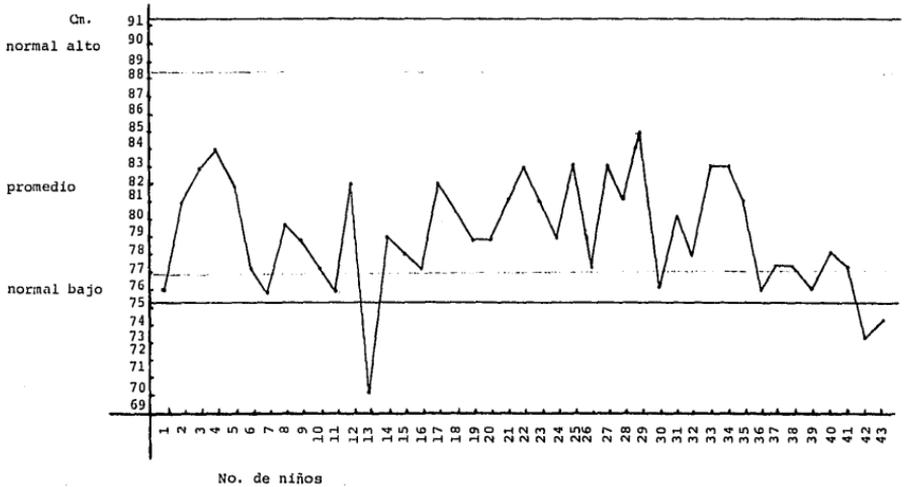
PESO EN NIÑOS 1-1.11/12 años:

- 9.3% déficit menor al 9%
- 11.6% déficit entre 10-25%
- 2.3% sobrepeso menor a 9%
- 76.7% normales



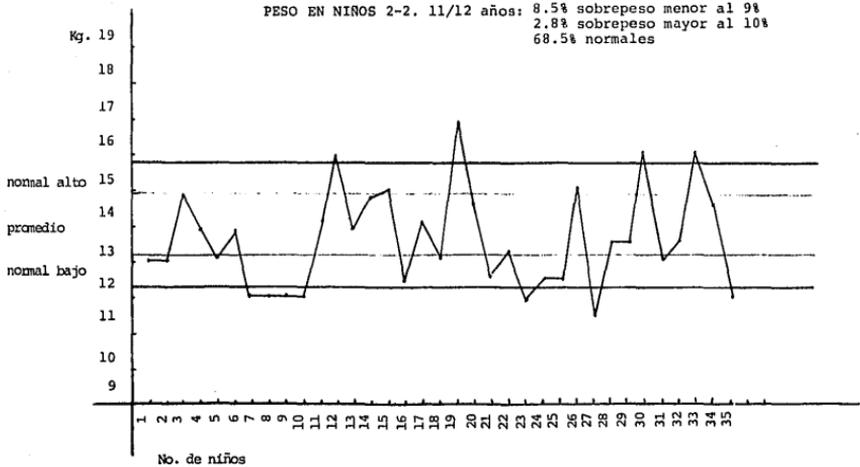
(gráfica 1)

TALLA EN NIÑOS 1-1. 11/12 años: 4.7% con déficit menor al 9%  
 2.3% con déficit mayor del 10%  
 93% normales



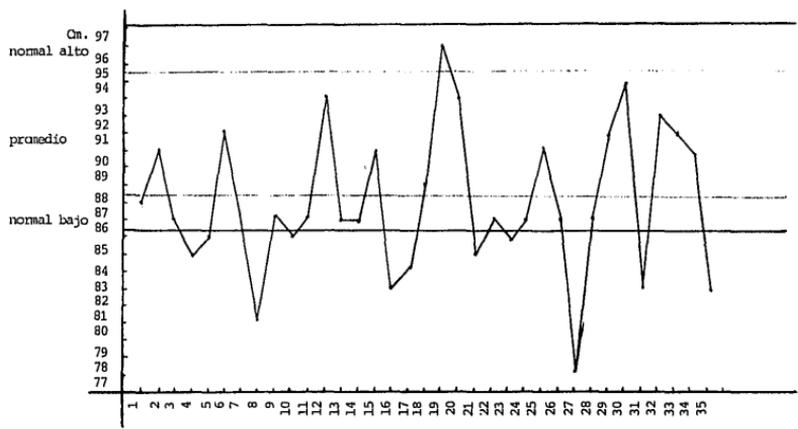
(gráfica 2)

PESO EN NIÑOS 2-2. 11/12 años: 20% con déficit menor al 9%  
 8.5% sobrepeso menor al 9%  
 2.8% sobrepeso mayor al 10%  
 68.5% normales



(gráfica 3)

25.7% con déficit menor al 9%  
 TALLA EN NIÑOS 2-2. 11/12 años: 5.7% con déficit mayor del 10%  
 68.5% normales

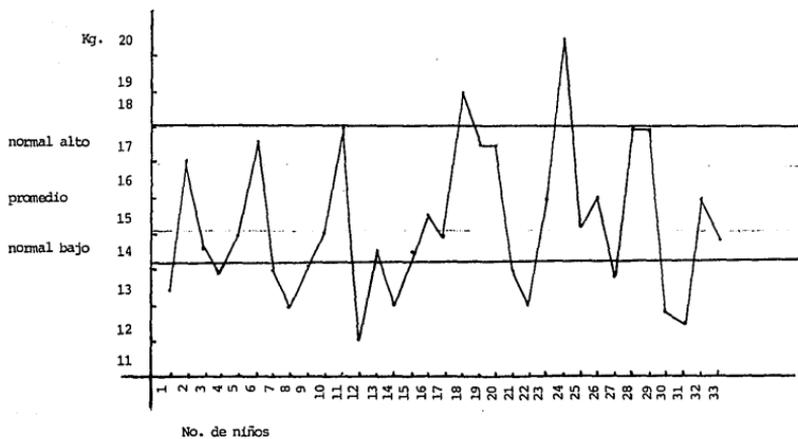


No. de niños

(gráfica 4)

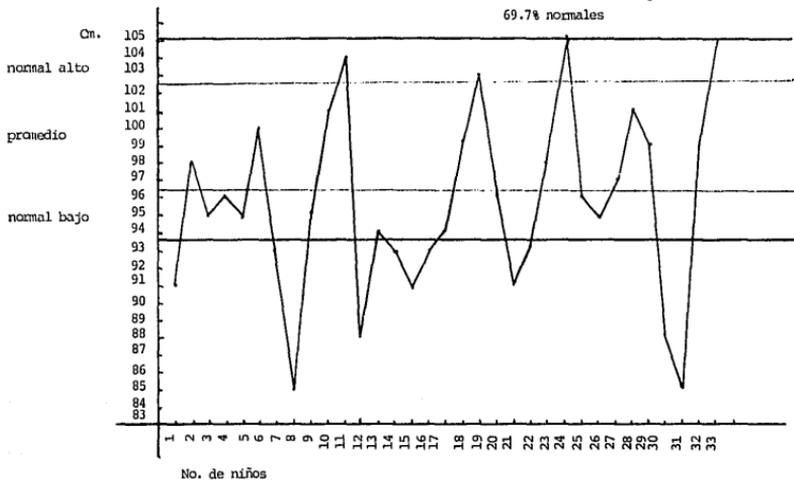
PESO EN NIÑOS 3-3. 11/12 años:
 

- 15.1% con déficit menor al 9%
- 18.1% con déficit entre 10-25%
- 6% con sobrepeso mayor al 10%
- 60.8% normales

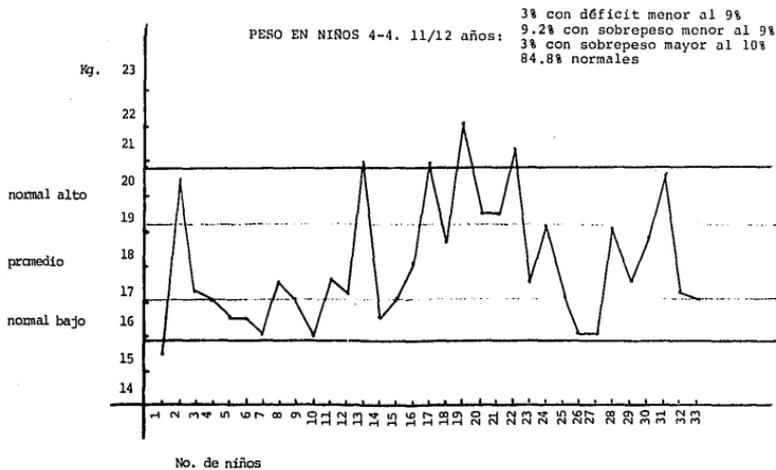


(gráfica 5)

TALLA EN NIÑOS 3-3. 11/12 años: 18.1% con déficit menor al 9%  
 12.1% con déficit mayor al 10%  
 69.7% normales

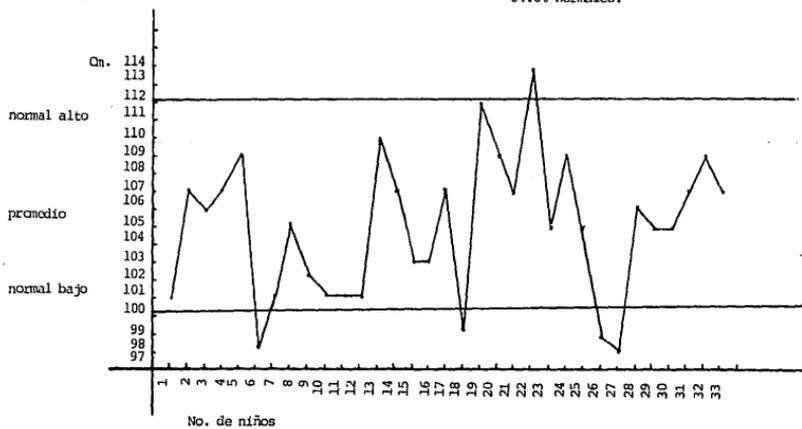


(gráfica 6)



(gráfica 7)

TALLA EN NIÑOS 4-4. 11/12 años: 12.1% con déficit menor al 9%  
 3% con talla mayor al 10%  
 84.8% normales.



(gráfica 8)

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las estadísticas nos informan que de la muestra tomada para el grupo de población que se estudio, los registros son en número importante incompletos. Para la evaluación tanto estadística, científica, epidemiológica o de otra índole, es de vital importancia la determinación los parametros somatométricos cuando menos peso y talla y si es posible otros, que nos facilitarían evaluaciones más precisas sobre todo en los primeros 5 años de vida por lo menos cada mes y así compararlos con otras tablas como son, peso para la talla.

En el presente trabajo los comparamos peso para la edad, al igual la talla, teniendo presente que podemos evaluar en otras formas los parametros antes mencionados.

De las mediciones hechas los resultados son desalentadores, desde luego estoy consciente que la muestra estudiada es relativamente pequeña, pero no deja de tener valor para la difusión y comprensión del problema del desnutrido. Existen porcentajes altos de irregularidades sobre todo para el peso que de acuerdo a la intensidad de la desnutrición de primer grado corresponde el 7.6% del total de la muestra. No registrando otros grados más intensos, pero existe un importante número de pacientes que estan por debajo del peso esperado.

Por lo visto para la talla existe una tendencia a presentar una estatura menor como promedio, o bien probablemente son fallas en cuanto a técnica de su medición pues prácticamente no existen tallas altas, comparandolas con un porcentaje (19.3%) de estatura por abajo de lo esperado. Considero que si comparáramos el peso para la talla tendríamos un porcentaje menor de niños dentro del peso que le corresponde, para dicha talla.

No obstante que de acuerdo a los resultados podemos inferir que el problema tiende a disminuir tomando en cuenta -- otros estudios de autores diferentes, en poblaciones también diferentes, ya que reportan irregularidades de más del 55% en las medidas somatométricas mencionadas.

El problema de la desnutrición es complejo por ser multicausal y por lo tanto difícil de evaluarlo, aunque no por ello tomemos una conducta indiferente. Creo que la participación del médico general familiar en la atención primaria en el programa de salud es muy importante para tratar de disminuir los problemas de salud, y llevarlos a una solución.

Existe en todos nosotros una profunda preocupación para encontrar fórmulas que permitan asegurar un nivel satisfactorio de atención médica a toda la población, dentro de los recursos limitados disponibles. Probablemente la importancia y evaluación más confiable quizás no sea lo que se encuentran en estas estadísticas sino en el análisis y metodología personal. El tratar de evaluar el peso y la talla en una población específica que se le proporciona atención actualmente se facilita con los hechos y los hechos son, por definición para los planificadores, lo que une el pasado con el futuro. (8)

Aunque tendemos a pensar en la investigación como algo por episodios (algo que tiene un principio -- la declaración de un problema -- una fase de adquisición de datos y después un análisis), de hecho, el proporcionar un servicio general de información en forma constante y que necesita analizarse en forma rutinaria sigue siendo investigación. Es fácil considerar desde el sentido técnico la prestación de servicios como objetivo en si mismo y valorar nuestro desempeño en un sentido público, la época actual nos ha hecho tener mentes de computadora y manejamos con toda precisión los datos estadísticos, pero tal vez olvidamos los pequeños detalles que constituye --

los eventos presentes y no seguimos los lineamientos del com  
portamiento porque no nos adentramos en su historia.

Es importante las siguientes conclusiones:

1.- Lograr la participación del médico familiar en el proceso de mejoría de la atención a la población, con un enfoque desde el punto de vista de las personas, más que desde el punto de vista tecnológico.

2.- Tener mejor calidad y confiabilidad en los registros de información.

3.- Evaluaciones descriptivas acerca de dónde estamos actualmente y a dónde queremos llegar previas al desarrollo de cualquier actividad de investigación enfocada a un proyecto.

4.- Mediciones somatométricas periódicas, por lo menos cada mes en los primeros 5 años de vida.

5.- El problema de desnutrición sigue siendo en alto porcentaje causa de morbi-mortalidad, principalmente en los primeros 5 años de vida.

6.- Los registros de crecimiento bien llevados, suelen proporcionar el primer indicio de anomalías o irregularidad en pacientes.

7.- La piedra angular en el diagnóstico de los trastornos de crecimiento es la valoración clínica del paciente.

8.- Una alternativa de solución a los problemas de salud es el especialista en atención primaria a la salud, como puerta de entrada a un programa de atención médica.

9.- Dentro de los recursos disponibles la somatometría juega un papel importante para la evaluación del desnutrido, por la facilidad de llevarlo a cabo.

## RESUMEN

Con el propósito de evaluar la somatometría, en un consultorio de medicina familiar, en niños comprendidos entre 1 y 5 años de edad, se elaboró el presente trabajo de investigación que por el tipo de trabajo es transversal no intervencionista. Trata además problemas de atención médica en programas para la salud.

Se revizaron 551 consultas de las cuales encontramos 144 registros completos en un período de 11 meses.

Se encontró un porcentaje de 19.99% de irregularidades en cuanto a tallas, y de éstas encontramos tallas menores a las esperadas relacionadas a la edad de los pacientes. Solamente uno de los cuales presentó una talla por arriba - de lo esperado.

En cuanto al peso presentó irregularidades más frecuentemente, ya que el 19.4% están por abajo del peso esperado para su edad. Además existe 7.5% del peso mayor al esperado. Sumando estos porcentajes (26.9%), tenemos unas cifras que si lo comparamos con resultados de otros estudios, el problema tiende a disminuir. Aunque no por esto podemos afirmar que el comportamiento del fenómeno está en vías de solución.

Las cifras normales para la talla es de 79.8. Y para el peso fueron de 72.9%.

Es de vital importancia el papel que juega el médico general familiar para llevar una atención primaria en los servicios de salud.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- CEITLIN J.  
¿Qué es la medicina familiar?  
Editorial: Arte.  
Caracas Venezuela. 1982.
- 2.- Tercer Simposium Internacional de Medicina Familiar.  
México. 1982.
- 3.- PICAZO M. E.; PALACIOS J. L.  
Introducción a la pediatría.  
Editorial: Mendez Oteo.  
Primera reimpresión. México 1980.
- 4.- SIMONDS J.; GOLDSTEIN D.; WUALKET B.  
The relationships between psychological factors and blood.  
Diabetes Care 1981 Nov.- Dec: 4 (6) 610-5
- 5.- LAURENCE C. K.  
Psiquiatría clínica moderna.  
Editorial: La Prensa Medica Mexicana.  
Primera Edición México. 1982.
- 6.- MINUCHIN S.; FISHMAN H.  
Técnicas de terapia familiar.  
Editorial: Paidós.  
Primera Edición en castellano. Buenos Aires. Arg. 1984.
- 7.- ZAVALA I.  
Levi-Strauss..  
Editorial: Edicol  
México 1981.

- 8.- CASTAÑON R.; RODRIGUEZ J. ; GARCIA M.; VARGAS A.  
Investigación en servicios de salud (ISS).  
Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología y Secretaría -  
de Salubridad y Asistencia.  
Segunda Edición. México 1981.
- 9.- UNDERWOOD L.E.; D' ERCOLE A. J. ; VAN WYL J.' J.  
Somatomedina C y valoración del crecimiento.  
Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. 4/1980: 795-  
805.  
Editorial: Interamericana.
- 10.- TORROELLA J. M.  
Pediatria.  
Primera reimpression  
Editorial: Méndez Oteo. México 1979.
- 11.- CUELLAR R. A.  
Problema Nutricional en México.  
Soc. Méx. de Pediatría, A.S. págs. 179-207
- 12.- TORRE, J.  
Desnutrición en el niño.  
Gaceta Méd. 105 (4) pág. 331  
México 1973
- 13.- CHAVEZ A.; RAMOS, G.R.; MARTINEZ, D.  
Habitat del desnutrido, aspectos sociales de la desnutri-  
ción.  
Gaceta Méd. Méx. 107 (4) pág. 265.
- 14.- BOURGES, H.  
Unidad didáctica 2.  
Facultad de Medicina UNAM. Dpto. de Internado  
México 1981.

- 15.- VALENZUELA, R. H.; JUENGOS, B.R.; MARQUET, S.L.  
Manual de Pediatría.  
Editorial: Interamericana. Octava Edición  
México 1970.
- 16.- RAMOS, G.R.; MARISCAL, A.C.; VINIEGRA, C.A.; PEREZ, O.B.  
Desnutrición en el niño.  
Impresiones Modernas, S.A. págs. 5,7,21,33 y 171  
México 1969.
- 17.- LEJARRAGA, H.; MARKEVICH, L.; SANCHIRICO, F.; CUSMINSKY,  
M.  
Reference tables of arm circumference from birth to 12  
years of age for Argentinian girls and boys.  
Arch. Latinoamericano de Nut. 1983 mar; 33(1): 139-57.
- 18.- STEELE, M.F.: SPIRGEON, J.H.  
Body Size, body form; and nutritional intake of black -  
girls age 9 years living in rural and urban regions of -  
Eastern Nort Growth 1983 Summes; 47 (2); 207-216.  
Carolina E.U.A.