

11226  
20j  
104



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 24 "INSURGENTES"

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

**MANEJO DIETETICO DEL DESNUTRIDO  
DE PRIMER GRADO A NIVEL DE MEDICINA FAMILIAR**

**TESIS RECEPCIONAL**

Para obtener el Grado de  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

presenta

**DR. ELIZUR GARCIA PEREZ**

*Elizur Garcia Perez*  
5555/1/1



**GENERACION 1982 - 1984  
MEXICO, D. F.**

**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.

I N D I C E

CAPITULO I

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	1
HIPOTESIS.....	2
OBJETIVOS.....	2

CAPITULO II

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	3
-------------------------------	---

CAPITULO III

MATERIAL Y METODOS.....	9
-------------------------	---

CAPITULO IV

RESULTADOS.....	13
-----------------	----

CAPITULO V

CONCLUSIONES.....	25
-------------------	----

BIBLIOGRAFIA.....	27
-------------------	----

CAPITULO I

INTRODUCCION

Dada la prevalencia del problema de la Desnutrición en nuestro país, creo necesario tocar nuevamente éste tema al parecer tan trillado, el cual sin embargo no ha podido ser resuelto aún.

Considero que la preparación del Médico Familiar, lo sitúa en un lugar privilegiado para intervenir directamente en el problema. Dado que la Desnutrición es un padecimiento progresivo el cual cuenta con diversas etapas clínicas, en la gran mayoría de las veces diferenciales por el médico que intencionadamente las busca, es necesario establecer el importante papel del Médico Familiar en la detección y tratamiento oportuno de éste problema, sin que para ello sea necesario la utilización de sofisticados métodos hospitalarios, sino únicamente un control antropométrico periódico tan sencillo como lo es el peso y la talla, y en segunda instancia, la aplicación de un esquema de alimentación infantil de acuerdo al caso, así como la orientación dietética a la madre respecto al tipo de alimentación más adecuada para el niño, de tal forma que el Médico Familiar pueda en un momento dado revertir la evolución natural de éste problema.

JUSTIFICACION:

Es una observación personal que durante la práctica médica en la Clínica No. 41 del IMSS, pude percatarme de la alta frecuencia de niños desnutridos que acuden a ella, en la mayoría de los casos por problemas infecciosos de distinta índole, sin que su estado nutricional fuera valorado adecuadamente.

Se pensó en la necesidad de realizar el presente estudio, con la finalidad de la establecer la importancia que representa, el conocimiento adecuado de un esquema de ablactación por parte del Médico Familiar. Ya que si consideramos su estrecha relación con el paciente-

de primer nivel, podemos percatarnos que es el instrumento a fin en la orientación adecuada hacia la madre, respecto a la alimentación del niño desnutrido de primer grado, sin que ésto implique un cambio radical en su dieta habitual.

La actitud adecuada del Médico Familiar ante éste problema es valiosa, ya que su oportuna intervención traerá consigo beneficios en primer instancia al paciente, proviéndole de un estado nutricional adecuado, y por ende de una mayor resistencia orgánica ante los procesos infecciosos, y en segundo lugar al médico, con una disminución en las visitas de éstos pacientes a su consultorio.

#### HIPOTESIS:

- Ho. El uso adecuado de un esquema de ablactación por el Médico Familiar no modifica la evolución de los desnutridos de primer grado
- H1. El uso adecuado de un esquema de ablactación por el Médico Familiar modifica la evolución de los desnutridos de primer grado.

#### OBJETIVOS:

- a) Diagnóstico oportuno de los lactantes desnutridos de primer grado por medio de antropometría en la consulta externa de Medicina Familiar.
- b) Aplicación adecuada de un esquema de ablactación por parte del Médico Familiar a los niños desnutridos de primer grado.
- c) Analizar la eficacia de la terapéutica al término del estudio.
- d) Determinar la actitud del Médico Familiar ante la desnutrición de primer grado a nivel de Consulta Externa.

## CAPITULO II

### ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Desde el punto de vista médico, la desnutrición es considerada -- como una enfermedad susceptible de prevenirse y curarse con relativa facilidad, sin embargo, constituye un problema social y económico de muchos países, al grado de afirmarse que: "La Desnutrición es una -- consecuencia inevitable de la organización política, social y económica de los países latinoamericanos, y representa actualmente un desafío, que éstos no están en condiciones de enfrentar o vencer". (1)

La desnutrición es un estado deficiente de nutrición, que expresa todas las condiciones patológicas en las que existe un déficit de ingestión, absorción o aprovechamiento de elementos nutrientes, o una situación de consumo o pérdidas exageradas de calorías.

Se conoce como Desnutrición primaria, la secundaria a una inadecuada ingestión cuantitativa e cualitativa de nutrientes. (2)

Dentro de ésta se puede hacer mención de causas de tipo colectivo y familiares. De las primeras se sabe que en México la producción de alimentos ha sido insuficiente, en parte por las características de sus tierras que son de 30 millones de hectáreas cultivables, pero -- tienen irrigación sólo un 35% y la mayoría dependen del temporal e estación de lluvia.

La producción de maíz es insuficiente desde 1971 dejándose de exportar, siendo necesaria su importación para la alimentación. La producción de carne en apariencia satisfactoria, pero mal distribuida -- pues tocan mayores cantidades de lo normal a sólo unos cuantos, siendo la mayoría los que no la comen.

La población mexicana aumenta a un ritmo de lo más acelerado en -- el mundo, a 3.5% al año debido a su alto índice de natalidad (4.1%)-- con la menor mortalidad lograda en los últimos años.

Causas familiares; La desnutrición no debe considerarse sólo como déficit en el peso y en la talla, sino comprende un cortejo amplio de carencias de tipo social, económica, cultural y emocional.

La falta de educación escolar, puede ser otra manifestación aunque se ha podido observar, que el tener instrucción primaria o secundaria no la previene, ya que depende más de higiene personal de alimentos o hábitos alimentarios que no se cambian fácilmente. Es interesante observar que aún en nuestra alimentación siguen predominando los tacos, los tiacoyos, los guisos que incluyen el atole de maíz, - así como el chile. En cambio observamos que la alimentación al seno materno se ha ido dejando, y que ésta protegía de defectos nutricionales, más frecuente con el uso de leche de vaca o industrializada.

Otras causas de mala alimentación son: el desconocimiento elemental de los nutrientes; el equivocado valor alimentario que se le dan a ciertos alimentos (atoles, refrescos, etc.); la nociva influencia de la propaganda comercial así como el bajo poder adquisitivo de la población. (3)

La Desnutrición secundaria obedece a pérdidas calóricas aumentadas o defectos de absorción o asimilación, de lo que resulta una de proporción metabólica, no obstante la ingestión de nutrientes sea buena.

La Desnutrición mixta, tal vez la más frecuente, ocurre cuando además de la insuficiente ingestión existen al mismo tiempo condicio nes patológicas (fiebre, diarrea, hipertiroidismo), que aumentan el gasto calórico y las excreciones o catabolismo. (4)

La interdependencia entre desnutrido e infección se produce a tra vés de dos mecanismos fundamentales: la desnutrición que por lo gene ral altera la resistencia del huésped a la infección y que, las enfe rmedades infecciosas alteran el metabolismo general del organismo bia

bien nutrido o agravan la desnutrición evidentes, hecho de mayor gravedad en los niños menores de cuatro años. (5)

Se ha observado que tanto en el área rural, como en la urbana la alimentación del mexicano es a expensas del maíz, deficiente en calorías y proteínas que principalmente son de origen vegetal.

La deficiencia calórico-proteíca es mayor en las regiones del sureste y del centro-occidente, donde aportan menos de 2000 kilocalorías y entre 40 y 57 gr de proteínas. Siendo mejores en las del norte y del golfo, que aportan 2150 a 2160 kilocalorías y alrededor de 60 gr de proteínas. (6)

La desnutrición se observa en todas las etapas de la edad infantil. En el lactante de pocos meses de edad, alimentados por madres de buena salud el número de eutróficos son prevalentes, pero en cuanto se inicia el destete particularmente después del sexto mes, la ablactación precaria y la insuficiente o nula administración de leche, aunado a las diarreas e infecciones, determinan elevados índices de desnutrición.

Entre los preescolares las situaciones desfavorables de deficiencia alimenticia se acentúan, por lo que contribuyen a elevarse los índices de morbilidad y finalmente los escolares que superan con dificultad ésta etapa, y aún los adolescentes, que llegan a éstas edades con el lastre de una somatometría deficiente. (7)

La desnutrición es un problema grave aún, ya que por estudios epidemiológicos en preescolares se ha observado que en el medio rural existe un 77.3% de desnutrición, distribuyéndose en 46.4% en desnutridos de primer grado, el 25.7% en segundo grado y el 3.4% en tercer grado. Siendo menor en área urbana se le encuentre en los preescolares 60.2% de desnutridos, el cual se distribuye en 44.5% de primer grado, 14.8% de segundo grado y el 1.3% de tercer grado, cifras que-



en la actualidad tienden a elevarse. (8)

En la desnutrición hay una baja ingestión de calorías, proteínas, vitaminas y en general de todos los nutrimentos. Al faltar el aporte alimenticio suficiente al organismo infantil, éste se utiliza o autoconsume sus propias reservas tisulares. Esta autofagia va aparejada a trastornos del metabolismo tales como hemoconcentración, hipoproteïnemia, hipotensión oncótica y osmótica, edema discrásico, hipocromía, deshidratación y finalmente derrumbe del metabolismo. La barrera epitelial que comprende leucocitos, plaquetas, opsoninas, globulinas hemáticas y membranas epiteliales, se encuentran dañadas por la falta de proteínas de buena calidad.

La Desnutrición se clasifica en tres grados:

- a) Desnutrición de primer grado: en la que el niño pesa del 10 al 25 por ciento menos de lo normal.
- b) Desnutrición de segundo grado: en la que el niño pesa del 26 al 40 por ciento menos de lo normal.
- c) Desnutrición de tercer grado: en la que el niño le falta más del 40 por ciento del peso normal. (9)

En la desnutrición pueden considerarse tres tipos de datos: Signos Universales, Signos Circunstanciales y Signos agregados.

Signos universales: Son manifestaciones que se encuentran siempre en la desnutrición, son el resultado de la depleción orgánica de los cambios en la composición bioquímica del organismo pudiéndose resumir como fenómenos de dilución, hipofunción y atrofia.

Signos Circunstanciales: Estos signos no están obligadamente presentes, pero cuando existen son fácilmente demostrables. Estos resultan ser una manifestación de los signos universales, cuando éstos se presenta en su máxima intensidad o bien se ven modificados por condiciones propias del sujeto mismo o del medio ambiente.

Signos Agregados; No son causados directamente por la desnutrición y se pueden dividir en tres categorías. Signos que corresponden a condiciones primarias que han originado secundariamente la desnutrición. Signos que corresponden a infecciones agregadas a la desnutrición y signos secundarios al desequilibrio electroiónico. (10)

La desnutrición de primer grado se caracteriza por que primero se detiene el peso y posteriormente la talla. El tejido celular subcutáneo pierde su turgencia, disminuye el pánfculo adiposo en volumen -- tanto en abdomen como extremidades. Existe irritabilidad en el lactante, apatía en el meyercito, así como discreta disminución de la fuerza muscular.

En la desnutrición de segundo grado existe no sólo detención sino disminución de las constantes antropométricas, pérdida importante de el tejido celular subcutáneo, ataque al estado general, trastornos digestivos, disminución de la resistencia a las infecciones, piel seca, pelo sin brillo, quebradizo, pigmentos pelagroides y edema.

En la desnutrición de tercer grado tenemos dos formas clínicas, -- el Marasmo y el Kwashiorkor. En el primero existe un estado de con-- sunción y caquexia, el índice somatométrico es impresionantemente inferior a lo normal. Existe fascias simiesca y/o Volteriana, mirada brillante y expresiva. La piel ha perdido su grasa y elasticidad, -- existe flacidez y disminución del pánfculo adiposo subcutáneo, así -- como trastornos digestivos, circulatorios y neurológicos.

En el Kwashiorkor existen alteraciones sobreabundantes en la somate-- metría, edema, lesiones cutáneas y mucosas, trastornos hematológicos y electroiónicos, alteraciones viscerales, electroencefalográficas, -- neurológicas, psicológicas, diarrea y estado general afectado. (11)

El primer paso para el diagnóstico temprano de la desnutrición es el descubrimiento de casos. En la actualidad existen varios procedimientos para conocer el estado nutricional de un individuo, los más--

usuales son: el dietético, el clínico-nutricional, el bioquímico y el antropométrico.

En la práctica médica el peso y la talla son los elementos antropométricos mínimos utilizables para conocer el estado nutricional. Ya que el peso nos informa sobre lo que está pasando en la actualidad y la talla, sobre los episodios de desnutrición que se haya sufrido. (12)

En la desnutrición de primer grado basta el tratamiento dietético exclusivamente, mediante una dieta que cumpla los postulados de las leyes de la alimentación, es decir suficiente, completa, equilibrada adecuada y bacteriológicamente pura.

En los casos de segundo grado la dieta implicaría un suministro generoso de alimentos de alto valor energético, así como aquellos con elevados porcentajes de proteínas. En caso de existir infecciones agregadas, se daría tratamiento adecuado.

En los desnutridos de tercer grado el tratamiento requiere de lapsos largos, con un costo extremadamente alto y solamente se llega a realizar con éxito, en salas de hospitales con altos recursos técnicos. (13) (14)

MATERIAL Y METODOS

**MATERIAL:**

- a) Participaron en el estudio un médico pediatra, un médico familiar de la UMF No. 41 y un residente de medicina familiar de segundo año.
- b) Se estudiaron los lactantes desnutridos de primer grado que acudieron a la UMF No. 41; se obtuvo una muestra de 100 pacientes de ambos sexos por azar simple.
- c) Se utilizó una báscula pesa bebé, una cinta métrica, una hoja de registro individual, una tabla antropométrica.
- d) 100 hojas blancas, una pluma, una máquina de escribir.

**METODO:**

- a) Se detectaron los pacientes desnutridos de primer grado mediante la medición de talla y peso, apoyándose en una tabla antropométrica mexicana. (5)
- b) Se formaron dos grupos de pacientes desnutridos de primer grado: El grupo estudio (control) en el cual se aplicó el esquema de abla ab lactación recomendado; Y un grupo testigo en donde no se intervino en su dieta habitual.  
En el grupo estudio, inicialmente se dio una orientación a las madres respecto a los aspectos más importantes de la desnutrición. Se les mencionó la importancia de llevar un esquema de ab lactación acorde con la edad de cada niño. Se les esquematizó los dos tipos de elaboración de los alimentos (colados y picados). Instruyéndoseles de forma individual, acerca del horario, tipo y cantidad de alimento requerido para su edad.
- c) El registro de los datos se llevo a cabo en una hoja individual.

de colección de datos (se anexa).

- d) Se cite a cada uno de los pacientes a control cada mes para medición antropométrica.
- e) Se tabularon los datos individuales en hojas de concentración de datos; se sacaron promedios y se elaboraron gráficas.

## RESUMEN ESQUEMATICO DE ALIMENTACION

PARES	RN	L	G	7																
	1/2	L	J	F	G															
	2/2	L	J	F	F	5														
	3/2	L	J	F	F	Co	5													
	4/2	L	J	F	F	Co	Y	5												
	5/2	L	J	F	F	Co	Y	V	5											
PICADOS	6/2	L	J	F	F	Co	Y	V	Co	5										
	7/2-10/2	L	J	F	F	Co	HE	V	Co	DL	4									
	11/2-12/2	L	J	F	F	Co	HE	V	Co	DL	3									

## ABREVIATURAS

L = Leche  
 J.F. = Jugo de frutas  
 F = Frutas  
 Co = Cereales  
 Y = Yemas de huevo

V = Verduras  
 Ca = Carne  
 D.L. = Dulces de leche  
 H = Huesos  
 N. = No. de comidas

NOMBRE	
NO. REGISTRO	EDAD
DIRECCION	
MEDIO	FECHA

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

PESO DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

BRASO DE DEFICIT \_\_\_\_\_

ALIMENTOS QUE ACOSTUMBRA LA FAMILIA (SUBRAYE)

CARNES	QUESOS	VEGETALES (3-10% H DEC)					
POLLO	AGUARDON	ACELSA	TOMATE	BALLETAS	SORBITAS-SOPES	SOPA	TORONJA
RES	PANELA	CALABACITA	VERDOLARA	BOPA	MALIBON O BUCARTAS	FRUTAS	LIMON
PESCADO	PRESCO	COL	QUELITE	TRINITY			FRESA
JAMON	ANEJO	SETABEL	MANZANA	BANITO	FRUJOL	PLATANO	
CERDO	MANTERVILLA	CEROLLA	VEGETALES	JARROS	NATURAL	NARANJA	
OTRAS	MARGARINA	COLIFLOR	(3-10% H DEC)	EN SOPA	INDUSTRIALIZADO	UVA	
LECHES	VEGETALES (VIT. C)	CHAYOTE	PAPA	PRECOCCIDO	AVENA	MANZANA	
DE VACA	QUAYABA	CHILACAYOTE	CAMDIE	CON LECHE	NATURAL	PERA	
ENPAQUETADA	PEPINO	BJOTES		ATOLE DE HARINA	INDUSTRIALIZADA	MELON	
EMBOTELLADA	COL	ESPINACA	CEREALES	MIZ	OTROS	MEDOS	
DE ESTABLO	ESPINACAS	LECHUGA	TRISO	TORTILLA	HABAS	QUAYABA	
EVAPORADA	LIMON	ZANAHORIA	PAN DULCE	ATOLE	LENTEJAS	CACAHUATES	
	NARANJA	NOPALITOS	PARTEL			MUECES	

CAPITULO IV

RESULTADOS

En el grupo de estudio (control) la edad oscilo entre 6 y 24 meses, en la gráfica 1 se desglosan los datos. De los 50 pacientes estudiados, 32 correspondieron al sexo masculino y 18 al sexo femenino (gráfica no. 2). 20 pacientes tuvieron un peso al nacimiento entre 3.000 kg y 3.400, 14 pacientes entre 2.500 y 2.900 kg, 5 entre 2.000 y 2.400 kg, 6 más entre 3.500 y 3.900 kg, los restantes tuvieron un peso entre 4.000 y 5.400 kg (gráfica no. 3).

De los 50 pacientes estudiados 28 masculinos y 10 femeninos tuvieron alimentación al seno materno, mientras que los restantes no (gráfica no. 4). Iniciaron la etapa de ablactación 30 pacientes a los 3 meses de edad, 8 a los 2 meses, 6 a los 4 y los restantes entre 5 y 6 meses (gráfica no. 5).

La talla al inicio del estudio fue de 65 a 69 cm en 12 pacientes, 11 con 70 a 79 cm, 8 con 60 a 64 cm, 8 más con 80 a 84 cm, 5 con 75 a 79 cm y los restantes distribuidos de 85 a 100 cm (gráfica no. 6). De los 50 pacientes 10 tuvieron un peso al inicio del estudio entre 11 y 11.400 kg, 6 entre 6.500 y 6.900 kg, 5 entre 10.500 y 10.900 kg, 4 entre 5 y 5.400 kg, 4 más entre 6 y 6.400 kg y los restantes entre 7.500 y 9.400 kg (gráfica no. 7).

En el grupo testigo la edad oscile entre 6 y 24 meses también (gráfica no. 8). De los 50 pacientes en estudio, 30 correspondieron al sexo masculino y 20 al sexo femenino (gráfica no. 9). 28 paciente tuvieron un peso al nacimiento entre 3 y 3.400 kg, 12 entre 2.500 y 2.900 kg, 5 entre 2 y 2.400 kg y los restantes entre 3.500 y 4.400 kg. (gráfica no. 10).

De los 50 pacientes estudiados 20 masculinos y 12 femeninas recibieron alimentación al seno materno, los restantes no (gráfica no. 11)

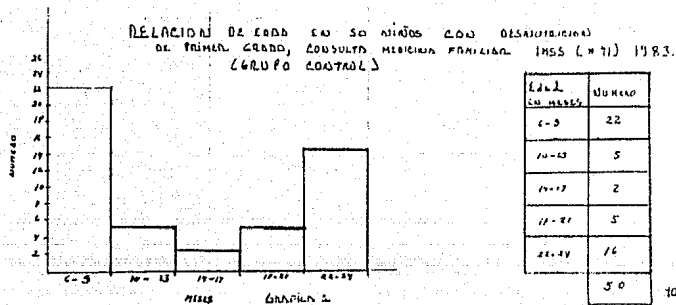


Iniciaron la ablactación a los 3 meses de edad 26 pacientes de los 50 estudiados, 16 a los 2 meses, 5 a los 4 meses y los restantes entre 5 y 6 meses (gráfica no. 12).

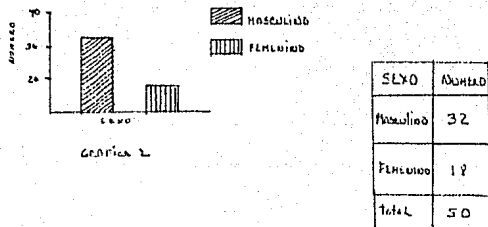
Al inicio del estudio la talla fue de 70 a 74 cm en 9 pacientes, de 65 a 69 cm en 8 pacientes, de 85 a 89 cm en 8 también, de 75 a 79 cm en 7, de 80 a 84 cm en 6, de 90 a 94 cm en 5 y los restantes en otras escalas (gráfica no. 13). De los 50 pacientes 8 tuvieron un peso al inicio entre 11 y 11.400 kg, 7 entre 10 y 10.400 kg, 7 más entre 5 y 5.400 kg, 5 entre 10.500 y 10.900 kg, 4 entre 5.500 y 5.900 kg, 4 más entre 7.500 y 7.900 kg y los restantes distribuidos en otra escala (gráfica no. 14).

Al término del estudio en el grupo control se observe que los 50 pacientes tuvieron un promedio de peso aumento en el primer mes de 75 gr, en el segundo de 125 gr, en el tercero de 175 gr y en el cuarto de 225 gr, con un promedio general de aumento en los cuatro meses de 600 gr (gráfica no. 15). En comparación con el grupo testigo en el cual existió un promedio de aumento en el primer mes de 50 gr, en el segundo también de 50 gr, en el tercero de 62 gr y en el cuarto igualmente de 62 gr, con un promedio general de aumento de 224 gr en los cuatro meses de estudio (gráfica no. 16).

En cuanto a la talla existieron en el grupo control los siguientes promedios de aumento al final del estudio: en el primer mes de .05 cm, en el segundo mes de .75 cm, en el tercer mes de 1 cm, en el cuarto de 1.25 cm con un promedio general en los cuatro meses de 3.05 cm (gráfica no. 17). En comparación con el grupo testigo en el cual los promedios de aumento en talla fueron de .25cm en el primer mes, .05 cm en el segundo, .05 cm en el tercero y 1 cm en el cuarto, con un promedio general en los cuatro meses de 1.35 cm (gráfica no. 18).



RELACION DEL SEXO EN 50 NIÑOS CON DESAJUSTACIONES DE PRIMER GRADO  
CONSULTA MEDICINA FAMILIAR 1955 (N° 71) 1983



RELACION DEL PESO AL NACIMIENTO SEGUN SEXO EN LOS NIÑOS CON ALIMENTACION DE PRIMERA GRADO  
 EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR 1965 (L471) 1983

GRAFICO 3

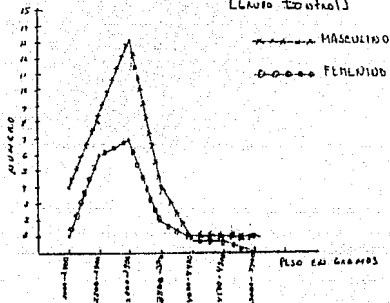


GRAFICO 3

Peso Gramos	Numero	
	M	F
1000	4	1
1500	8	6
2000	13	7
2500	9	2
3000	1	1
3500	1	1
4000	1	0
Total	52	19

RELACION DE ALIMENTACION AL SEXO MEDIANTE LOS NIÑOS CON DESNUTRICION DE  
 PRIMERA GRADO EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR 1965 (L471) 1983.

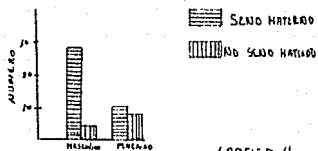
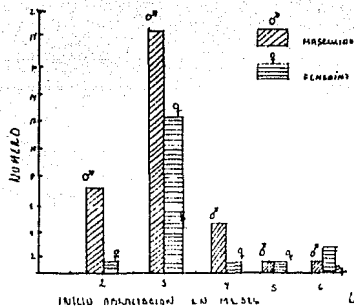


GRAFICO 4

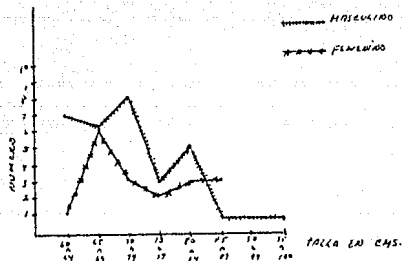
Sexo	SENO MATERNO	
	M	F
M	28	4
F	10	8
Total	38	12

INICIO DE ABOLACTACION CU SE DIAS CON DISMINUCION DE PANDA CARIOS EN LA CONSULTA DE  
 MEDICOS FAMILIAR (ISS LAMH) 1983



EDAD ANTERIOR EN MESES	NUMERO	
	M	F
2	7	1
3	18	12
4	5	1
5	1	1
6	1	3
TOTAL	32	18

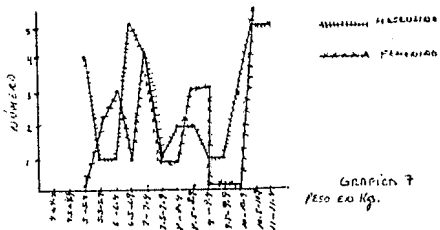
RELACION DE TALLA Y SEXO EN 50 NIÑOS CON DISTRIBUCION DE PRIMER GRADO EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR IMSS (L41) 1983.



TALLA EN CMS.	NÚMERO	
	M	F
12-13	2	1
14-15	6	6
16-17	2	3
17-18	3	2
18-19	5	3
19-20	1	3
20-21	1	0
22-23	1	0
TOTAL	32	17

GRAFICO 6

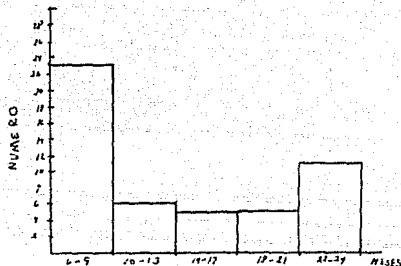
RELACION DE PESO Y SEXO EN 50 NIÑOS CON DISTRIBUCION DE PRIMER GRADO EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR IMSS (L41) 1983.



PESO EN KG.	M	F
20-25	1	4
25-30	2	5
30-35	2	2
35-40	1	5
TOTAL	6	16

GRAFICO 7  
PESO EN KG.

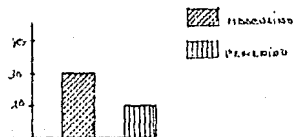
RELACION DE EDAD EN 50 NIÑOS CON DESNUTRICION DE PRIMERA CONSULTA  
 CONSULTA EXTRADE DE MEDICINA FAMILIAR 1955 (60-71) 1983  
 (GRUPO TESTIGO)



Edad en Años	Numero
6-9	23
10-13	6
14-17	5
18-21	5
22-24	11
Total	50

GRAFICA 8

RELACION DEL SEXO EN 50 NIÑOS CON DESNUTRICION DE PRIMERA CONSULTA  
 CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR 1955 (60-71) 1983.

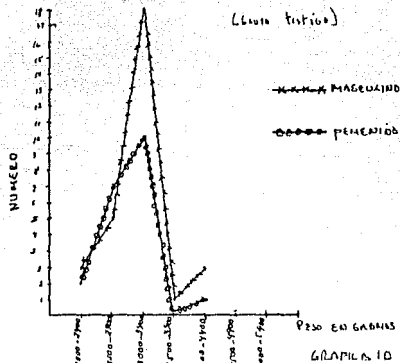


SEXO	NUMERO
MASCULINO	30
FEMENINO	20
Total	50

GRAFICA 9

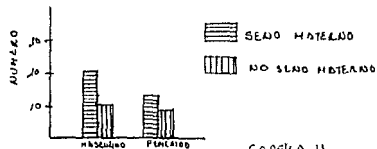
RECEIVED  
 JUN 10 1983  
 INSTITUTO VENEZOLANO  
 DE INVESTIGACIONES  
 CIENTÍFICAS

RELACION DE PESO AL NACIMIENTO SEGUN SEXO EN 50 NIÑOS CON DISMORFIA DE PRIMER GRADO EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR 1955 (Cp. 4) 1983



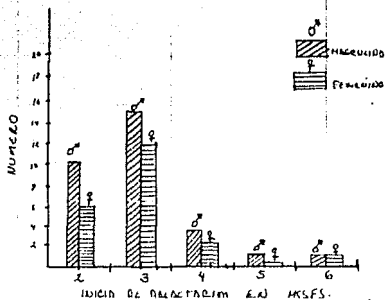
PESO GRAMOS	MACHOS	FEMENOS
2000 - 2500	3	2
2500 - 3000	5	7
3000 - 3500	12	10
3500 - 4000	1	0
4000 - 4500	3	1
4500 - 5000	0	0
5000 - 5500	0	0
TOTAL	30	20

RELACION DE ALIMENTACION DE NIÑOS MATERNO EN 50 NIÑOS CON DISMORFIA DE PRIMER GRADO EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR 1955 (Cp. 4) 1983.



SEXO	SENO MATERNO	
	SI	NO
M	10	10
F	12	8
TOTAL	32	18

ESTUDIO DE ADIESTRAMIENTO EN 50 NIÑOS CON DISCAPACIDAD DE PRIMER GRADO EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR 1955-1961

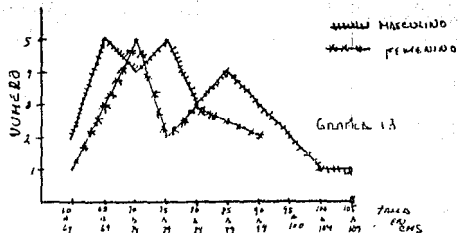


AÑO DE ADIESTRAMIENTO EN MSFS	NUMERO	
	M	F
2	10	6
3	15	11
4	3	2
5	1	0
6	1	1
Total	30	20

GRAFICO 12

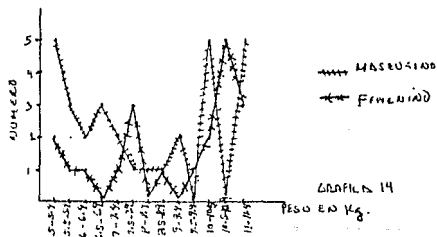


RELACION DE TALLA Y SEXO EN 50 NIÑOS CON DISTRIBUCION DE PAIMER CUANDO EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR IMSS (1971) 1983  
(Grupo Testigo)



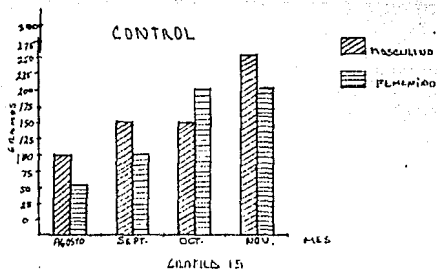
TALLA EN CM.	M	F
10-14	2	1
15-19	5	2
20-24	4	3
25-29	5	2
30-34	3	5
35-39	4	4
40-44	3	2
45-49	2	0
100-104	1	0
105-109	1	0
TOTAL	30	20

RELACION DE PESO Y SEXO EN 50 NIÑOS CON DISTRIBUCION DE PAIMER CUANDO EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR IMSS (1971) 1983.

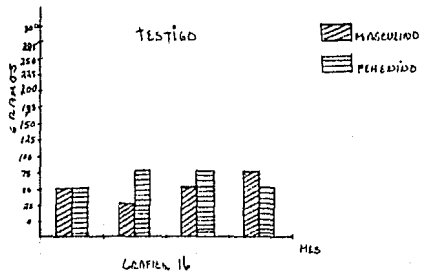


PESO EN Kg.	M	F
5-5.4	5	2
5.5-5.9	3	1
6-6.4	2	1
6.5-6.9	3	0
7-7.4	2	1
7.5-7.9	1	3
8-8.4	1	0
8.5-8.9	1	1
9-9.4	2	0
9.5-9.9	0	1
10-10.4	5	2
10.5-10.9	0	5
11-11.4	3	5
TOTAL	30	20

COMPARACION ENTRE EL GRUPO CONTROL Y TESTIGO DE LA GANANCIA DE PESO REGISTRADA EL AGOSTO A NOVIEMBRE DE MES. 1955 (17)

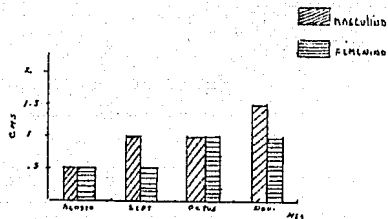


GRAMOS	M	F	M	F	M	F
25	X	X	X	X	X	X
50	X	X	X	X	X	X
75	X	X	X	X	X	X
100	X	X	X	X	X	X
125		X	X	X	X	
150		X	X	X	X	
175			X	X		
200				X	X	
225					X	
250						X
275						
300						
MES	AG.	SEPT.	OCT.	NOV.		



GRAMOS	M	F	M	F	M	F
25	X	X	X	X	X	X
50	X	X	X	X	X	X
75			X	X		
100						
125						
150						
175						
200						
225						
250						
275						
300						
MES	AG.	SEPT.	OCT.	NOV.		

COMPARACION ENTRE EL GRUPO BAMBOL Y RESPIO DE LA CANTIDAD DE PALAS REGISTRADAS EL AÑO Y A NOVEMBER DE 1925 (1925).



GRUPO 17

C.M.S.	A	S	O	N
.5	X	X	X	X
1		X	X	X
1.5				X
2				



GRUPO 18

C.M.S.	A	S	O	N
.5	X	X	X	X
1				X
1.5				
2				

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Al término del presente estudio las conclusiones a las que podemos llegar son las siguientes:

- a) Hemos podido observar que la aplicación de un esquema de ablactación, en niños con Desnutrición de primer grado nos ha aportado datos de interés, ya que en aquellos en los cuales se aplico una alimentación acorde con su edad, la cual sin embargo en la mayoría de los casos tuvo que ser adaptada a las costumbres alimenticias y a los recursos económicos, existio un aumento significativo de peso al término del estudio de aproximadamente 600 gr. Aumento que aunque en general es bajo, nos demuestra que el hecho de mantener bajo control dietético a nuestras pacientes, nos puede redituvar la ganancia casi total del peso para la edad, y de ésta forma romper la evolución natural de la desnutrición en ellos.
- b) En cuanto a la talla, observamos que su recuperación durante los cuatro meses de estudio fue lenta, aproximadamente de 3.05 cm. Aumento que de ninguna manera, a pesar del manejo dietético se puede considerar dentro de los parámetros normales de crecimiento, dado que en el proceso de desnutrición la talla se verá afectada mayormente, aún cuando el peso llegue en un momento dado a ser normal. De tal forma que éste tipo de pacientes siempre arrastraran un déficit en talla constante.
- c) En el grupo testigo, las ganancias tanto en peso como en talla son definitivamente menores en relación al grupo de estudio. Hecho que nos demuestra dos aspectos importantes, el primero que la alimentación habitual en un paciente con desnutrición de primer grado en ningún momento contribuirá a que ésta se modifique, sino que al

contrario contribuirá más al déficit de peso y talla, manteniéndolo y llevándolo si no se corrige a estadios avanzados e irreversibles. El segundo, que la aplicación de un esquema de ablactación acorde con su edad, sí puede en un momento dado modificar éste déficit en los pacientes desnutridos, y contribuir a su restitución en un tiempo determinado.

d) Otro aspecto importante es que, aunque un gran porcentaje de nuestros pacientes tuvieron un peso al nacimiento dentro de los valores normales para nuestra población, siendo alimentados la mayoría de ellos al seno materno y con un inicio de ablactación que se puede considerar de lo normal, es en éste momento en el que existe un cambio en el tipo de alimentación, en el cual inicia el proceso progresivo de déficit en talla y peso, hecho que no es percibido por la madre ni al médico.

e) En la desnutrición al igual que en otras muchas patologías, la importancia de su conocimiento radica definitivamente en el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno. Hecho que debe ser considerado por el Médico Familiar, el cual es el medio de primer contacto con éste tipo de pacientes. El debe concientizarse del problema y hacer un lado los problemas burocráticos, y hechar mano de procedimientos tan sencillos como la toma de peso y talla, lo cual es factible de realizar a nivel de CE y de ésta forma detectar oportunamente los casos de desnutrición.

BIBLIOGRAFIA

1. Torres, G. J.; Camus, G.M.; Desnutrición en el niño. Valor diagnóstico de la somatometría. Cuadernos de Nutrición. 5:153, 1980.
2. Ramos, G.R.; Mariscal, A.C.; Viniestra, C.A.; Pérez, O.B.; Desnutrición en el niño. Bol. Méd. Inf. Méx. 25:103, 1969.
3. Luengas, B.J.; Los hábitos alimentarios y la educación nutricional - como causa y prevención de trastornos nutricionales. Cuadernos de Nutrición. 4:93, 1979.
4. Ramos, G.R. y Col., Ob. cit., pag. 105.
5. Cuellar, R.A.; Ruiz, M.R.; Interrelación entre desnutrición e infección en la niñez. Cuadernos de Nutrición. 3:107, 1978.
6. Luengas, B.J., Ob. cit., pag. 94.
7. Valenzuela, R.H.; Luengas, B.J.; Marquet, S.L.; Manual de Pediatría Ed. Interamericana, México, D.F., 1975. pag. 235.
8. Pérez, H.C.; Diagnóstico precoz y tratamiento temprano de la mala nutrición. Salud Pública de México. 12:825, 1970.
9. Gómez, F.; Ramos, G.R.; Cravioto, J.; Frank, S.; Estudio sobre la desnutrición en el niño. Bo. Méd. Hosp. Inf. Méx. 15:6, 1969.
10. Ramos, G.R.; Cravioto, J.; Desnutrición en el niño. Bol. Méd. Hospital Inf. Méx. 30:69, 1971.
11. Valenzuela, R.H. y Col., Ob. cit., pag. 240.
12. Pérez, H.C., Ob. cit, pag. 825.
13. Vega, F.L.; Tratamiento integral de la desnutrición en el niño. - Cuadernos de Nutrición. 4:51, 1979.
14. Luengas, B.J., Ob. cit., pag. 104