

11226
17
28j



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado e Investigación

Departamento de Medicina Familiar

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "SAN ANTONIO ABAD"

Evaluación de Peso, Talla y Desarrollo Psicomotor en Niños de 0 a 5 Años de Edad en la Clínica de Medicina Familiar "San Antonio Abad"

T R A B A J O

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A N

Cáceres Picasso Lidia Olivia

Cacho González Rosendo

De la Vega Loera Lilia

Hernández Buenfil Jacqueline

Lozada Landeros Leonor Elizabeth

Méneses Torres Virginia

Moreno Bello Alejandrina

Ordóñez Medina Norma

Ruiz Pimentel Juan Abraham

Velázquez González Lucía Reyna

FALLA DE ORIGEN

Diciembre de 1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

EVALUACION DE PESO TALLA Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR SAN ANTONIO ABAD, ISSSTE.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTAN:

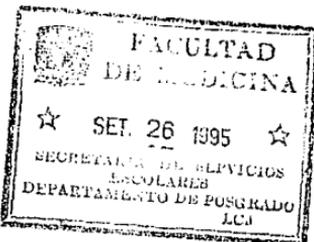
**CACERES PICASSO LIDIA OLIVIA
CACHO GONZALEZ ROSENDO
DE LA VEGA LOERA LILIA
HERNANDEZ BUENFIL JACQUELINE
LOZADA LANDEROS LEONOR ELIZABETH
MENESES TORRES VIRGINIA
MORENO BELLO ALEJANDRINA
ORDOÑEZ MEDINA NORMA
RUIZ PIMENTEL JUAN ABRAHAM
VELAZQUEZ GONZALEZ LUCIA REYNA**

AUTORIZACION:


**DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**


**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

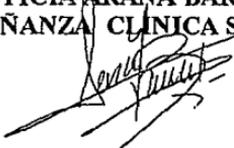

**DRA. MA. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY.
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM**





DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE.

DRA. SARA LETICIA ARANA BARRIGA
JEFE DE ENSEÑANZA CLINICA SAN ANTONIO ABAD
ISSSTE



CLINICA
SAN ANTONIO ABAD
★ MAR. 22 1995 ★
DIRECCION

El presente trabajo se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar San Antonio Abad, ISSSTE, durante los meses de enero a julio de 1994, en siete consultorios del turno matutino y tres del vespertino. El trabajo fué dirigido por los Dres. Juan José Mazón Ramírez, Jefe del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM, y Diego Ricardo Félix Grijalva, Profesor de carrera en el citado Departamento.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. José Ranferi Murguía Peñaloza, Director de la U.M.F. San Antonio Abad, ISSSTE, por las facilidades otorgadas para el cumplimiento de las actividades diarias y cuyo apoyo ha sido invaluable.

A la Dra. Sara Leticia Arana Barriga, Jefe de Enseñanza de la U.M.F. San Antonio Abad, ISSSTE, quien con su entusiasmo, disciplina y honestidad supo guiarnos e impulsarnos en el arduo camino del saber.

A los Dres. Efraín Palacios Quintero, Jefe de Enseñanza, Marco Antonio Regalado Torres, Jefe de Cirugía, Miguel Angel Ortega Flores, Médico Adscrito de Pediatría, Jesús Carmona Redín, Médico Adscrito de Gineco-Obstetricia, José Luis Cárcamo Mejía, Médico Adscrito de Medicina Interna y Jaime De Alba Valdez, Jefe de los Servicios Auxiliares de Diagnóstico, en el Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda", ISSSTE, así como al Dr. Guillermo Vera Aldave, Médico Adscrito de Cardiología del Hospital Regional "Primero de Octubre", ISSSTE, quienes fungieron como asesores en las diversas asignaturas y que pusieron a nuestra disposición sus conocimientos y experiencia.

DEDICATORIA

A Nuestros Familiares. Por su paciencia y comprensión y cuyo amor nos impulsó para continuar siempre adelante.

A Nuestros Amigos. Cuyas palabras de ánimo hicieron renacer nuestras fuerzas ya casi perdidas.

A Nuestros Pacientes. Que han puesto sus vidas en nuestras manos y de quienes cada día aprendemos algo nuevo.

Y A Todas Aquellas Personas. Que de una u otra manera contribuyeron a nuestro desarrollo profesional.

FALLA DE ORIGEN

FALLA DE ORIGEN

CONTENIDO

I. Introducción

- a) La desnutrición en México. Breve panorama histórico
- b) Factores que limitan el adecuado crecimiento y desarrollo infantil
- c) Crecimiento y desarrollo: conceptos fundamentales
- d) Importancia del seguimiento del crecimiento y desarrollo en el niño

II. Objetivos

- a) Objetivo general
- b) Objetivos particulares

III. Material Métodos

IV. Resultados

V. Discusión

VI. Bibliografía

I. INTRODUCCION

A) La Desnutrición En México. Breve Panorama Histórico.

La Organización Panamericana de Salud (O.P.S.) se estableció en 1902, siendo su función fundamental el control de las enfermedades transmisibles, pero la relación cada vez más evidente entre la alimentación, la salud y la productividad humana, la indujo a mantenerse al corriente de los adelantos en el campo de la nutrición. Las actividades de la O.P.S. en materia de nutrición tuvieron repercusiones de diversa índole en las políticas de los países bajo su influencia, en algunos de ellos se establecieron restaurantes populares subvencionados por el gobierno y las grandes industrias, apoyandose en otros organismos dedicados a la nutrición con fines sanitarios (1).

Nuestro país cuenta con una larga tradición de contribuciones científicas en el campo de la nutrición, desde 1945, Aguilar publicó un artículo denominado "Efectos de la hipoalimentación en el crecimiento físico de los niños" (2). Por otro lado Gómez y colaboradores en 1956, propusieron por primera vez, el uso de la somatometría, como indicador de los grados de desnutrición en niños y señalaron el riesgo creciente de muerte asociado a niveles pobres de desnutrición. En 1963, Zubirán, pionero de la nutrición en México, realizó los primeros estudios comunitarios sobre alimentación.

Entre 1963 y 1965, se publicaron las observaciones realizadas por

Cravioto y Robles que evaluaron el desarrollo mental de los niños, durante su recuperación nutricional, los datos que se dieron a conocer despertaron el interés en la búsqueda de la relación entre factores ambientales y desarrollo del sistema nervioso central. (3)

En 1964, con el auspicio del Hospital Infantil de México, se realizó un estudio longitudinal con el modelo ecológico a fin de determinar condiciones de riesgo, antecedentes y consecuencias de la nutrición a diferentes edades; los resultados se refieren a mortalidad perinatal, neonatal e infantil, incidencia de desnutrición y a la influencia de los factores socioculturales sobre el peso y la talla al nacer, el desarrollo psicomotor y la adquisición de conceptos bipolares entre otros.

Una de las aportaciones más importantes de estos estudios es la determinación de los factores del microambiente del niño, que se asocia con desnutrición avanzada, es decir, permite la identificación precoz de niños con alto riesgo para sufrir desnutrición.

A partir de 1972, las investigaciones se continuaron en el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN) y a finales de 1976 se integró el Instituto Nacional de Ciencias y Tecnología-DIF (INCYTAS-DIF).

Por su parte, Ramos Galvan llevó a cabo estudios semilongitudinales, con el fin de estimar los niveles de velocidad de crecimiento en niños mexicanos. Asimismo, Chávez y su grupo han realizado extensos estudios sobre niveles de nutrición y consumo de alimentos en comunidades de todo el país, que conforman la base de nuestra información acerca de la

epidemiología nutricional de los últimos años. Finalmente, Cravioto y Arrieta, demostraron fehacientemente la influencia de la privación nutricional en el desarrollo mental y aprendizaje del niño. (4)

De lo anterior se puede decir que el ambiente poco estimulante en el hogar puede desencadenar desnutrición; encontrándose también que en lactantes menores de seis meses con desnutrición, la estimulación sistematizada unida a un tratamiento médico dietético permite que se recuperen del retraso mental de siete a nueve de cada diez niños.

B) Factores que Limitan el Adecuado Crecimiento y Desarrollo Infantil.

México ha experimentado un proceso de cambio en todos los aspectos de su vida social y económica y de ser un país con un alto índice de actividad agrícola, se ha transformado en un país donde es posible aún, encontrar estratos poblacionales marginados y otros con un alto índice de urbanización, además de que existe una amplia capa de la población que cuenta con un poder adquisitivo restringido pero suficiente para satisfacer sus necesidades más apremiantes.

Los niveles socioeconómicos bajos tienen un alto índice de mortalidad y morbilidad, bajos niveles de escolaridad, viviendas insalubres y un apego profundo a patrones tradicionales e inadecuados de crianza de los niños (5). Estos hechos conforman un ambiente desfavorable para el crecimiento y desarrollo del niño, siendo la desnutrición su manifestación más común.

En México, la prevalencia de la desnutrición es alta y se ha verificado su asociación con menor crecimiento físico. Las variantes de la nutrición tienen una gran trascendencia para la Salud Pública, siendo causadas por factores diversos como la pobreza, la ignorancia, los malos hábitos dietéticos y las enfermedades infecciosas, entre otros.

El crecimiento y desarrollo es un fenómeno biológico que se encuentra determinado por factores genéticos y cuya modulación se debe al medio ambiente, de aquí que eventos como desnutrición, enfermedad por stress, factores psicosociales, etc. afecten las dimensiones corporales.

Esta cualidad multifactorial del crecimiento hace que el estudio de su cinemática cobre gran importancia, ya que pone de manifiesto que las alteraciones del mismo, son debidas a la acción negativa de algunos factores sobre determinados sujetos (6).

En México, si bien existen parámetros de referencia, sobre crecimiento y desarrollo, éstos tienen más de diez años de haber sido reportados, por lo que es necesario actualizarlos y más aún ampliarlos, para con ello describir de manera la forma de como crece la población mexicana (7).

El cuidado de la salud infantil es, entonces, el cuidado del crecimiento y del desarrollo, procurando la disponibilidad de los nutrientes biológicos, afectivos y socioculturales necesarios en el momento oportuno.

C) Crecimiento y Desarrollo: Conceptos Fundamentales.

Se define al crecimiento como un proceso dinámico que se inicia en la concepción y termina individualmente con la muerte, pero que de hecho se prolonga a través de las generaciones siguientes, siendo así como se plasman las características del grupo. En general todo crecimiento conlleva cambios en la función.

Desde otro punto de vista, crecimiento y desarrollo son dos fenómenos inherentes a la vida, ambos son característicos de la vida en todas sus edades y forman parte de un proceso biológico que el hombre comparte con todos los seres vivos; presenta la particularidad de requerir un lapso de tiempo más prolongado para madurar durante la niñez, infancia y adolescencia; es como si la naturaleza reconociendo la lenta evolución del sistema nervioso central humano cooperara concediéndole un periodo prolongado para su entrenamiento y maduración. Ambos conceptos implican un proceso dinámico, evolutivo y prospectivo del ser humano y es una característica diferencial en la asistencia del niño.

El crecimiento puede estudiarse a nivel de las células, de los tejidos o de los órganos, finalmente podemos estudiar el crecimiento a nivel de la masa corporal total, con mediciones antropométricas que tienen gran aplicación clínica, tales como el peso y la talla.

El peso representa la acumulación o aumento de los diferentes tejidos del organismo, la talla mide casi exclusivamente el tejido óseo. Ambos parámetros son un excelente reflejo del crecimiento global del niño y

presenta una curva posnatal semejante.

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.

Actualmente se interpreta el desarrollo como el resultado de efectos combinados de la naturaleza, el ambiente y la actividad personal del individuo. Caracterizándose así, como un proceso de organización sucesiva de las funciones, mediante el cual se realizan progresivamente las capacidades genéticas del organismo en relación con el ambiente.

Resumiendo:

- 1) El desarrollo es un proceso integral, dinámico y continuo.
- 2) Se encuentra ordenado en sucesión de etapas no arbitrarias.
- 3) Cada fase es un soporte de la estructura posterior.
- 4) Cada etapa se encuentra basada en los niveles anteriores.
- 5) No hay correlación exacta entre la aparición de cada etapa y la edad cronológica.
- 6) Los factores genéticos y ambientales son relativamente determinantes.
- 7) Las direcciones del desarrollo son céfalo-caudal, próximo-distal y de actividades globales a las específicas.

En conclusión podemos decir que el desarrollo es un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales en compleja interacción, cuyas constelaciones estructurales se modifican en un constante palpitar vital; por lo que la identificación de los

logros alcanzados por el niño en cada una de las etapas de su desarrollo constituye la base de su evaluación; por lo tanto la detección precoz de alteraciones del desarrollo permite intentar un tratamiento adecuado. Cuando se advierte que el niño no ha conseguido alguno de los logros señalados para su edad, es conveniente realizar una exploración cuidadosa de la relación niño-familia-medio ambiente.

D) Importancia del Seguimiento del Crecimiento y Desarrollo en el Niño

Durante la práctica diaria el médico familiar trata a pacientes de ambos sexos y de cualquier edad, ocupando un alto porcentaje de su consulta a la población infantil.

Una de las principales actividades del médico familiar es la de prevenir alteraciones más que curar daños, para lo cual debe de conocer las características de normalidad de la población que trata.

Los reportes que evalúan peso, talla y desarrollo psicomotor en nuestro Instituto, son insuficientes y poco actualizados, lo cual dificulta la evaluación de sus parámetros y si a ello sumamos la diversidad de criterios para evaluar la normalidad, nos encontraremos inmersos en una gran variedad de tratamientos preventivos y terapéuticos, hechos que son susceptibles de ser modificados mediante la unificación de criterios de normalidad, basados en la observación clínica diaria, realizada por el médico familiar.

El crecimiento somático es un indicador muy sensible de la salud y de la nutrición de una población; muchos estudios han mostrado que existe una relación entre el crecimiento de los niños y la morbilidad y mortalidad infantil (8).

La vigilancia del crecimiento y desarrollo es el eje alrededor del cual se ordenan todas las acciones de salud infantil. De modo que también podría decirse que el crecimiento y desarrollo de los niños de una comunidad determinada, revela la eficacia global de las intervenciones tanto preventivas como curativas.

Las condiciones desfavorables que provocan alteraciones del crecimiento frecuentemente sólo se detectan mediante investigaciones epidemiológicas específicas, que permiten actuar sobre aquellos mecanismos que alteran o retrasan el crecimiento y el desarrollo (9).

La determinación sucesiva del peso y la talla, así como del desarrollo psicomotor es fácil de ser medido en el consultorio, mediante la utilización de estándares conocidos (10), los cuales pueden ser aplicados a la población derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar, ISSSTE.

El no realizar una adecuada exploración del niño constituye un déficit que habrá de influir como un elemento negativo en el potencial futuro de ese niño y sus posibilidades.

Por otra parte, el resultado del desarrollo psicomotor incluye adoptar la posición erecta, la marcha y la coordinación visomotora. La adquisición

del lenguaje es un aprendizaje muy complejo, en el que intervienen múltiples variantes y que se encuentra íntimamente ligado al desarrollo intelectual.

A través de la palabra se organiza el pensamiento y se estructura la realidad. El lenguaje es producto de una minuciosa actividad intelectual que requiere de la estimulación social.

La vigilancia del desarrollo del lenguaje como parte del control del crecimiento y desarrollo del niño implica valorar la presencia de ciertas conductas en relación con la audición (percepción de sonidos), comprensión (ejecución de órdenes verbales) y expresión (producción de palabras y frases), las variaciones individuales del desarrollo tanto psicomotor como de lenguaje son muy grandes y es muy difícil establecer una norma de referencia entre edades precisas; pese a ello es posible emplear tablas recomendadas por la OMS que nos permiten valorar gruesamente estos parámetros.

II. OBJETIVOS

Por lo antes mencionado se diseñó el presente estudio clínico aplicado, longitudinal, prospectivo, que se llevó a cabo de manera observacional y descriptiva; cuyo objetivo general fue:

Conocer las características de peso, talla y desarrollo psicomotor de la población usuaria de 0 a 5 años de edad en la Unidad de Medicina Familiar San Antonio Abad, ISSSTE.

Los objetivos particulares fueron:

- 1) Unificar los criterios de valoración de peso, talla y desarrollo psicomotor
- 2) Identificar las variaciones o retrasos en el peso, talla y desarrollo psicomotor de la población seleccionada.
- 3) Identificar los posibles factores causantes de retraso en el peso, talla y desarrollo psicomotor de la población en estudio.

III. MATERIAL Y METODOS

Se valoraron 383 niños de 0 a 5 años de edad, seleccionados aleatoriamente entre los asistentes a la consulta diaria, de la población adscrita a siete consultorios del turno matutino y tres del vespertino, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar San Antonio Abad, ISSSTE. En el estudio se excluyeron a niños mayores de cinco años, a los que presentaban alteraciones neurológicas y/o congénitas, así como aquellos en que no fue posible realizar tres registros sucesivos de peso y talla. El estudio se realizó durante los meses de enero a julio de 1994.

En todos los casos, se realizó un mínimo de tres determinaciones sucesivas tanto del peso, como de la talla y desarrollo psicomotor, tal como se detalla a continuación.

El peso fue evaluado utilizando una báscula pesa-bebé y una báscula de pedestal según la edad del niño, y los datos obtenidos se registraron en kilogramos. Para obtener las mediciones de la talla se utilizó un estadiómetro, y los resultados se registraron en centímetros. Nuevamente, en todos los casos, ambos parámetros fueron cuantificados empleando la misma báscula y estadiómetro, con el niño desnudo. Las variaciones individuales del desarrollo psicomotor y del lenguaje fueron valoradas empleando las tablas simplificadas recomendadas por la OMS (véase Anexos 1 y 2).

El desarrollo psicomotor se evaluó en relación a la edad empleando una escala convencional. Los resultados obtenidos se expresaron de la siguiente manera:

- 4 - Desarrollo superior o anticipado.
- 3 - Desarrollo normal o adecuado.
- 2 - Desarrollo limítrofe.
- 1 - Desarrollo deficiente.
- 0 - Desarrollo nulo.

Una vez obtenidos, todos los resultados fueron vaciados en hojas que contenían las gráficas percentilares para peso y talla de acuerdo a edad y sexo (véase anexos 3-6). Estas gráficas permitieron hacer el seguimiento del crecimiento y desarrollo de los niños incluidos en el estudio y clasificarlos en categorías: superior, normal e inferior.

IV. RESULTADOS

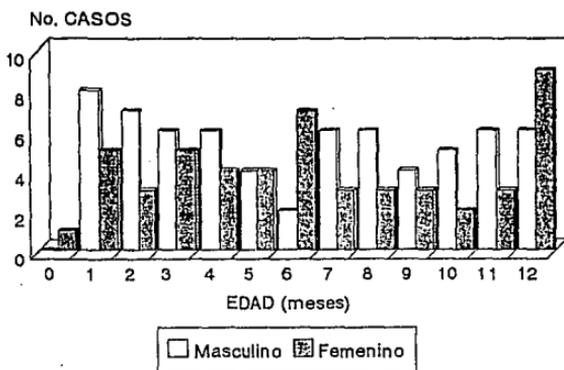
Se valoraron un total de 383 niños, de los cuales 204 pertenecieron al sexo masculino y los 179 restantes, al femenino. Para fines de claridad en la presentación, decidimos mostrar la distribución por edad y sexo en gráficas independientes. Así, se crearon histogramas de frecuencia para el primer año de vida tanto en hombres como en mujeres (Gráfica 1a), al igual que para los casos comprendidos entre los 2 y 5 años de edad (Gráfica 1b). En ambos casos las barras vacías corresponden a niños, mientras que las llenas indican los datos en niñas.

Una vez registrado el peso todos los pacientes fueron clasificados empleando las tablas de Ramos Galvan según la edad y el sexo. La Tabla I A muestra la distribución percentilar del peso en niños, y la tabla I B hace referencia a ese mismo tipo de distribución en niñas. Por su parte, las tablas II A y II B corresponden a la distribución percentilar por edad, de la talla en niños y niñas, respectivamente.

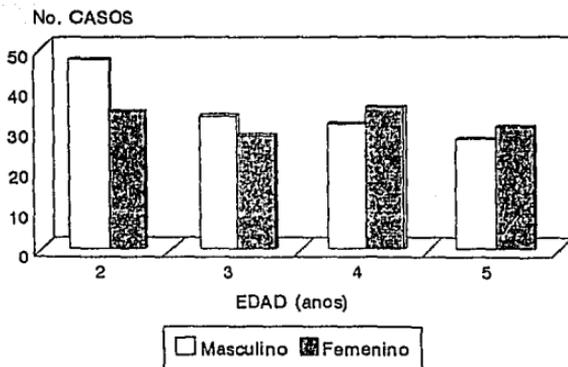
Nuestros resultados indican, asimismo, que existen alteraciones en el peso en aproximadamente la mitad de la población sujeta a estudio (Gráfica 2). La Gráfica 2a muestra el análisis de los datos de la valoración del peso en niños, haciendo referencia a las tres categorías establecidas en los Métodos. La Gráfica 2b, por su parte, nos indica el mismo indicador pero ahora para el caso de las niñas.

Las Gráficas 3a y 3b contienen el análisis de los valores obtenidos para la talla, para niños y niñas, respectivamente. Aquí se grafican los

GRAFICA 1a
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO
EN NIÑOS DE 0 A 12 MESES



GRAFICA 1b
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO
EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS



FALLA DE ORIGEN

TABLA IA

PESO PERCENTILAR EN NIÑOS

Edad/Peso Percentilar	3	10	25	50	75	90	97	TOTAL
0								
1	1	1		1	1	4		8
2	1				3	2	1	7
3		2		1	1		2	6
4		1	2				3	6
5			2	1	1			4
6				1		1		2
7	2				4	1	1	8
8	2	1				1		4
9			2	2				4
10	1		1	1	1		1	5
11			1	3		1	1	6
12			4		1	1		6
13-18	7	1	3	3	5	1		20
19-24	7	2	4	5	8		3	29
25-30	1	2	3	2	2	1	1	12
31-36	2	3	5	6	1	2	1	20
37-42	3		3		4		2	12
43-48	3	3	8	3	1		1	19
49-50		2	2	2	1	2		9
55-60	5	3	3	2	1	1	2	17
TOTAL	35	21	43	33	35	18	19	204

TABLA IB

PESO PERCENTILAR EN NIÑAS

Edad/Peso Percentilar	3	10	25	50	75	90	97	TOTAL
0							1	1
1	2	1	1				1	5
2					1	1	1	3
3			1	2	1			4
4			1	1		2	1	5
5		1	1		1		1	4
6	1		1	1		1		4
7		2	1		1		2	6
8	1	1		1				3
9		1				1	1	3
10	1					1		2
11	1				1	1		3
12	4		2		1	1		8
13-18	4	3	5	1	2	1	1	17
19-24	3	4	2	4	2	1	2	18
25-30	3	1	1	2	2	1	1	11
31-36	4	3		1	3	2	3	16
37-42	4	3	2	2		3	1	15
43-48	6	3	1	4	4	1	1	20
49-50	2	2	5	1	1	1	1	13
55-60	1		3	2	4	1	7	18
TOTAL	37	25	27	22	24	19	25	179

TABLA IIA

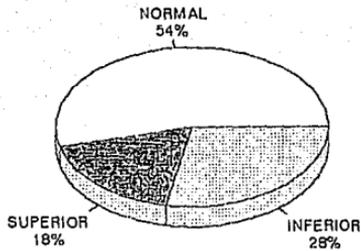
TALLA PERCENTILAR EN NIÑOS

Edad/Talla Percentilar	3	10	25	50	75	90	97	TOTAL
0								
1			2	1		2	2	7
2	1		1	1		3	2	8
3		1		1		1	3	6
4			1	3	1		1	6
5		1		1		2		4
6						1	1	2
7		1	1		1	1	2	6
8				2	1		3	6
9	1		1			1	1	4
10		2	1				2	5
11			1	3			2	6
12				1	2		3	6
13-18	2	2	6	6	2	1	1	20
19-24	5	3	3	5	6	4	2	28
25-30	1	1	4	4	1		1	12
31-36	2	1	3	6		3	4	19
37-42	2	1	1	1	4		3	12
43-48	1		7	4	2	5	2	21
49-50		1	3	1	3	2		10
55-60	2	3	3	1	5	1	1	16
TOTAL	17	17	38	41	28	27	36	204

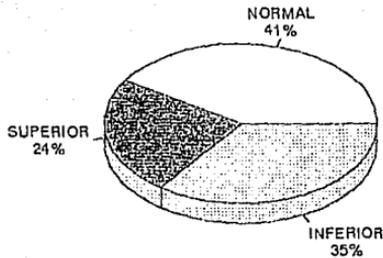
TABLA IIB
PESO PERCENTILAR EN NIÑAS

Edad/Talla Percentilar	3	10	25	50	75	90	97	TOTAL
0								
1	1	1	1	1	2			6
2	1	1					1	3
3	1			2	3		2	8
4		1					3	4
5		1		1	1		1	4
6		2	1			1		4
7	1			1	1			3
8			1			2		3
9	1					1	1	3
10	1						1	2
11			4				1	5
12	2	1	1	3				7
13-18	1	3	2	4	3	2		15
19-24		1	6	5	2	2	3	19
25-30	4		1		2	3	2	12
31-36	1	2	4	1	2	1	4	15
37-42	4	2	1	2	2	5		16
43-48	4	1	5	3	3	2	3	21
49-50	4	2	1		3	4		14
55-60		1	1	5	2	1	5	15
TOTAL	26	19	29	28	26	24	27	179

GRAFICA 2a
ANALISIS DE PESO EN NIÑOS

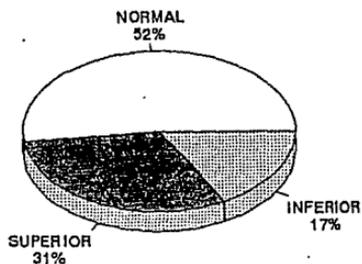


GRAFICA 2b
ANALISIS DE PESO EN NIÑAS

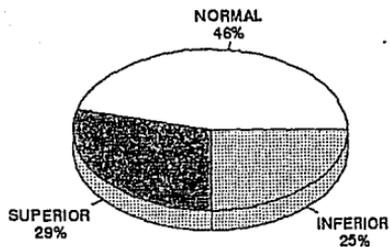


FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 3a
ANALISIS DE LA TALLA EN NIÑOS



GRAFICA 3b
ANALISIS DE LA TALLA EN NIÑAS

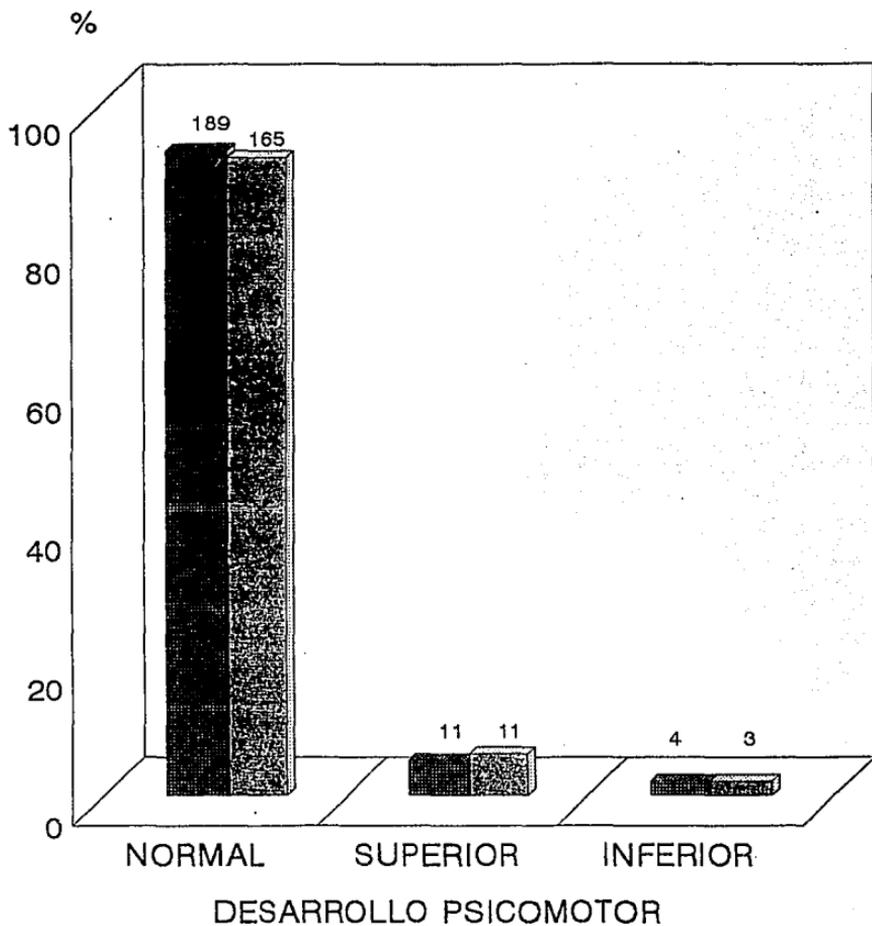


porcentajes de cada una de las categorías, de manera análoga a lo que se muestra en la Gráfica 2. Los resultados en ambos casos (Gráficas 2 y 3) corresponden a las mediciones realizadas en la misma población.

En la gráfica 4 se reportan los resultados de la investigación del desarrollo psicomotor para niños y niñas. Los resultados en este caso se categorizaron como normales, superiores e inferiores según se muestra en dicha Gráfica. Se reportan tanto el porcentaje como el número de casos en cada categoría. Las barras claras corresponden a los datos obtenidos en niñas, en tanto que las oscuras representan los resultados encontrados en los niños.

GRAFICA 4

ANALISIS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NINOS DE 0 A 5 AÑOS



■ Masculino ■ Femenino

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

V. DISCUSION

En el presente estudio, se encontró que un tercio de la población evaluada se encuentra comprendida entre los menores de un año, mientras que el resto de la población corresponde a los niños con edades de dos a cinco años. En cuanto a la distribución por sexo, podemos decir que no existe predominancia alguna.

Por otra parte, encontramos que casi la mitad de niños y niñas evaluados presentan datos de normalidad en cuanto a peso, pero llama la atención que aproximadamente una cuarta parte de niños tienen un peso inferior al esperado para su edad, hecho que se repite en un tercio de las niñas (Gráfica 2). Asimismo, un alto porcentaje de los pacientes evaluados presentaron sobrepeso (18 y 24% para niños y niñas, respectivamente) (Gráfica 2).

En cuanto a la talla encontramos que la mitad tanto de las niñas y como de los niños estudiados presentaban una talla esperada para su edad y sexo. Sin embargo aproximadamente uno de cada cinco en ambos sexos exhibieron una talla inferior (Gráfica 3). Existieron también casos en que la talla fue superior a la esperada tal como se muestra en la misma Gráfica 3.

Al correlacionar peso y talla encontramos que casi todos los niños de bajo peso presentan una talla inferior a la esperada, lo cual se relaciona muy probablemente con desnutrición. Por su parte en muchos casos se encontró que el sobrepeso tendía a ser mayor entre los pacientes con talla inferior, aunque no existe una clara correlación entre estas variables.

El desarrollo psicomotor prácticamente fué normal en la totalidad de los niños y sólo un pequeño porcentaje (alrededor del 8%) está fuera de este parámetro (Gráfica 4). Aquí quisieramos hacer notar que no encontramos correlación estrecha entre alteraciones de peso y desarrollo psicomotor. Actualmente se sabe que dichas variables si se encuentran asociadas, por lo que nuestros hallazgos podrían deberse a las limitaciones inherentes al tipo de instrumento que empleamos para explorar el desarrollo psicomotor. Sin embargo, hay que hacer notar que dicho instrumento, a pesar de no tener la potencia deseada, resulta sumamente útil para explorar de manera rápida, sencilla y eficaz esta variable.

Por otra parte, uno de los objetivos del trabajo fue unificar criterios de medición, para peso y talla en la UMF San Antonio Abad, ISSSTE, lo cual se logró empleando siempre la misma técnica y los mismos instrumentos de medición. De igual manera nuestro marco de referencia para el análisis de los datos fue siempre el mismo: las Tablas de Ramos Galvan.

Nuestros datos indican que es posible evaluar tanto el peso como la talla y el desarrollo psicomotor y de lenguaje en el consultorio del médico familiar de una manera rápida y eficiente. Estos parámetros constituyen una evaluación expedita del estado de salud de la población pediátrica. Estas mediciones pueden hacerse de manera rutinaria gracias al uso de las tablas simplificadas recomendadas por diversas organizaciones de salud, incluida la OMS. Es posible asimismo, enriquecer y complementar dichos instrumentos con base en la experiencia y conocimiento de cada investigador, apoyados en estudios previos y escalas publicadas con

anterioridad. Asimismo, se puede sugerir que estas tablas sean usadas no sólo por el médico sino por el resto del equipo de salud, previa capacitación.

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

VI. BIBLIOGRAFIA

1. La Salud mediante la Nutrición. Bol. of Sanit Panam. 113 (5-6): 1992
2. Cravioto, J y Arrieta R. Crecimiento y Desarrollo. Hechos y Tendencias. Organización Panamericana de Salud. México, pp. 596, 1991.
3. Cravioto, J and Robles, B. The influence of protein caloric malnutrition of psychological test behavior. En Proc Swed Nutr Found. A Simposium on mild moderate forms of protein calorie malnutrition Bastad and Gethenburgh, pp 115, August 1963.
4. Cravioto J and Robles, B. Evolution of adaptative and motor behavior during rehabilitation of Kwashiorkor. Am Ortopsychiatr 35:449, 1965.
4. Estado Nutricional de Preescolares y Mujeres de México. Resultado de una encuesta probabilística Nacional. Gac Med Mex Vol. 226(3): , 1990.
5. Ibid 2
6. Rosales, LA, et al. Crecimiento diferencial durante el primer año de vida. Crecimiento del Cuerpo. Dirección de Antropología Física. INAH. CONACULTURA. SEP: H.GO Núm. 3. C.M. " La Raza " . IMSS , México.
7. Ibid 6
8. Monckeberg F. Enriquecimiento ambiental en el niño desnutrido. Act Ped Esp 50: 888, 1992.
9. Bolzan A y Guimarey, L. Crecimiento y estado nutricional de escolares de San Clemente del Tuyu, Provincia de Buenos Aires. Arch Arg Pediatric 90 : 259, 1992.

10. Lejarraga, H. Evaluación del crecimiento y nutrición. Uso de estándares nacionales o internacionales: Un falso dilema. Arch Arg Pediatric 90: 364, 1992.

I . S . S . S . T . E
CLINICA SAN ANTONIO ABAD

ANEXO 1

NOMBRE : _____ EXPEDIENTE : _____

FECHA : _____

DESARROLLO PSICOMOTOR

	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES
<p>POSICION ERECTA Y LOCOMO- CION .</p>	<p>MANTIENE LA CABEZA ERGUTA</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div>	<p>PUEDE GIRAR SOBRE SU ABDOMEN DE PRONO A SUPINA Y A LA INVERSA</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div> <p>SE MANTIENE SENTADO ESPALDA FORMA ARCO</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div>	<p>PUEDE SENTARSE POR SI SOLO . ESPALDA RECTA</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div> <p>GATEO; DESPLAZAMIENTO VOLUNTARIO EN POSTI- CION CUADRUPEDA</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div>	<p>SE PONE DE PIE APOYANDOSE EN LOS MUEBLES</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div> <p>DA PASOS CON APOYO</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div>
<p>COORDI- NACION Y MANIPU- LACION</p>	<p>GIRA LA CABEZA PARA SEGUIR UN OBJETO Y/O PARA BUSCAR LA FUENTE DE UN SONIDO</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div> <p>REFLEJO DE PRENSION : LA ESTIMULACION DE LA PALMA DE LA MANO, LO FUERZA A CERRAR LOS DEGOS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div>	<p>JUEGA CON SUS DEDOS Y MANOS Y LOS ESTUDIA</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div> <p>SE LLEVA LOS OBJETOS A LA BOCA PARA EXPLORAR</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div> <p>TOMA OBJETOS Y LOS LEVANTA</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div> <p>APRESA CON SUS MANOS AROS EN MOVIMIENTO</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div>	<p>DESCUBRIR SUS PIES LOS AGARRA CON SUS MANOS Y LOS INSPECCIONA CON SUS OJOS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div> <p>PRENSION VOLUNTARIA ; ES CAPAZ DE ASIR , MANTENER Y DEJAR OBJETOS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div>	<p>BUSCA LOS OBJETOS QUE SALEN DE SU CAMPO VISUAL</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div> <p>UTILIZA EL DEDO INDICE PARA EXPLORAR Y SENALAR</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div> <p>COLOCA UN OBJETO ENCIMA DE OTRO</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div> <p>PINZA DIGITAL (PULGAR INDICE)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 10px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div>

FALLA DE ORIGEN

I . S . S . S . T . E .

CLINICA SAN ANTONIO ABAD

ANEXO 2

NOMBRE : _____

FECHA : _____

DESARROLLO DEL LENGUAJE

3 MESES	6 MESES	7 MESES
GIRA LA CABEZA BUSCANDO FUENTE DE SONIDO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SONRISA SOCIAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SONIDOS NATURALES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	COMPRENDE EMOCIONES EXPRESADAS EN LENGUAJE GESTICULAR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SILABEO ORTENDO VOCALES Y CONSONANTES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	COMPRENDE ORDENES SIMPLES "MÁS" <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO USA SONIDOS PARA LLAMAR LA ATENCIÓN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
12 MESES	18 MESES	2 AÑOS
RECONOCE ORDENES SIMPLES (UNA ACCIÓN) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO REACTIVA AL "NO" <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RECONOCE ORDENES SIMPLES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PALABRA FRASE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NOMBRE + 0 5 OBJETOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RECONOCE LAS PARTES DEL CUERPO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FRASES DE 2 PALABRAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS
USA PRONOMBRE "YO" <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO RECONOCE ATRAS Y ADELANTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RECONOCE ORDENES QUE IMPLICAN DOS Y TRES ACCIONES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO RECONOCE CERCA LEJOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CORRECTA PRONUNCIACIÓN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO UNIONES BIEN ESTRUCTURADAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

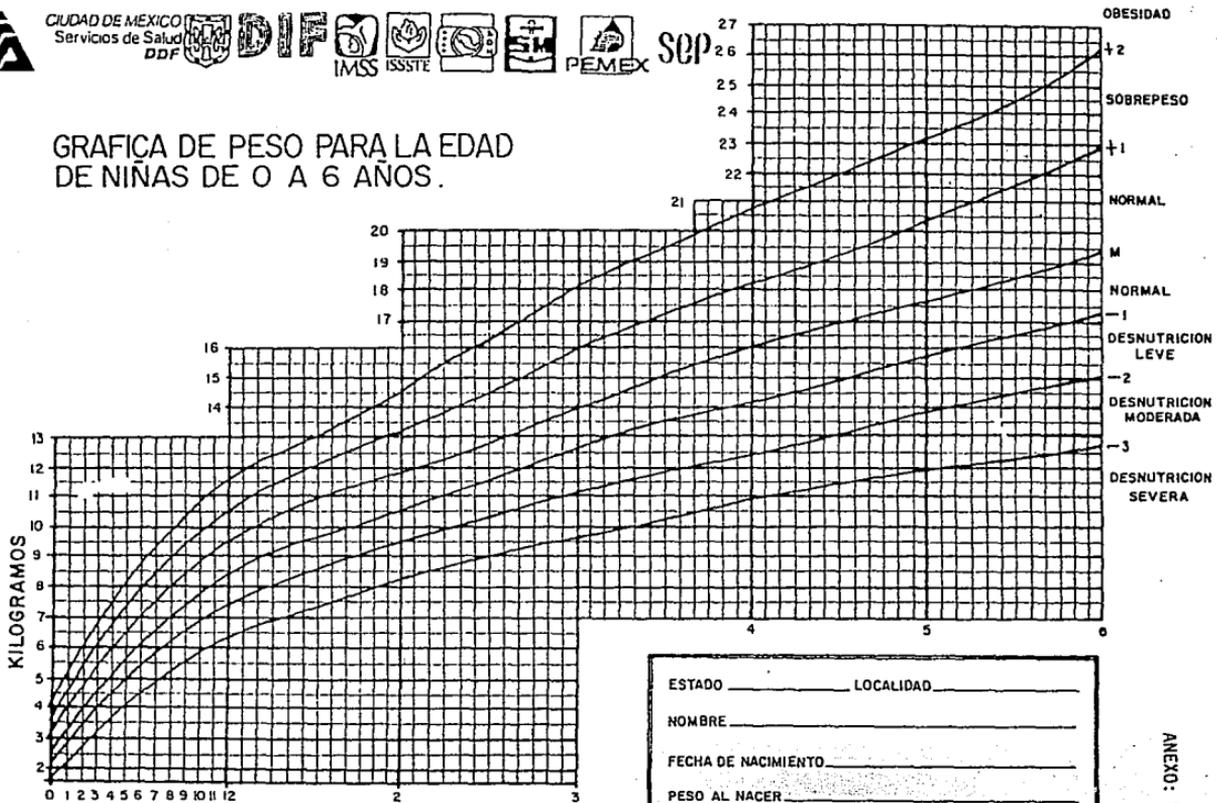
FALLA DE ORIGEN



CIUDAD DE MEXICO
Servicios de Salud
DDF



GRAFICA DE PESO PARA LA EDAD DE NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS.



EDAD EN MESES Y AÑOS

FUENTE: TABLA DE VALORES DE LA NCHS.

ESTADO _____ LOCALIDAD _____

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

PESO AL NACER _____

TALLA AL NACER _____

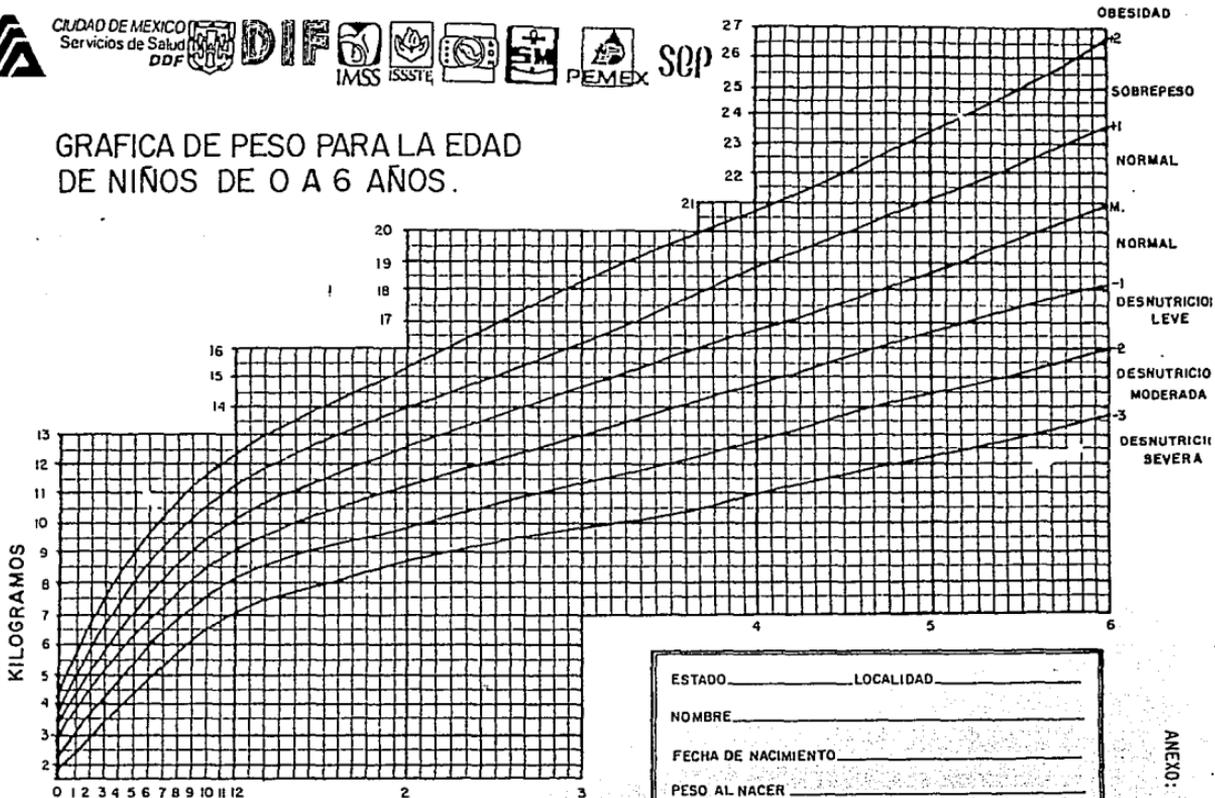
NOMBRE DE LA MADRE _____



CIUDAD DE MEXICO
Servicios de Salud



GRAFICA DE PESO PARA LA EDAD DE NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS.



EDAD EN MESES Y AÑOS

FUENTE: TABLAS DE VALORES DE LA NCHS.

ESTADO _____ LOCALIDAD _____

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

PESO AL NACER _____

TALLA AL NACER _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

