

11226

23
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA

MEDICION PESO Y TALLA EN NIÑOS DE
5 A 15 AÑOS EN LA CONSULTA EXTERNA
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
CUITLAHUAC ISSSTE

Tabajo de Investigación
Para Obtener el Diploma
de Especialista en Medicina
Familiar.

Presenta:

DRA. LISSETTE CACHON CUELLAR

Sede Académica :
Unidad de Medicina Familiar
Cuitlahuac



1998

2808/34

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.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA

DRA. LISSETTE CACHON CUELLAR

MEDICION PESO Y TALLA EN NIÑOS DE 5 A 15 AÑOS
EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CUITLAHUAC *ISSSTE*

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA.

~~JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.~~

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOVEN CORIA.

COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA.

U.N.A.M.


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES.

COORDINADOR DE BOGENCIA.

FACULTAD DE MEDICINA.

U.N.A.M.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

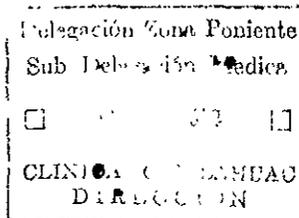
PRESENTA:

DRA. LISSETTE CACHON CUELLAR.

MEDICION PESO Y TALLA EN NIÑOS DE 5 A 15 AÑOS
EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CUITLAHUAC *ISSSTE*

AUTORIZACIONES:

DR. RAUL RODRIGUEZ GODINEZ.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
CUITLAHUAC *ISSSTE*

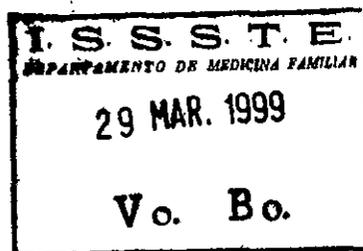


DR. JOSE CASTRO CANTE
ASESOR DE TESIS.
ISSSTE

DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR.

JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA
ISSSTE.



DEDICATORIAS

A DIOS :
POR SU BONDAD Y
MISERICORDIA

A MIS PADRES:
ING. ELIGIO CACHON MARTINEZ
Y CARMEN CUELLAR NUÑEZ
POR SU EJEMPLO DE HONRADEZ
SUPERACION AMOR Y UNION
FAMILIAR.

A MI ESPOSO:
DR. CARLOS BACA CASTAÑEDA
POR SU AYUDA APOYO Y AMOR

A MIS HIJOS:
MAYRA Y RICARDO BACA CACHON
POR SU NOBLEZA DE ESPIRITU
COMPRESION Y AYUDA

A MIS HERMANOS:
ROSALINDA, VIRGINIA, ELIGIO
MA.EUGENIA, LETICIA Y GILDA
CACHON CUELLAR
POR SUS VIRTUDES Y VALORES

EL PACIENTE DEBE SER PARA EL MEDICO
COMO SU HERMANO MENOR AL CUAL SE
LE DEBE ORIENTAR, CUIDAR, ALIVIAR CON
CARIÑO RESPETO Y LIBERTAD.

LISSETTE CAHON C.

INDICE

- 01.- MARCO TEORICO
- 02.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 03.- JUSTIFICACION
- 04.- OBJETIVOS
- 05.- HIPOTESIS
- 06.- METODOLOGIA
- 07.- CONSIDERACIONES ETICAS
- 08.- RESULTADOS
- 09.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS
- 10.- CONCLUSIONES
- 11.- BIBLIOGRAFIA
- 12 .-ANEXOS

01.- MARCO TEORICO

DESDE LAS EPOCAS DE HIPOCRATES 450 A.C. YA SE CONSIDERABA QUE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DURANTE LA ETAPA PRENATAL, SON ECHOS BIOLÓGICOS INSEPARABLES. AHORA SABEMOS QUE LA EXPANSION DE LA MASA CORPORAL ACONTESE POR UN AUMENTO EN EL NUMERO DE CELULAS DE LOS TEJIDOS Y/O POR EL INCREMENTO EN EL TAMAÑO DE ESTAS . ASI PARA QUE EL ORGANISMOS DE UN NIÑO SANO EXPRESE EL CRECIMIENTO POTENCIAL DE SUS GENES ES NECESARIO MANTENERLO “ EUTROFICO “ DESDE SU VIDA INTRAUTERINA (3) .

SIMULTANEAMENTE AL CRECIMIENTO DE LA MASA CORPORAL LOS COMPARTIMIENTOS DE AGUA INTRA Y EXTRA CELULAR Y LOS DE LA MASA LIBRE Y MASA CELULAR MODIFICAN GRADUALMENTE AL ORGANISMO (1) .

EL CRECIMIENTO FETAL SE DIVIDE EN DOS ETAPAS EL EMBRIONARIO Y EL FETAL .

EL EMBRIONARIO CONSIDERADO DE LA PRIMERA A LA OCTAVA SEMANA ; ES LA ETAPA DE MAS ALTA MORTALIDAD YA SEA POR ANOMALIAS GENETICAS, CROMOSOMICAS, ENFERMEDADES MATERNAS, EDAD MATERNA AVANZADA O MUY JOVEN, INFECCIONES MATERNAS ETC.

LA MORBILIDAD DURANTE EL PERIODO FETAL ES LA INTERFERENCIA CON LA OXIGENACION FETAL ATRAVEZ .

DEL CORDON UMBILICAL O ALTERACIONES PLACENTARIAS INFECCIONES COMO SIFILIS, TOXOPLASMOSIS, CITOMEGALOVIRUS, RADIACIONES, ALTERACIONES INMUNOLOGICAS O ALTERACIONES NUTRICIAS MATERNAS.

LA DEFICIENCIA EN LA DIETA MATERNA TIENDE A AFECTAR EL PESO Y LAS CONDICIONES GENERALES DE LOS NIÑOS QUE A PRODUCIR DEFECTOS ANATOMICOS . UNA DEFICIENCIA DE CALCIO EN LA DIETA MATERNA PUDE INFLUIR EN LA ESTRUCTURA OSEA DEL RECIEN NACIDO .

EN LA PRIMERA SEMANA DE GESTACION SE DIFERENCIAN EL ECTODERMO Y EL ENDODERMO. LA TERCERA SEMANA APARECE EL MESODERMO . DE LA CUARTA A LA OCTAVA SEMANA ES LA DIFERENCIACION HUMANA Y MIDE 2.5 CM Y PESA UN GRAMO . A LAS DOCE SEMANA PESA 14 GRAMOS Y MIDE 7.5 CM AL FINAL DEL PRIMER TRIMESTRE PUEDE DISTINGUIRSE EL SEXO . EL SEGUNDO TRIMESTRE SE CARACTERIZA POR UN RAPIDO CRECIMIENTO Y DE NUEVAS FUNCIONES LLEGA A PESAR UN KG Y MEDIR 35 CM . EN EL TERCER TRIMESTRE EL PRODUCTO ES VIABLE CRECE EN MASA MUSCULAR Y TEJIDO SUBCUTANEO (23)

EL PESO DE UN RECIEN NACIDO VARIA ENTRE 2.600 Y 4.500 KG Y SU TALLA DE 46 A 55 CM COMO TERMINO NORMAL .

EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS ES RELATIVAMENTE ESTABLE ENTRE 6 Y 10 CM POR AÑO Y TERMINA CON EL ESTIRON PREADOLESCENTE HACIA LOS 10 AÑOS EN LAS NIÑAS Y 12 EN LOS NIÑOS EL AUMENTO DE PESO ES DE 3 A 3.5 KG POR AÑO Y LA TALLA ES 6 cm POR AÑO (23)

LA ADOLESCENCIA ES EL PERIODO DURANTE EL CUAL SE PRODUCE LA MADURACION SEXUAL Y EL CUERPO ALCANZA SU FORMA ADULTA FINAL.

VARIABILIDAD

LAS PROPORCIONES CORPORALES PUEDEN DESIGNARSE COMO DIFERENCIAS EN LO FISICO ; EL TERMINO SOMATOTIPO INDICA EN EL SENTIDO AMPLIO LAS POTENCIALIDADES EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO PARA EL DESARROLLO DE UN FISICO PARTICULAR * ECTOMORFICO * SE CARACTERIZA POR SUS LINEAS LONGITUDINALES. EL * ENDOMORFICO * SE CARACTERIZA POR TIPO RECHONCHO GRANDES CANTIDADES DE TEJIDO BLANDO. EL TIPO * MESOMORFICO * SE SITUA ENTRE EL ECTOMORFICO Y EL ENDOMORFICO.

NO EXISTE MEJOR INDICE DE CRECIMIENTO QUE LA EDAD OSEA DETERMINADA POR EXAMENES RADIOLOGICOS COMO (a) NUMERO DE NUCLEOS DE OSIFICACION (b) TAMAÑO Y DENSIDAD DE LAS EXTREMIDADES DE LOS HUESOS (c) DISTANCIA QUE SEPARA EL CENTRO EPIFISIARIO Y LA DISTANCIA ENTRE LA ZONA DE OSIFICACION. EN NUESTROS NIÑOS ESTUDIADOS DE 5 A 15 AÑOS , LAS DESVIACIONES ESTANDARES SON DE 12 A 15 MESES. LA VARIABILIDAD ES MENOR EN LAS NIÑAS QUE EN LOS NIÑOS.

#

LOS MODELOS BIOQUIMICOS DENSITOMETRICOS DE CONTAJE DE ISOTOPOS, CAPTACION DE GASES, IMAGENOLOGOS (RX , TOMOGRAFIAS, ULTRASONIDOS , ETC) HAN CONTRIBUIDO AL CONOCIMIENTO DE LA COMPOSICION CORPORAL NORMAL DURANTE LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA . A PESAR DE LA EXACTITUD DE ESTOS METODOS SU ALTO COSTO Y COMPLEJA TECNICA HAN ALENTADO LAS MEDICIONES ANTROPOMETRICAS CON LAS QUE SE PRETENDE ESTIMAR LA MASA DE GRASA CORPORAL Y MASA MAGRA CUYO PRINCIPAL COMPONENTE ES LA MASA CORPORAL (2) .

CON BASE EN LA PREMISA DE QUE EL CRECIMIENTO CORPORAL DEPENDE DE LA DISPONIBILIDAD DE NUTRIENTES A NIVEL CELULAR. LAS MEDIDAS SOMATOMETRICAS SON INDICADORAS DE LAS CONDICIONES NUTRICIAS DEL ORGANISMO.

EN CONDICIONES DE DESBALANCE METABOLICO EL CRECIMIENTO SOMATICO DE LOS NIÑOS PUEDE EXPRESARSE DE ACUERDO A SU POTENCIAL GENETICO.

SI HAY UN DESBALANCE EN EL APORTE DE NUTRIMENTOS YA SEA POSITIVO O NEGATIVO OCURRE OBESIDAD O DESNUTRICION EN GRADOS DIVERSOS (3) .

LAS INDICACIONES BASICAS PARA LAS VALORACIONES DEL ESTADO DE NUTRICION MAS AMPLIAMENTE ACEPTADO SON :

PESO PARA LA EDAD .

TALLA PARA LA EDAD .

PESO PARA LA TALLA.

#

EL PESO REPRESENTA LA ACUMULACION O AUMENTO DE LOS DIFERENTES TEJIDOS DEL ORGANISMO. LA TALLA MIDE CASI EXCLUSIVAMENTE EL TEJIDO OSEO. AMBOS PARAMETROS SON UN EXCELENTE REFLEJO DEL CRECIMIENTO GLOBAL DEL NIÑO.

EL DESARROLLO ES EL PROCESO POR EL CUAL LOS SERES VIVOS LOGRAN MAYOR CAPACIDAD FUNCIONAL DE SUS SISTEMAS A TRAVEZ DE LOS FENOMENOS DE LA MADURACION, DIFERENCIACION E INTEGRACION DE FUNCIONES.

ACTUALMENTE SE INTERPRETA EL DESARROLLO COMO EL RESULTADO DE EFECTOS COMBINADOS DE LA NATURALEZA EL AMBIENTE Y LA ACTIVIDAD PERSONAL DEL INDIVIDUO CARACTERIZANDOSE ASI COMO UN PROCESO DE ORGANIZACIÓN SUSESIVA DE FUNCIONES , MEDIANTE EL CUAL SE REALIZAN PROGRESIVAMENTE .

RESUMIENDO

- EL DESARROLLO ES UN PROCESO INTEGRAL DINAMICO Y CONTINUO.
- SE ENCUENTRA ORDENADO EN SUCESION DE ETAPAS NO ARBITRARIAS.
- CADA FASE ES UN SOPORTE DE LA ESTRUCTURA POSTERIOR .
- CADA ETAPA SE ENCUENTRA BASADA EN LOS NIVELES ANTERIORES.
- NO HAY CORRELACION EXACTA ENTRE LA APARICION DE CADA ETAPA Y LA EDAD CRONOLOGICA.
- LOS FACTORES GENETICOS Y AMBIENTALES SON RELATIVAMENTE DETERMINANTES

- LAS DIRECCIONES DEL DESARROLLO SON CEFALOCAUDAL, PROXIMO DISTAL Y DE ACTIVIDADES GLOBALES A LAS ESPECIFICAS.

EN CONCLUSION PODEMOS DECIR QUE EL DESARROLLO ES UN PROCESO DINAMICO DE ORGANIZACIÓN SUCESIVA DE FUNCIONES BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES EN COMPLEJA INTEGRACION, CUYAS CONSTELACIONES ESTRUCTURALES SE MODIFICAN EN UN CONSTANTE PALPITAR VITAL; POR LO QUE LA IDENTIFICACION DE LOS LOGROS ALCANZADOS POR EL NIÑO EN CADA UNA DE LAS ETAPAS DE SU DESARROLLO CONSTITUYEN LA BASE DE LA EVOLUCION. POR LO TANTO LA DETECCION PRECOZ DE ALGUNA ALTERACION EN EL 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 EXPLORACION CUIDADOSA DE LA RELACION NIÑO - FAMILIA - MEDIO AMBIENTE.

DURANTE LA PRACTICA DIARIA DEL MEDICO FAMILIAR UNA DE SUS PRINCIPALES ACTIVIDADES ES LA DE PREVENIR ALTERACIONES MAS QUE CURAR DAÑOS. PARA LO CUAL DEBE CONOCER LAS CARACTERISTICAS DE NORMALIDAD DE LA POBLACION DE QUE SE TRATE .

EL CRECIMIENTO SOMATICO ES UN INDICADOR MUY SENSIBLE DE LA SALUD Y DE LA NUTRACION DE UNA POBLACION . MUCHOS ESTUDIOS HAN MOSTRADO QUE EXISTE UNA RELACION ENTRE EL CRECIMIENTO DE LOS NIÑOS Y LA MORBIMORTALIDAD INFANTIL (20)

ASI MISMO CHAVEZ Y SU GRUPO HAN REALIZADO EXTENSOS ESTUDIOS SOBRE NIVELES DE NUTRICION Y CONSUMO DE ALIMENTOS EN COMUNIDADES DE TODO EL PAIS QUE CONFORMAN LA BASE DE NUESTRA INFORMACION ACERCA DE LA EPIDEMIOLOGIA DE LOS ULTIMOS AÑOS.

FINALMENTE CRAVIOTO Y ARRIETA DESMOSTRARON LA INFLUENCIA DE LA PRIVACION NUTRICIONAL EN EL DESARROLLO MENTAL Y APRENDIZAJE DEL NIÑO (18).

DE LO ANTERIOR SE PUEDE DECIR QUE EL AMBIENTE POCO ESTIMULANTE EN EL HOGAR PUEDE DESENCADENAR DESNUTRICION. ENCONTRANDOSE TAMBIEN QUE EL LACTANTE MENOR DE 6 MESES CON DESNUTRICION, LA ESTIMULACION SISTEMATIZADA UNIDA A UN TRATAMIENTO MEDICO DIETETICO PERMITE QUE SE RECUPERE EL RETRAZO MENTAL DE SIETE A NUEVE DE CADA DIEZ NIÑOS (18).

MEXICO A EXPERIMENTADO UN PROCESO DE CAMBIO EN TODOS LOS ASPECTOS DE SU VIDA SOCIAL Y ECONOMICA . Y DE SER UN PAIS CON ALTO INDICE DE ACTIVIDAD AGRICOLA SE A TRANSFORMADO EN UN PAIS DONDE ES POSIBLE ENCONTRAR EXTRACTOS POBLACIONALES MARGINADOS DE POBREZA EXTREMA Y OTROS CON UN ALTO INDICE DE URBANIZACION . ADEMAS DE QUE EXISTE UNA ALTA CAPA DE POBLACION QUE CUENTA CON PODER ADQUISITIVO RESTRINGIDO PERO SUFICIENTE PARA SATISFACER SUS NECESIDADES MAS APREMIANTES , Y LAS MENOS CON ALTO PODER ADQUISITIVO PERO QUE AUN ESTE ESTRATO POR TRADICIONES Y PATRONES INADECUADOS TAMBIEN VEMOS DESNUTRICION

EN MEXICO LA PREVALENCIA DE LA DESNUTRICION ES ALTA Y SE HA VERIFICADO SU ASOCIACION CON MENOR CRECIMIENTO FISICO . LAS VARIANTES DE LA DESNUTRICION TIENEN UNA TRASCENDENCIA PARA LA SALUD PUBLICA SIENDO CAUSADAS POR FACTORES INVERSOS COMO LA POBREZA, IGNORANCIA, MALOS HABITOS DIETETICOS Y LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS ENTRE OTROS (19) .

EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO ES UN FENOMENO BIOLOGICO QUE SE ENCUENTRA DETERMINADO POR FACTORES GENETICOS CUYA MODULACION SE DEBE AL MEDIO AMBIENTE; DE AQUI QUE EVENTOS COMO LA DESNUTRICION, ENFERMEDAD POR ESTRÉS, FACTORES PSICOSOCIALES ETC AFECTAN LAS MEDICIONES CORPORALES.

ESTA CUALIDAD MULTIFACTORIAL DEL CRECIMIENTO HACE QUE EL ESTUDIO DE SU CINEMATICA COBRE GRAN IMPORTANCIA , YA QUE PONE DE MANIFIESTO QUE LAS ALTERACIONES DEL MISMO SON DEBIDAS A LA ACCION NEGATIVA DE ALGUNOS FACTORES SOBRE DETERMINADOS SUJETOS .

EL CUIDADO DE LA SALUD INFANTIL ES ENTONCES EL CUIDADO DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO, PROCURANDO LA DISPONIBILIDAD DE NUTRIENTES BIOLOGICOS EFECTIVOS Y ACCIONES SOCIOCULTURALES NECESARIOS EN EL MOMENTO OPORTUNO (20-21) .

SE DEFINE EL CRECIMIENTO COMO UN PROCESO DINAMICO QUE SE INICIA EN LA CONCEPCION Y TERMINA INDIVIDUALMENTE CON LA MUERTE.

DE HECHO SE PROLONGA ATRAVEZ DE LAS GENERACIONES SIGUIENTES SIENDO ASI COMO SE PLASMA LAS CARACTERISTICAS DE GRUPO. EN GENERAL TODO CRECIMIENTO LLEVA CONSIGO CAMBIOS EN LA FUNCION.

DESDE OTRO PUNTO DE VISTA CRECIMIENTO Y DESARROLLO SON LOS FENOMENOS INHERENTES A LA VIDA, AMBOS SON CARACTERISTICOS DE LA VIDA EN TODAS SUS EDADES Y FORMA PARTE DE UN PROCESO BIOLOGICO QUE EL HOMBRE COMPARTE CON TODOS LOS SERES VIVOS. PRESENTA LA PARTICULARIDAD DE REQUERIR UN LAPSO DE TIEMPO MAS PROLOGADO PARA MADURAR.

DURANTE LA NIÑEZ, INFANCIA Y ADOLESCENCIA ES COMO SI LA NATURALEZA RECONOCIENDO LA LENTE EVOLUCION DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL HUMANO COOPERARA CONCEDIENDOLE UN PERIODO PROLONGADO PARA SU ENTRENAMIENTO Y MADURACION. AMBOS CONCEPTOS IMPLICAN UN PROCESO DINAMICO , EVOLUTIVO Y PROSPECTIVO DEL SER HUMANO Y ES UNA CARACTERISTICA DIFERENCIAL EN LA ASISTENCIA DEL NIÑO.

EL CRECIMIENTO PUEDE ESTUDIARSE A NIVEL DE LAS CELULAS DE LOS TEJIDOS , DE LOS ORGANOS, Y FINAL MENTE PODEMOS ESTUDIAR EL CRECIMIENTO A NIVEL DE LA MASA CORPORAL TOTAL CON MEDICIONES ANTROPOMETRICASQUE TIENEN GRAN APLICACIÓN CLINICA TALES COMO EL INDICADOR PESO PARA LA

EDAD; SUGERIDO POR EL DR. RAFAEL RAMOS GALVAN (10).

FUE EL PRIMERO EN SER ACEPTADO INTERNACIONALMENTE . ESTE METODO TIENE COMO NEGATIVIDAD QUE NO PERMITE DESCRIMINAR SI UNA TALLA PARA EL PESO ES RECIENTE O CRONICA Y NOS IMPIDE CONOCER A UN NIÑO DESNUTRIDO CON TALLA ALTA O LOS DE BAJO PESO CON TALLA ADECUADA A SU EDAD (10).

ACTUALMENTE DENTRO DE LA INSTITUCION (ISSSTE) EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR “ CUITLAHUAC “ USAMOS LAS TABLAS SOMATOMETRICAS DEL DR. RAFAEL RAMOS GALVAN REBISADAS EN 1992 AUTORIZADAS POR LA ACADEMIA MEXICANA DE PEDIATRIA REGISTRO DE SALUBRIDAD 58 364 CLAVE BF 60 A IMPRESO EN MEXICO .

EN LO QUE RESPECTA AL INDICADOR PESO PARA LA TALLA ES INDEPENDIENTE DE LA EDAD CRONOLOGICA ES UTIL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, PERO NOS IMPIDE VER NIÑOS ADAPTADOS A LA DESNUTRICION CRONICA (10).

LA PROPOSICION DE WATERLOW DE EMPLEAR EL INDICADOR PESO PARA LA TALLA CON EL PESO PARA LA EDAD PERMITE IDENTIFICAR A LOS NIÑOS EUTROFICOS Y DECRIMINAR A LOS QUE TIENEN DESNUTRICION AGUDA O CRONICA .

CON ESTE CRITERIO SI UN NIÑO CON EL 90% DE LA TALLA SUGERIDA PARA LA EDAD Y EL 80% DEL PESO ES UN NIÑO NORMAL. UN NIÑO CON EL PESO PARA LA TALLA MENOR DEL 80% Y TALLA PARA LA EDAD POR ARRIBA DEL 90% TENDRA UNA DESNUTRICION AGUDA

#

SI EL PESO RELATIVO ES MAYOR AL 80% Y LA TALLA MENOR AL 90 % SERA UN NIÑO QUE PROBABLEMENTE TUVO DESNUTRICION GRAVE O CRONICA .

EN CASO DE QUE EL PESO Y LA TALLA ESTEN POR DEBAJO DE LOS PUNTOS SEÑALADOS, EL NIÑO TENDRA UNA DESNUTRICION CRONICA (6-7-11-13).

LA FACILIDAD DE MEDIR LA CIRCUNFERENCIA DEL BRAZO ES UTIL PARA IDENTIFICAR NIÑOS DESNUTRIDOS, YA QUE LA DESMINUCION DE LA CIRCUNFERENCIA IMPLICA REDUCCION DE RESERVA GRASA DE TEJIDO SUBCUTANEO Y ATROFIA DE LA MASA MUSCULAR (9) .

QUETELETE EN EL SIGLO PASADO REPRESENTABA EL PESO TEORICO DIVIDIDO ENTRE LA ESTATURA Y LO ELEVABA A LA TERCERA POTENCIA.

EL INDICADOR PESO PARA LA TALLA SEGÚN GRAVES ES INDICADOR DE MASA TOTAL Y VARIA EN FUNCION DE LA TALLA POR LO QUE NOS INDICA DEFICIT DE PESO RECIENTE O CRONICO (10).

EL HECHO ES QUE EL MEDICO DEBE TENER COMO PRINCIPAL PREOCUPACION UN BALANCE FISICO, MENTAL, PSICOLOGICO, AMBIENTAL Y FAMILIAR DE LOS MENORES. PARA UN CRECIMIENTO Y DESARROLLO MAS SANO Y ESTABLE (14) .

NUESTRO PAIS A CONTRIBUIDO EN EL CAMPO DE LA NUTRICION DESDE 1945 CON EL DR. AGUILAR QUE PUBLICO “ EFECTOS DE LA

#

HIPOALIMENTACION EN EL CRECIMIENTO FISICO DE LOS NIÑOS “ GOMEZ Y COL. 1956 PROPUSIERON EL USO DE LA SOMATOMETRIA COMO INDICADOR DE GRADO DE DESNUTRICION. ZUBIRAN EN 1963 ANALIZA LOS PRIMEROS ESTUDIOS COMUNITARIOS SOBRE ALIMENTACION (16) .

APARTIR DE 1972 LAS INVESTIGACIONES SE CONTINUAN EN EL I.M.A.N. RAFAEL RAMOS GALVAN APORTA ESTUDIOS EN LOS NIÑOS MEXICANOS (14) .

EN MEXICO TENEMOS UNA AMPLIA POBLACION CON MORBIMORTALIDAD ALTA , BAJOS NIVELES ESCOLARES , VIVIENDAS INSALUBRES Y PATRONES TRADICIONALES E INADECUADOS DE CRIANZA; HECHOS QUE DESFAVORECEN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑEZ DE NUESTRO PAIS (12) .

LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) SE ESTABLECIO EN 1902 SIENDO SU FUNCION PRINCIPAL EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES PERO LA RELACION CADA VEZ MAS EVIDENTE ENTRE LA ALIMENTACION , SALUD Y LA REPRODUCCION HUMANA; LA INDUJO A MANTENERSE AL CORRIENTE DE LOS ADELANTOS EN EL CAMPO DE LA NUTRICION .

LAS ACTIVIDADES DE LA O.P.S. EN MATERIA DE NUTRICION TUVIERON REPERCUSSIONES DE DIVERSA INDOLE EN LA POLITICA DE LOS PAISES BAJO SU INFLUENCIA. EN ALGUNOS DE ELLOS SE ESTABLECIERON RESTAURANTES POPULARES SUBSIDEADOS POR EL GOBIERNO Y LAS GRANDES INDUSTRIAS . APOYANDOSE EN OTROS ORGANISMOS DEDICADOS A LA NUTRICION CON FINES SANITARIOS (15) .

NUESTRO PAIS CUENTA CON UNA LARGA TRADICION DE CONTRIBUCIONES CIENTIFICAS EN EL CAMPO DE LA NUTRICION DESDE 1945.

ENTRE 1963 Y 1965 SE PUBLICARON LAS OBSERVACIONES REALIZADAS POR CRAVIOTO Y ROBLES QUE EVALUARON EL DESARROLLO MENTAL DE LOS NIÑOS DURANTE SU RECUPERACION NUTRICIONAL. LOS DATOS QUE SE DIERON A CONOCER DESPERTARON EL INTERES EN LA BUSQUEDA DE LAS RELACIONES ENTRE FACTORES AMBIENTALES Y DESARROLLO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (17).

EN 1964 CON EL AUSPICIO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO SE REALIZO UN ESTUDIO LONGITUDINAL CON EL FIN DE DETERMINAR CONDICIONES DE RIESGO. ANTECEDENTES Y CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICION A DIFERENTES EDADES. LOS RESULTADOS SE REFIEREN A LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL , NEONATAL E INFANTIL.

UNA DE LAS APORTACIONES DE ESTOS ESTUDIOS ES LA DETERMINACION DE LOS FACTORES DE MICRO AMBIENTE DEL NIÑO QUE SE ASOCIA CON DESNUTRICION AVANZADA , ES DECIR PERMITE LA IDENTIFICACION PRECOZ DE NIÑOS CON ALTO RIESGO PARA SUFRIR DESNUTRICION .

POR SU PARTE RAMOS GALVAN LLEVO A CABO ESTUDIOS LONGITUDINALES CON EL FIN DE ESTIMAR LOS NIVELES DE VELOCIDAD DE CRECIMIENTO EN NIÑOS MEXICANOS.

LA VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO ES EL EJE ALREDEDOR DEL CUAL GIRAN TODAS LAS ACCIONES DE LA SALUD INFANTIL. DE MODO QUE TAMBIEN PODRIA DECIRSE QUE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS DE UNA COMUNIDAD DETERMINADA REVELA LA EFICASIA GLOBAL DE LAS INTERACCIONES TANTO PREVENTIVAS COMO CURATIVAS .

LAS CONDICIONES DESFAVORABLES QUE PROVOCAN ALTERACIONES DE CRECIMIENTO FRECUENTEMENTE SOLO SE DETECTAN MEDIANTE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA (21).

LA DETERMINACION SUCESIVA DEL PESO Y DE LA TALLA ES FACIL DE SER MEDIDO EN EL CONSULTORIO MEDIANTE LA UTILIZACION DE ESTANDARES CONOCIDOS LOS CUALES SE APLICAN EN LA POBLACION DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CUITLAHUAC ISSSTE (22).

DE ACUERDO A LAS TABLAS SOMATOMETRICAS MAS DE DOS DESVIACIONES ESTANDAR HACIA ARRIBA O HACIA ABAJO SEGÚN LAS PERCENTILAS NOS ENCONTRAMO DESNUTRICION, BAJA DE PESO NORMAL SOBRE PESO Y OBESIDAD.

NORMAL 50; LA DESVIACION ESTANDAR 25 SE CONTEMPLA DENTRO DE LO NORMAL, PERO 10 ES BAJO Y 3 ES DESNUTRICION ASI COMO 75 NORMAL , 90 SOBRE PESO Y 95 OBESIDAD.

DE ESTA MANERA SE MANEJARON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTE ESTUDIO .

EL NO REALIZAR UNA ADECUADA EXPLORACION DEL NIÑO CONSTITUYE UN DEFICID QUE HABRA DE INFLUIR EN UN DIAGNOSTICO INESACTO DE ESE PACIENTE POR LO QUE SU SEGUIMIENTO NO SERA EL CORRECTO.

POR ULTIMO Y CON MUCHA PENA ES OBSERVABLE QUE EN MEXICO HAY UN PORCENTAJE MUY ELEVADO DE ASENTAMIENTOS HUMANOS , ASI COMO UN ALTO PORCENTAJE DE ANALFABETISMO, CIENTOS DE COMUNIDADES INDIGENAS QUE CARECEN DE LOS SERVICIOS BASICOS SON LAS MUJERES QUE MAS HIJOS TIENEN EN CONDICIONES MAS DESFAVORABLES Y DONDE SE VE LA MAYOR MORBIMORTALIDAD.

HAY OTRO FACTOR QUE SE HA VENIDO DESARROLLANDO CON MARCADA INTENSIDAD EN LOS ULTIMOS AÑOS Y ES EL AUMENTO DE MADRE SOLTERAS EN TEMPRANAS ETAPAS DE LA VIDA (ADOLESCENTES) ESTO TRAE COMO CONSECUENCIA CARGA NEGATIVA AMBIENTAL PARA EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NUEVO SER; AMEN DE LA MALA NUTRICION Y POCAS ESPECTATIVAS DE UN DESARROLLO EN UN AMBIENTE FAMILIAR POR TODO LO QUE TRAE DICHA SITUACION. SI LA ADOLESCENTE SE QUEDA EN LA CASA PATERNA ,SU HIJO ES UN NUEVO SER NO DESEADO POR LOS ABUELOS Y EN MUCHAS OCACIONES POR LA MISMA MADRE . EN LA MAYORIA DE LOS CASOS VIENE A SER UNA CARGA MAS . Y SI LA ADOLESCENTE SE CASA, NO SE ENCUENTRA PREPARADA FISICAMENTE, INTELECTUALMENTE Y ESTA INMADURA MENTAL ASI COMO FISIOLOGICA Y HORMONALMENTE. NO HA VIVIDO NI ELLA NI SU PAREJA LOS ROLES PROPIOS DE SUS EDADES POR LO QUE EN LA MAYORIA DE ESTOS MATRIMONIOS LLEGAN AL FRACASO VOLVIENDO LA ADOLESCENTE CON UNO O DOS HIJOS A LA CASA PATERNA O SI CONTINUA CON SU VIDA MATRIMONIAL ESTA SE ENCUENTRA LLENA DE TRAUMAS, COMPLEJOS Y FRUSTRACIONES QUE NO LA DEJAN SER FELIZ Y A SU VEZ NO HACE FELIZ A SU FAMILIA OCACIONANDO MALTRATO A LOS HIJOS, FACILITANDO EL ALCOHOLISMO, PANDILLERISMO QUE SON ESCAPES DE ESTOS CHICOS NO ACEPTADOS FAMILIARMENTE; Y SI APROVADOS EN ESTA SOCIEDADES DELICTIVAS DONDE APARENTEMENTE ENCUENTRAN LO QUE NO

TIENEN EN SUS CASAS . Y PARA COLMO ESTE PATRON ES REPETITIVO GENERACIONAL Y DIFICIL DE ERRADICAR. ESTE AMBIENTE BASTANTE CONOCIDO ULTIMAMENTE NOS DESCRIBE UN POBRE DESARROLLO EN PESO Y TALLA ASI COMO INTELECTUALMENTE Y QUE EN BASTANTES OCASIONES TERMINA CON UNA MUERTE PREMATURA.

TABLA SOMATOMETRICA
 TALLA Y PESO EN NIÑOS DE EDADES
 DE 5 A 15 AÑOS
 NIÑOS PERCENTILES

EDAD	5	10	25	50	75	90	95
05	102.0 15.27	103.7 15.96	106.5 17.94	109.9 18.67	112.8 20.14	115.4 21.70	117.0 23.09
06	107.7 16.93	109.6 17.72	112.5 19.07	116.1 20.99	119.2 22.40	121.9 24.31	123.5 26.34
07	113.0 18.64	115.0 19.53	118.0 21.00	121.7 22.85	125.0 24.94	127.9 27.36	129.7 30.12
08	118.1 20.40	120.2 21.39	123.2 23.09	127.0 25.30	130.5 27.91	133.6 31.06	135.7 34.51
09	122.9 22.25	125.2 23.33	128.2 25.40	132.2 29.13	136.0 31.46	139.4 35.57	141.8 39.58
10	127.0 24.33	130.1 25.52	133.4 28.07	137.5 31.44	141.6 35.61	145.5 40.80	148.1 45.27
11	132.6 26.80	135.1 28.17	138.7 31.25	143.33 35.30	147.8 40.38	152.1 46.67	154.9 51.47
12	137.6 29.85	140.3 31.46	144.4 35.09	149.7 39.68	154.6 45.77	159.4 52.73	162.3 58.09
13	142.9 33.64	145.8 35.60	150.5 39.74	156.5 44.95	161.8 51.79	167.0 59.12	169.8 65.02
14	148.8 38.22	151.8 40.64	156.9 45.21	163.1 50.77	168.5 58.31	173.8 65.57	176.7 72.13
15	155.2 43.11	158.2 46.06	163.3 50.92	169 56.71	174.1 64.72	178.9 71.91	181.9 79.12

TALLA EN CENTIMETROS.

PESO EN KILOGRAMOS.

ESTOS DATOS PERCENTILARES PROCEDEN DEL NATIONAL CENTER FOR HEALTH

TABLA SOMATOMETRICA
 TALLA Y PESO EN NIÑAS DE EDADES
 DE 5 A 15 AÑOS
 NIÑAS PERCENTILES

EDAD	5	10	25	50	75	90	95
05	101.1 14.55	102.7 15.26	105.4 16.29	108.4 17.66	111.4 19.39	113.8 21.23	115.6 22.62
06	106.6 16.05	108.4 16.72	111.3 17.86	114.6 19.52	118.1 21.44	120.8 23.89	122.7 25.75
07	111.8 17.71	113.6 18.39	116.8 19.78	120.6 21.84	124.4 24.16	127.6 27.39	129.4 29.68
08	116.9 19.52	118.7 20.45	122.2 22.26	126.4 24.84	130.6 27.88	134.2 32.04	136.2 34.71
09	122.1 21.82	123.9 22.92	127.7 25.27	132.2 28.46	136.7 32.44	140.7 37.60	142.9 40.64
10	127.5 24.36	129.5 25.76	133.6 28.71	138.3 32.55	142.9 37.53	147.2 43.70	149.5 47.17
11	133.5 27.24	135.6 28.97	140.0 32.49	144.8 36.95	149.3 42.84	153.7 49.95	156.2 54.00
12	139.8 30.52	142.3 32.53	147.0 36.52	151.5 41.53	155.8 48.07	160.0 55.99	162.7 60.81
13	145.2 34.14	148.0 36.35	152.8 40.55	157.1 46.10	161.3 52.91	165.3 61.45	168.1 67.30
14	148.7 37.76	151.5 40.11	155.9 44.54	160.4 50.28	164.6 57.09	168.7 66.04	171.3 73.08
15	150.5 40.99	153.2 43.38	157.2 47.82	161.8 53.68	166.3 60.32	170.5 69.54	172.8 77.78

02.- PLANAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ CUAL ES LA FRECUENCIA DE NIÑOS DE 5 A 15 AÑOS CON BAJO PESO Y TALLA BAJA QUE ACUEDEN AL CONSULTORIO No. 2 TURNO MATUTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CUITLAHUAC ISSSTE ?.

03.- JUSTIFICACION

DENTRO DE LA PIRAMIDE POBLACIONAL ADSCRITA AL CONSULTORIO No. 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CUITLAHUAC ISSSTE TAN SOLO UN 18.3 % PERTENECE A LA POBLACION INFANTIL INCLUYENDO RECIEN NACIDOS A LOS 18 AÑOS.

ESTA JUSTIFICACION SE BASA EN SABER EL PESO Y LA TALLA DE LA POBLACION ESTUDIADA , PARA CONOCER Y DETECTAR A LA POBLACION EN RIESGO PARA APLICAR LOS METODOS PREVENTIVOS Y PROGRAMAS INSTITUCIONALES COMO :

- DETECCION ESTREPTOCOCCICA Y FIEBRE REUMATICA.
- A) PROMOCION DEL PROGRAMA .
- B) PREVENCION Y CONTROL DE FIEBRE REUMATICA
- C) CAPACITACION A LA POBLACION EN LA IDENTIFICACION DE FACTORES EN RIESGO Y SIGNOS DE ALARMA DE LAS INFECCIONES ESTREPTOCOCCICAS Y FIEBRE REUMATICA.
- D) DETECCION OPORTUNA DE CASOS
- E) DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE INFECCIONES ESTREPTOCOCCICAS Y FIEBRE REUMATICA
- F) ELEVORACION DE ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO
- G) REFERENCIA A 2do NIVEL DE AMERITARLO

- DIABETES

- A) INFORMACION Y CAPACITACION A LA POBLACION SOBRE FACTORES DE RIESGO Y PREVENCION DE LA DIABETES.
- B) DETECCION, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS CASOS DE DIABETES.
- C) REFERENCIA A 2do NIVEL DE SER NECESARIO.

- VACUNACION UNIVERSAL

- A) VACUNA ANTISARAMPION EN ESCOLARES.
- B) VACUNA D.P.T. PARA CONTROL DE CASOS Y BROTES.
- C) APLICACIÓN DE VACUNA CONTRA SALMONELOSIS.

- ENFERMEDADES DIARREICAS

- A) CAPACITACION A LAS MADRES SOBRE MANEJO EFECTIVO DE ENFERMEDADES DIARREICAS EN EL HOGAR
- B) MANEJO ADECUADO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA.
- C) DISTRIBUCION DE SOBRES VSO.
- D) REFERENCIA A 2do NIVEL DE SER NECESARIO.

- INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

- A) CAPACITACION A LAS MADRES EN EL MANEJO EFECTIVO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL HOGAR.
- B) DIAGNOSTICO Y MANEJO ADECUADO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.
- C) REFERENCIA A 2do NIVEL DE AMERITARLO

- NUTRICION

- A) PROMOCION Y CAPACITACION DE LA LACTANCIA MATERNA.
- B) CAPACITACION A LAS MADRES EN EL MANEJO NUTRICIONAL.
- C) VIGILANCIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
- D) DETECCION Y TRATAMIENTO DE LA MAL NUTRICION.

- TUBERCULOSIS PULMONAR

- A) INFORMACION Y CAPACITACION A LA POBLACION EN LA IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO Y SIGNOS DE ALARMA EN RELACION A LA T.B.P.
- B) PROMOCION DEL PROGRAMA DE PREVENCION EN CONTRA DE LA TUBERCULOSIS.
- C) DETECCION OPORTUNA DE CASOS.
- D) DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE CASOS DE TUBERCULOSIS.
- E) ELABORACION DE ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO.
- F) REFERENCIA A 2do NIVEL DE SER NECESARIO.

- SALUD MENTAL

- A) INFORMACION Y CAPACITACION A LA POBLACION EN LOS ASPECTOS DE PREVENCION DE TABAQUISMO, ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA.

- SALUD REPRODUCTIVA

- A) VALORACION DEL RIESGO OBSTETRICO.

- B) CONTROL DEL DESARROLLO PRENATAL.
- C) APLICACIÓN DE TOXOIDE TETANICO A EMBARAZADAS (5 Y 7 MESES).
- D) ORIENTACION NUTRICIONAL.
- E) PLANIFICACION FAMILIAR.
- F) INFORMACION SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.
- G) PLATICAS EDUCATIVAS Y MEDIDAS DE PREVENCION DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.
- H) DETECCION, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.
- I) CONSEJERIA A LA POBLACION DEMANDANTE DEL SERVICIO.
- J) OTORGAMIENTO Y METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA.
- K) SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA POBLACION USUARIA DE METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA.

***** ADEMAS CONTAMOS CON PRIMARIA, SECUNDARIA Y PREPARATORIA ABIERTA, TANTO PARA NUESTROS DERECHO ABIENTES COMO PARA NUESTRO PERSONAL Y SUS FAMILIARES .**

04.- OBJETIVOS

A) OBJETIVOS GENERALES

DETERMINAR LA FRECUENCIA DE NIÑOS DE 5 A 15 AÑOS CON PESO Y TALLA BAJA. USUARIOS DEL CONSULTORIO No:2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR * CUITLAHUAC * ISSSTE

B) OBJETIVOS ESPECIFICOS

DETERMINAR LA FRECUENCIA DE NIÑOS DE 5 A 15 AÑOS CON PESO Y TALLA BAJA DE ACUERDO A :

- SEXO
- EDAD
- EDAD / PESO
- EDAD / TALLA
- PESO / TALLA

06.- METODOLOGIA

A) TIPO DE ESTUDIO

- SOCIO MEDICO
- PROSPECTIVO
- TRANSVERSAL
- DESCRIPTIVO
- OBSERVACIONAL

B) POBLACION LUGAR Y TIEMPO

POBLACION INFANTIL Y ADOLESCENTE QUE ABARCO LAS EDADES DE 5 A 15 AÑOS USUARIOS DEL CONSULTORIO No: 2 TURNO MATUTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR *CUITLAHUAC* ISSSTE QUE ACUDIERON DE SEPTIEMBRE DE 1996 A SEPTIEMBRE 1997.

C) TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

ALEATORIA POR CUOTAS LLEGANDO A UN TOTAL DE 176 MENORES .

D) CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) CRITERIOS DE INCLUCION

- 1.- DERECHOHABIENTES
- 2.- EDAD DE 5 A 15 AÑOS
- 3.- USUARIOS DEL CONSULTORIO No: 2
- 4.- SEXO MASCULINO.
- 5.- SEXO FEMENINO
- 6.- ENFERMOS
- 7.- SANOS

b) CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- NO DERECHOHABIENTES
- 2.- LOS QUE NO SON USUARIOS DEL CONSULTORIO No: 2
- 3.- MENORES DE 5 AÑOS
- 4.- MAYORES DE 15 AÑOS
- 5.- FORANEOS

c) CRITERIOS DE ELIMINACION

- NO HUBO

VARIABLES

a) CUALITATIVOS

- 1.- SEXO MASCULINO
- 2.- SEXO FEMENINO

b) CUANTITATIVOS

- 1.- EDAD – SEXO
- 2.- EDAD – TALLA

F) .- PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR INFORMACION

A TODO MENOR ENTRE 5 Y 15 AÑOS; DE SEPTIEMBRE DE 1996 A SEPTIEMBRE DE 1997 QUE LLEGO AL CONSULTORIO POR CUALQUIER MOTIVO Y PASANDO LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN, FUE SOMETIDO A UN PEQUEÑO INTERROGATORIO CUYO MACHOTE SE ENCUENTRA EN EL ANEXO No: 1 Y QUE CONSISTE EN CASO No, NOMBRE, EXPEDIENTE, SEXO, EDAD, TALLA, PESO, HORARIO DE ALIMENTOS, ALIMENTOS USUALMENTE INGERIDOS, GRADO ESCOLAR Y MOTIVO DE CONSULTA.

EL PESO FUE EVALUADO UTILIZANDO SIEMPRE LA MISMA BASCULA DE PEDESTAL; CON LOS MENORES SIN ZAPATOS Y EN ROPA INTERIOR SIN CHONGOS NI ADORNOS EN EL CABELLO.

PARA OBTENER LA MEDICION DE LA TALLA SE UTILIZO SIEMPRE EL MISMO ESTADIMETRO Y LOS RESULTADOS SE EGISTRARON EN kg PARA EL PESO Y EN cm PARA LA TALLA .

UNA VEZ OBTENIDOS TODOS LOS RESULTADOS FUERON VACIADOS EN HOJAS QUE CONTENIAN LAS GRAFICAS PERSENTILARES PARA PESO Y TALLA DE ACUERDO A EDAD Y SEXO.

ESTAS GRAFICAS PERMITEN HACER EL SEGUIMIENTO DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO Y CLASIFICARLOS EN CATEGORIAS SEGÚN LAS PERSENTILAS 3,10,50,90 Y 97 QUE CORRESPONDEN A DESNUTRICION SEVERA, DESNUTRICION LEVE, NORMAL, SOBRE PESO Y OBESIDAD

07.- CONSIDERACIONES ETICAS

SEGÚN LA DECLARACION DE HELSINKI DE LA OMS. LA INVESTIGACION INVOLUCRA SERES HUMANOS DONDE NO HAY RIESGOS NI PONE EN PELIGRO LA VIDA DE LOS PACIENTES. LOS PROPOSITOS SON MEJORAR LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS, TERAPEUTICOS Y PROFILACTICOS ASI COMO ENTENDER LA ETIOLOGIA Y PATOGENESIS DE LA ENFERMEDAD. SE SOLICITA AUTORIZACION VERBAL A CADA UNO DE LOS SUJETOS QUE PARTICIPAN EN EL ESTUDIO

08.- RESULTADOS

SE VALORARON UN TOTAL DE 176 MENORES DE LOS CUALES 91 (51.7 %) PERTERNECEN AL SEXO MASCULINO Y 85 (48.3%) PARA EL SEXO FEMENINO (GRAFICA No:1) PARA FINES DE CLARIDAD EN LA (GRAFICA No.2) SE MUESTRA LA DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO . EN ESTA MISMA GRAFICA PODEMOS VER QUE LA MAYORIA DE LOS MENORES OSILAN ENTRE LOS 6 Y 11 AÑOS DE EDAD (79%) .

UNA VEZ REGISTRADO EL PESO DE LOS MENORES ESTUDIADOS ESTOS FUERON CLASIFICADOS ENPLEANDO LAS TABLAS DEL DR. RAMOS GALVAN SEGÚN LA EDAD Y EL SEXO .

LA TABLA No: 1 MUESTRA LA DISTRIBUCION PERCENTILAR DEL PESO EN NIÑOS EN CONTRANDO 13 MENORES DE 91 (14.3 %) CON BAJO PESO Y 28 DE 91 (30.8 %) CON DESNUTRICION. LA GRAFICA No. 3 DESMUESTRA LOS PORSENTAJES DE PESO EN LOS NIÑOS .

LA TABLA No. 2 HACE REFERENCIA AL PESO PERCENTILAR EN NIÑAS DONDE LA SITUACION ES MAS MARCADA ENCONTRANDO 27 DE 85 (31.8 %) CON BAJO PESO Y 22 DE 85 (25.9 %) CON DESNUTRICION . LA (GRAFICA No. 4) DEMUESTRA LOS PORSENTAJES DE PESO AHORA EN LAS NIÑAS .

POR OTRA PARTE LA TABLA No. 3 CORRESPONDE A LA DISTRIBUCION PERCENTILAR EDAD / TALLA EN EL SEXO MASCULINO LA CUAL DEMUESTRA QUE 51 NIÑOS DE 91 (56%) SE ENCUENTRAN DENTRO DE LA TALLA BAJA . LA (GRAFICA No. 5) DEMUESTRA EL PORSENTAJE DE NIÑOS DE TALLA EN NIÑOS

ASI MISMO LA TABLA No. 4 NOS HABLA DE LA TALLA PERCENTILAR EN NIÑAS EN DONDE VEMOS 38 MENORES DE 85 (44.7 %) DE TALLA BAJA . LA (GRAFICA No. 6) NOS INDICA LOS PORCENTAJES DE LA TALLA ENCONTRADA EN LAS NIÑAS .

GRUPOS ETARIOS DE EDAD / PESO EN SEXO MASCULINO .

TABLA No. 5

DE 05 A 09 AÑOS :

17 NIÑOS DE 59 (28.8%) EN DESNUTRICION .
 10 NIÑOS DE 59 (16.9%) CON BAJO PESO
 LA (GRAFICA No. 7) DEMUESTRA ESTOS PORCENTAJES .

DE 10 A 15 AÑOS ENCONTRAMOS:

11 DE 32 NIÑOS (34.4%) EN DESNUTRICION.
 03 NIÑOS DE 32 (09.4 %) CON BAJO PESO .
 LA MISMA (GRAFICA No. 7) VISUALIZA ESTOS PORCENTAJES.

GRUPO ETARIO EDAD / PESO EN EL SEXO FEMENINO.

TABLA No. 6

DE 05 A 09 AÑOS VEMOS:

18 NIÑAS DE 60 (30.0 %) EN DESNUTRICION.
 19 DE 60 (32.0%) CON BAJO PESO

DE 10 A 15 AÑOS :

04 DE 25 NIÑAS (16.0 %) CON DESNUTRICION.

08 DE 25 MENORES (32.0 %) CON BAJO PESO.

LA (GRAFICA No. 8) NOS VISUALISA DICHOS PORCENTAJES.

GRUPO ETAREO EDAD / TALLA EN SEXO MASCULINO.

TABLA No.7 .

DE 05 A 09 AÑOS ENCONTRAMOS:

33 NIÑOS DE 59 (55.9 %) CON TALLA BAJA .

DE 10 A 15 AÑOS VEMOS:

18 DE 32 NIÑOS (56.3 %) CON TALLA BAJA.

LA (GRAFICA No.9) DEMUESTRA LO ANTES DICHO.

GRUPO ETAREO DE EDAD / TALLA PARA EL SEXO FEMENINO.

TABLA No. 8 .

DE 05 A 09 AÑOS :

25 DE 60 MENORES (41.7 %) CON TALLA BAJA.

DE 10 A 15 AÑOS :

13 DE 25 NIÑAS (52.0 %) CON BAJA TALLA

LA (GRAFICA No. 10) ILUSTR A LO ANTES MENCIONADO.

SEGÚN LO DEMUESTRAN NUESTRAS TABLAS, VEMOS QUE EN EDAD / PESO SEXO MASCULINO LA EDAD MAS VULNERABLE FUE DE 5 A 10 AÑOS PARA DESNUTRICION Y BAJO PESO .

ESTE MISMO RUBRO PERO AHORA PARA EL SEXO FEMENINO LO ENCONTRAMOS DE 6 A 9 AÑOS.

SI HABLAMOS DE EDAD / TALLA PARA SEXO MASCULINO LA EDAD MAS VULNERABLE FUE DE 5 A 11 AÑOS. Y SI HABLAMOS DE SEXO FEMENINO ENCONTRAMOS QUE LA MAYOR VULNERABILIDAD ESTA EN LAS MENORES DE 6 A 11 AÑOS.

EN LOS GRUPOS ETAREOS LA EDAD / PESO SEXO MASCULINO ENCONTRAMOS QUE EL MENOR PESO SE VISUALIZA ENTRE LOS 05 Y 09 AÑOS (16.9 %).

EL GRUPO ETARIO EDAD / PESO SEXO FEMENINO ENCONTRAMOS EL PESO MAS BAJO EN EL GRUPO DE 10 A 15 AÑOS (32.0 %).

EN LOS GRUPOS ETAREOS EDAD / TALLA SEXO MASCULINO VEMOS QUE LA MAYOR VULNERABILIDAD SE ENCONTRABA EN LOS MENORES DE 10 A 15 AÑOS (56.6 %).

EN ESTE MISMO RUBRO PARA EL SEXO FEMENINO VIMOS QUE EL GRUPO DE 05 A 09 AÑOS ES EL MAS SENSIBLE (41.7 %).

RESUMIENDO SE ENCONTRO SENSIBLE MENTE MAYOR VULNERABILIDAD EN GENERAL PARA EL SEXO FEMENINO TANTO EN PESO, TALLA ASI COMO EN LOS GRUPOS ETAREOS.

EN LA TABLA PESO / TALLA SEXO MASCULINO VEMOS UNA RELACION DE 13 / 30 PARA LA PERCENTILA 10. Y DE 28 / 21 PARA LA PERCENTILA 3.

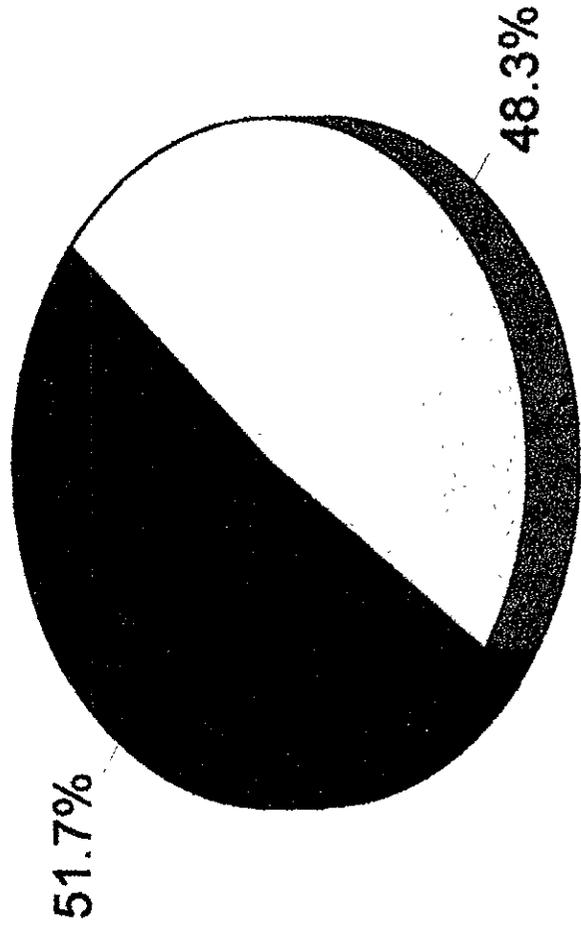
EN LA TABLA No. 10 PESO / TALLA SEXO FEMENINO NOS ILUSTRAN EN LA PERCENTILA 10 UN 27 / 24 Y PARA LA PERCENTILA 3 UN 22 / 14 .

ESTO NOS INDICA QUE EN EL PESO / TALLA SEXO MASCULINO PREDOMINA LA TALLA BAJO SOBRE EL PESO BAJO. ESTO SE VISUALIZA EN LA PERCENTILA 10. EN LA PERCENTILA 3 NOS MUESTRA QUE EL PESO BAJO SUPERA A LA TALLA BAJA.

PARA LA RELACION PESO / TALLA SEXO FEMENINO LA PERCENTILA 10 MUESTRA QUE PREDOMINA EL PESO SOBRE LA TALLA BAJA Y LO MISMO SUCEDE CON LA PERCENTILA 3.

**MENORES QUE ACUDIERON A CONSULTA
EXTERNA DE LA CLINICA CUITLAHUAC ISSSTE
DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO**

TOTAL 176

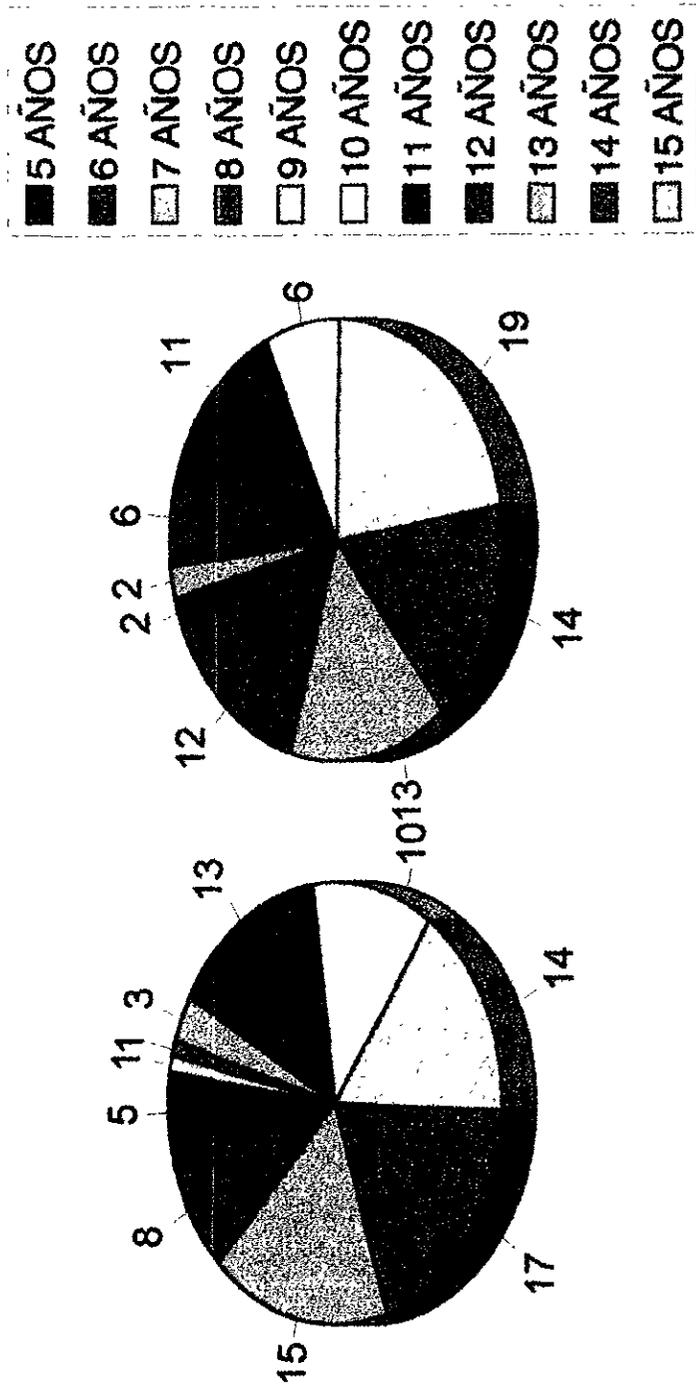


■ NIÑOS 91
□ NIÑAS 85

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION

**MENORES QUE ACUDIERON A CONSULTA
EXTERNA DE LA CLINICA CUITLAHUAC ISSSTE
DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO**

TOTAL DE 176



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA # 1
PESO PERCENTILAR EN NIÑOS

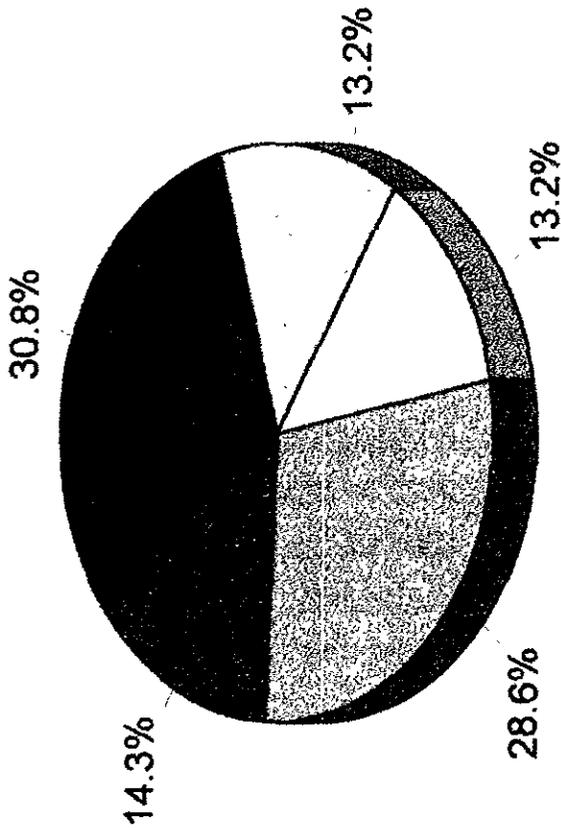
EDAD/PESO

EDAD	3	10	50	90	97	TOTAL
05	3	1	1	-	-	05
06	2	3	2	1	-	08
07	3	3	6	2	1	15
08	4	2	8	2	1	17
09	5	1	3	3	2	14
10	6	-	3	2	3	14
11	3	2	3	1	4	13
12	-	-	-	-	-	00
13	1	1	-	-	1	03
14	1	-	-	-	-	01
15	-	-	-	1	-	01
TOTAL	28	13	26	12	12	91

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

PORCENTAJE DE PESO EN NIÑOS

GRAFICA # 3



- DESUTRICION
- BAJO PESO
- NORMAL
- SOBRE PESO
- OBESIDAD

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA # 2
PESO PERCENTILAR EN NIÑAS

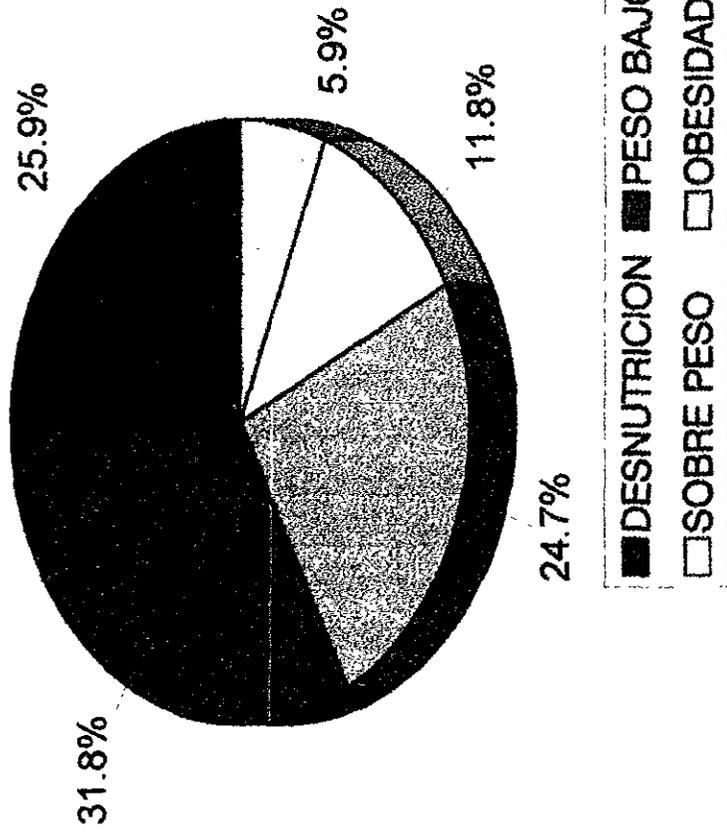
EDAD/PESO

EDAD	3	10	50	90	97	TOTAL
05	-	1	1	-	-	02
06	4	2	3	2	1	12
07	4	4	3	1	1	13
08	5	6	2	1	-	14
09	5	6	5	2	1	19
10	1	2	2	1	-	06
11	-	3	4	2	2	11
12	2	3	1	-	-	06
13	1	-	-	1	-	02
14	-	-	-	-	-	00
15	-	-	-	-	-	00
TOTAL	22	27	21	10	05	85

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

PORCENTAJE DE PESO EN NIÑAS

GRAFICA # 4



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA # 3
TALLA PERCENTILAR EN NIÑOS

EDAD/TALLA

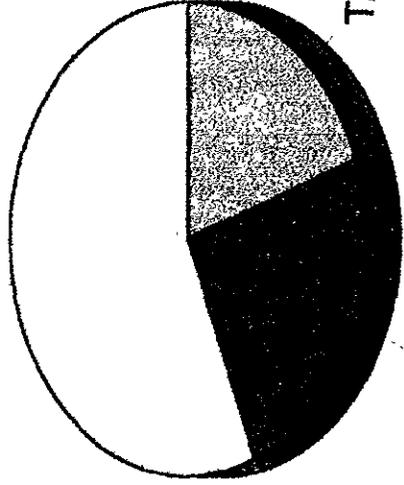
EDAD	3	10	50	90	97	TOTAL
05	1	2	2	-	-	05
06	1	4	1	1	1	08
07	4	5	4	2	-	15
08	6	3	4	2	2	17
09	3	4	3	3	1	14
10	3	3	4	3	1	14
11	3	5	3	2	-	13
12	-	-	-	-	-	00
13	-	2	1	-	-	03
14	-	1	-	-	-	01
15	-	1	-	-	-	01
TOTAL	21	30	22	13	05	91

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

PORCENTAJE DE TALLA EN NIÑO

GRAFICA # 5

TALLA BAJA
56.0%



NORMAL
24.2%

TALLA ALTA
19.8%

□ TALLA BAJA ■ NORMAL ▨ TALLA ALTA

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA # 4
TALLA PERCENTILAR EN NIÑAS

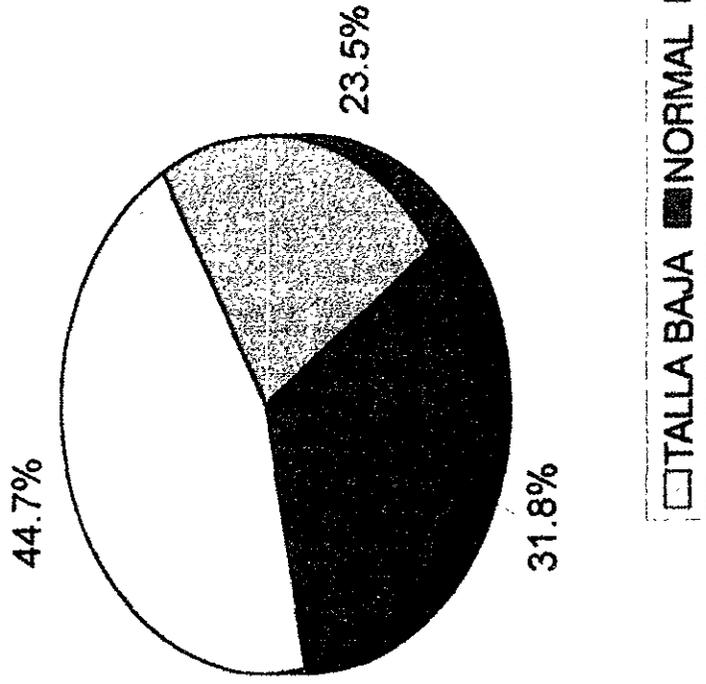
EDAD/TALLA

EDAD	3	10	50	90	97	TOTAL
05	-	1	-	-	1	02
06	3	4	3	1	1	12
07	1	4	5	1	2	13
08	1	2	7	2	2	14
09	4	5	5	3	2	19
10	1	2	2	1	-	06
11	2	3	3	2	1	11
12	1	2	2	1	-	06
13	1	1	-	-	-	02
14	-	-	-	-	-	00
15	-	-	-	-	-	00
TOTAL	14	24	27	11	09	85

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

PORCENTAJE DE TALLA EN NIÑAS

GRAFICA # 8



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA # 5

GRUPO ETAREO EDAD/PESO SEXO MASCULINO

EDAD/PESO

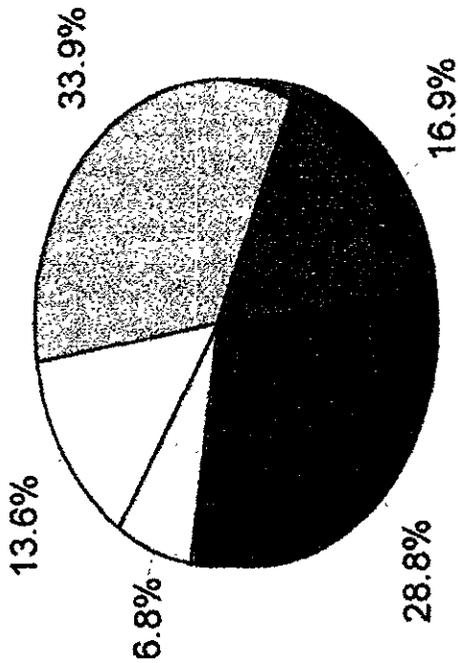
EDAD	3	10	50	90	97	TOT
05 A 09 AÑOS	17	10	20	8	4	59
10 A 15 AÑOS	11	3	6	4	8	32
TOTAL	28	13	26	12	12	91

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

PORCENTAJE POR GRUPO ETAREO EDAD/PESO SEXO MACULINO

GRAFICA #7

05-09 AÑOS



9.4%

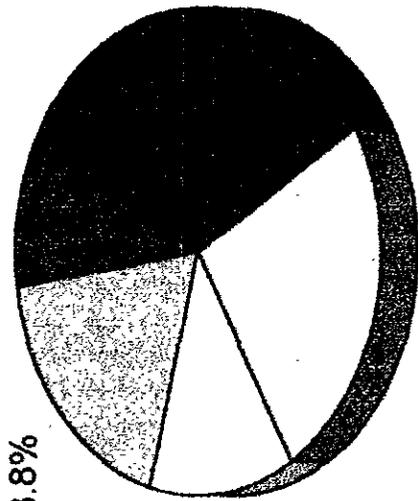
18.8%

34.4%

12.5%

25.0%

10-15 AÑOS



■ DESNUTRICION ■ PESO BAJO ▨ NORMAL □ SOBRE PESO □ OBESIDAD

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA # 6
GRUPO ETAREO EDAD/PESO SEXO FEMENINO

EDAD/PESO

EDAD	3	10	50	90	97	TOTAL
05 A 09 AÑOS	18	19	14	6	3	60
10 A 15 AÑOS	4	8	7	4	2	25
TOTAL	22	27	21	10	5	85

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

PORCENTAJE POR GRUPO ETAREO EDAD PESO SEXO FEMENINO
GRAFICA # 8



■ DESNUTRICION ■ PESO BAJO ■ NORMAL □ SOBRE PESO □ OBESIDAD

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA # 7

GRUPO ETAREO EDAD/TALLA SEXO MASCULINO

EDAD/TALLA

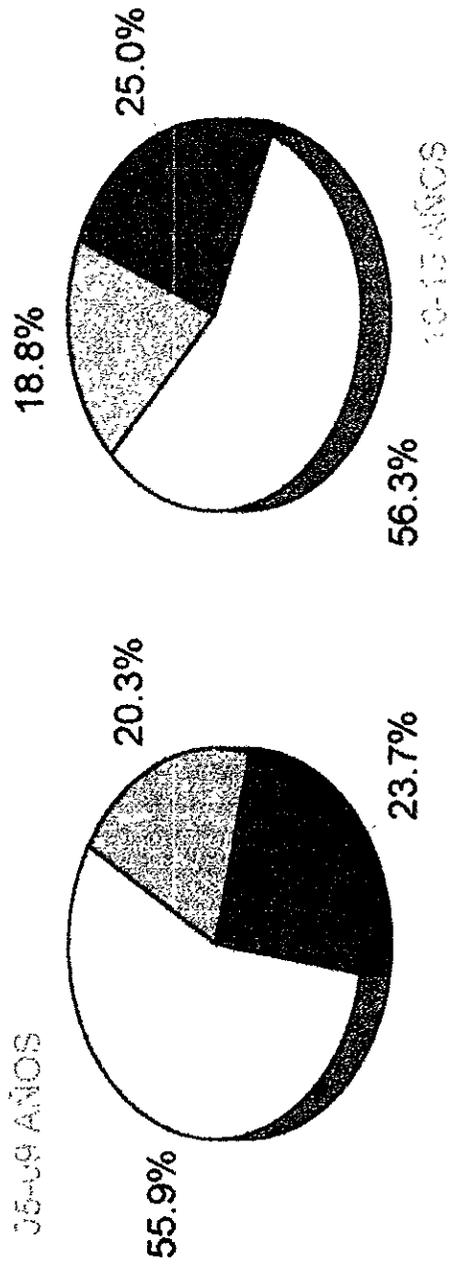
EDAD	3	10	50	90	97	TOTAL
05 A 09 AÑOS	15	18	14	8	4	59
10 A 15 AÑOS	6	12	8	5	1	32
TOTAL	21	30	22	13	5	91

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

PORCENTAJE POR GRUPO ETAREO EDAD/TALLA SEXO

MASCULINO

GRAFICA # 9



TALLA BAJA
 NORMAL
 TALLA ALTA

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA # 8

GRUPO ETAREO EDAD/TALLA SEXO FEMENINO

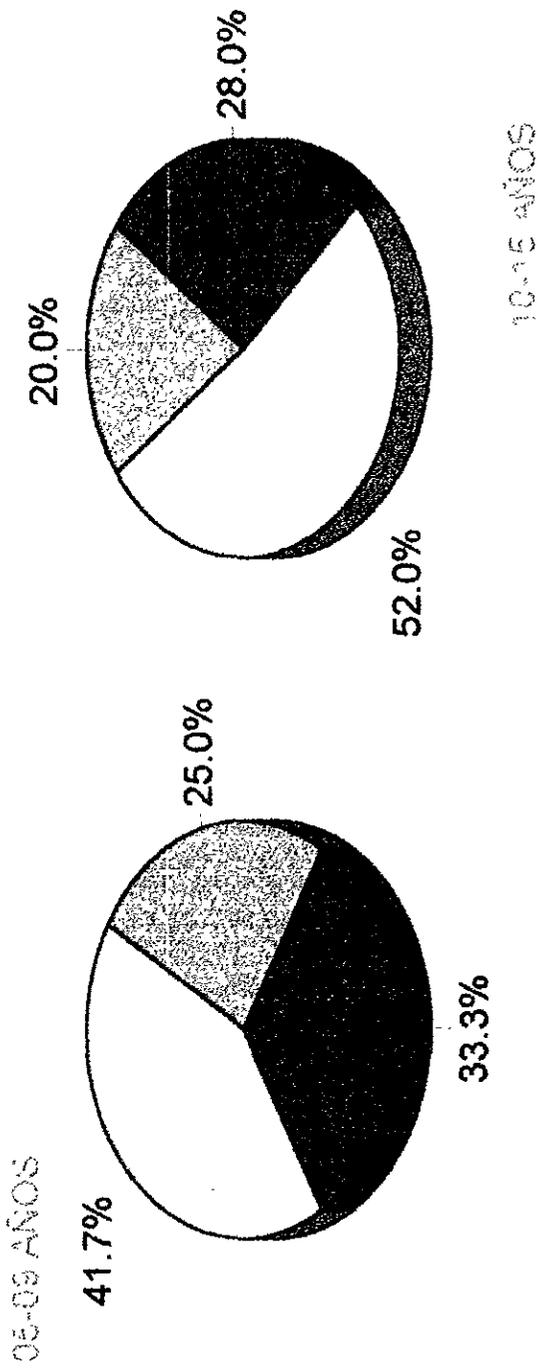
EDAD/TALLA

EDAD	3	10	50	90	97	TOTAL
05 A 09 AÑOS	9	16	20	7	8	60
10 A 15 AÑOS	5	8	7	4	1	25
TOTAL	14	24	27	11	9	85

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

PORCENTAJE POR GRUPO ETAREO EDAD/TALLA SEXO FEMENINO

GRAFICA # 10



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA # 9

RELACION PESO/TALLA SEXO MASCULINO

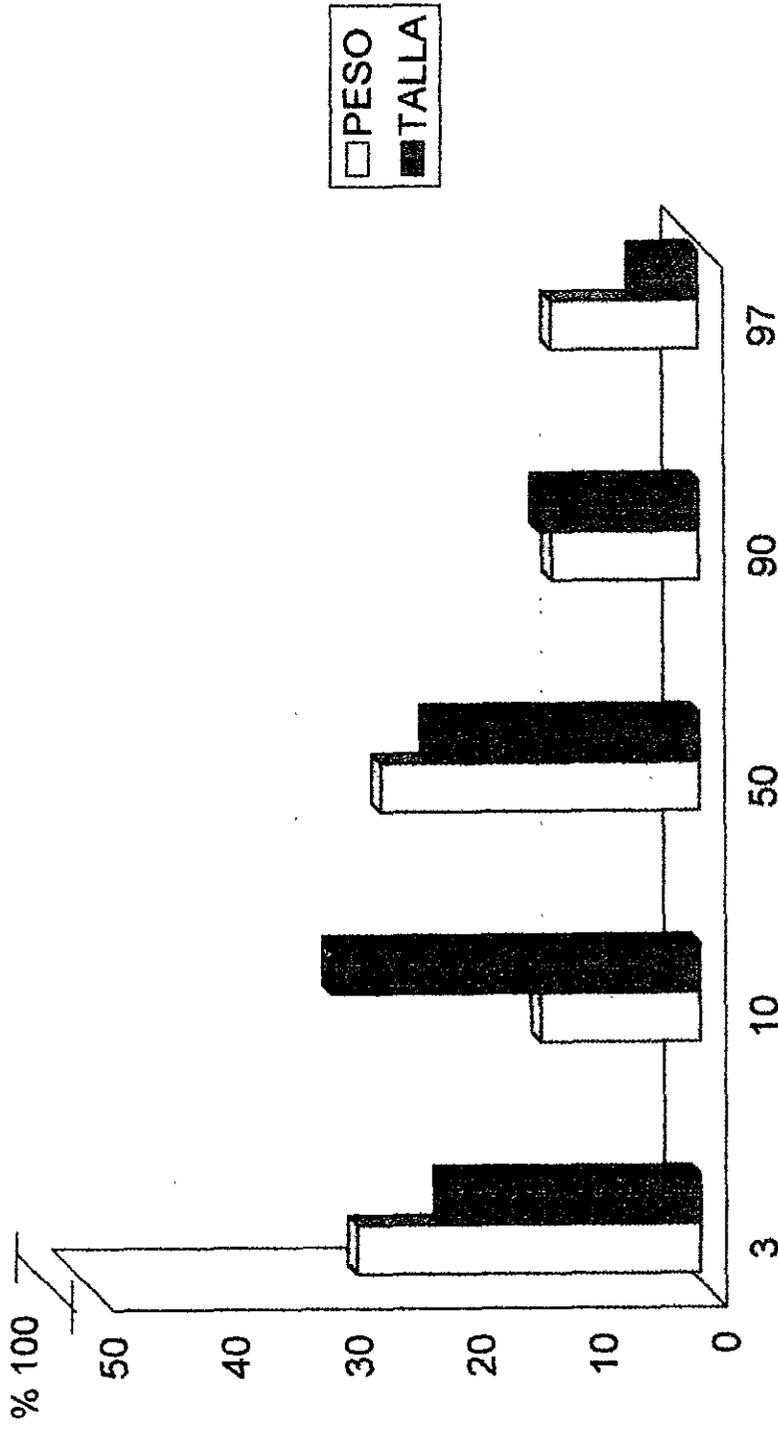
PESO/TALLA.

EDAD	3	10	50	90	97	TOTAL
05	3/1	1/2	1/2	0/0	0/0	05/05
06	2/1	3/4	2/1	1/1	0/1	08/08
07	3/4	3/5	6/4	2/2	1/0	15/15
08	4/6	2/3	8/4	2/2	1/2	17/17
09	5/3	1/4	3/3	3/3	2/1	14/14
10	6/3	0/3	3/4	2/3	3/1	14/14
11	3/3	2/5	3/3	1/2	4/0	13/13
12	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	00/00
13	1/0	1/2	0/1	0/0	1/0	03/03
14	1/0	0/1	0/0	0/0	0/0	01/01
15	0/0	0/1	0/0	1/0	0/0	01/01
TOTAL	28/21	13/30	26/22	12/13	12/05	91/91

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

RELACION PESO/TALLA SEXO MASCULINO

GRAFICA # 1



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA # 10
RELACION PESO/TALLA SEXO FEMENINO

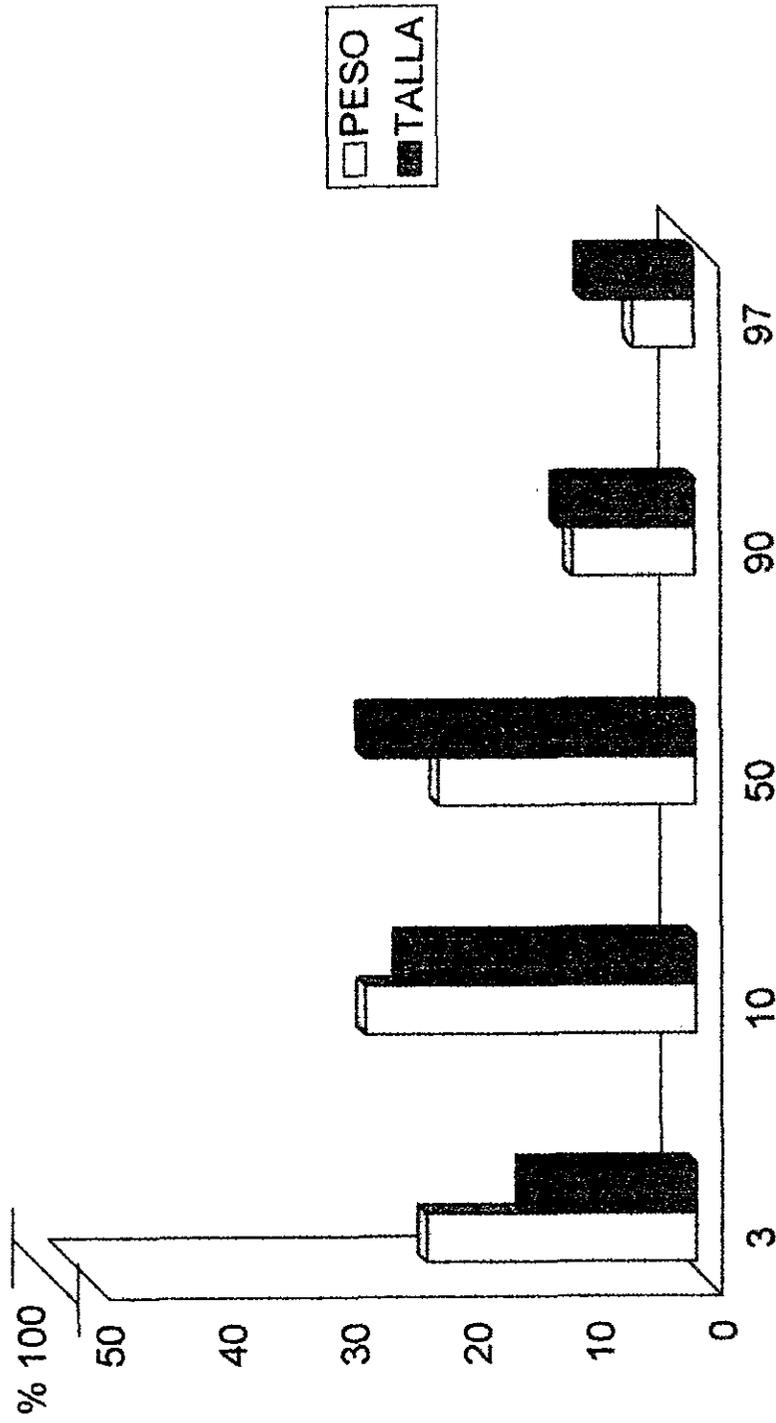
PESO/TALLA

EDAD	3	10	50	90	97	TOTAL
05	0/0	1/1	1/0	0/0	0/1	02/02
06	4/3	2/4	3/3	2/1	1/1	12/12
07	4/1	4/4	3/5	1/1	1/2	13/13
08	5/1	6/2	2/7	1/2	0/2	14/14
09	5/4	6/5	5/5	2/3	1/2	19/19
10	1/1	2/2	2/2	1/1	0/0	06/06
11	0/2	3/3	4/3	2/2	2/1	11/11
12	2/1	3/2	1/2	0/1	0/0	06/06
13	1/1	0/1	0/0	1/0	0/0	02/02
14	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	00/00
15	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	00/00
TOTAL	22/14	27/24	21/27	10/11	5/9	85/85

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

PORCENTAJE RELACION PESO/TALLA SEXO FEMENINO

GRAFICA # 12



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION

09.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS

EN EL PRESENTE ESTUDIO SE ENCONTRO QUE 2 / 3 PARTES DE LA POBLACION EVALUADA SE ENCUENTRA COMPRENDIDA ENTRE LOS MENORES DE 6 A 11 AÑOS, TANTO DEL SEXO MASCULINO COMO DEL FEMENINO. DE UNA POBLACION DE 176 NIÑOS DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICNA FAMILIAR CUITLAHUAC ISSSTE CONSULTORIO No:2 EN COMPARACION CON EL UNIVERSO DEL TRABAJO DEL DR. RAFAEL RAMOS GALVAN (1979) QUE FUE DE 25080 NIÑOS, DE LOS CUALES 14831 PERTENECEN AL SEXO MASCULINO Y 10189 AL FEMENINO. AQUÍ TAMBIEN AL IGUAL QUE EN EL PRESENTE ESTUDIO PREDOMINO EL SEXO MASCULINO. LAS EDADES DE LOS NIÑOS DEL DR. RAMOS GALVAN FLUCTUARON ENTRE LOS 5 Y 18 AÑOS . ESTE TRABAJO SE ELAVORO CON MENORES DE 5 15 AÑOS. EL DR. RAMOS GALVAN CLASIFICO A SU POBLACION EN ESTUDIO EN CATEGORIAS SOCIALES VARIABLE QUE NO SE TOMO EN CUENTA PARA EL PRESENTE TRABAJO .

EL DR. RAMOS ENCONTRO QUE LA MAYOR POBLACION SE ENCOTRABA ENTRE LOS 5 Y 10 AÑOS LO CUAL VARIA EN 1 AÑO A LO ENCONTRADO EN EL PRESENTE ESTUDIO . OTRA SEMEJANZA ENTRE AMBOS TRABAJOS ES EL PROMEDIO DE BAJA TALLA Y BAJO PESO EN EL SEXO FEMENINO.

EL DR. RAMOS GALVAN NO PRESENTO RESULTADOS SOBRE GRUPOS ETAREOS

PARA SU TRABAJO EL DR. RAFAEL RAMOS GALVAN USO PERCENTILAS 3,5,10,20,30,40,50,70,80,90,95 Y 97 EN ESTE ESTUDIO SE USARON PERCENTILAS 3,10,50,90 Y 97. EL ENCONTRO UN 12.4 % PARA BAJO PESO EN EL SEXO MASCULINO : MIENTRAS QUE ESTE ESTUDIO SE ENCONTRO UN 14.3 % PARA EL MISMO SEXO, PERO EN TALLA EL DR. ENCONTRO UN 46.7% CONTRA UN 56% OBSERVADO EN ESTE TRABAJO. PARA EL SEXO FEMENINO EL DR. REPORTA CON RELACION AL PESO UN 32.9 % CONTRA UN 31.8% ENCONTRADO EN ESTE ESTUDIO. CON RELACION A LA TALLA ESTE TRABAJO DEMUESTRA UN 44.7% CONTRA UN 49.5% DEL DR. RAMOS . ESTOS PORCENTAJES VARIAN LEVEMENTE PUES RECORDEMOS EL UNIVERSO TAN GRANDE DEL ESTUDIO DEL DR. RAMOS GALVAN .

EL ESTUDIO DE LA DRA. FAULHABER DENOMINADO “ INVESTIGACION LONGITUDINAL DEL CRECIMIENTO “ EFECTUADO CON NIÑOS DE LA CIUDAD DE MEXICO HIJOS DE MAESTROS DE ESCUELA PUBLICA. LOS PORCENTAJES QUE LA DRA. REPORTO SON BASTANTES SIMILARES A LO REPORTADOS EN ESTE ESTUDIO .

BOLSANA Y GUTIERREZ L. EFECTUARON UN ESTUDIO DENOMINADO “ CRECIMIENTO Y ESTADO NUTRICIONAL EN ESCOLARES DE SAN CLEMENTE “ BUENOS AIRES Y LOS RESULTADOS OBTENIDOS SON LEVEMENTE SUPERIORES A LOS ENCONTRADOS EN ESTE TRABAJO .

REEVE ECR. EFECTUO UN ESTUDIO EN LA UNIVERSIDAD

DE OXFORD DENOMINADO SOME PROBLEMS IN THE STUDY OF ALLOMETRIC GROWTH EN EL CUAL OBSERVAMOS MARCADA SUPERIORIDAD EN PESO Y MAYORMENTE EN TALLA TANTO EN EL SEXO MASCULINO COMO EN EL FEMENINO .

ESTOS REPORTES NOS HACEN VER LA DIFERENCIA ENTRE LOS NIÑOS LATINOS Y SAJONES.

PESO Y TALLA PERMITEN DETERMINAR DENTRO DE CIERTOS LIMITES DE EXACTITUD A LA POBLACION SUJETA A RIESGO DE PADECER DESNUTRICION Y OTRAS ENFERMEDADES CRONICAS. (T.B.P.. ANEMIAS ETC.) PERO NO IDENTIFEICA CON PROPIEDAD UN CASO EN ESPECIAL POR LO QUE SIEMPRE DEBEMOS DE ESTAR ALERTADOS.

DEBE HACERSE HINCAPIE EN LA INTERPRETACION DE LOS VALORES EN NIÑOS MAYORES DE 10 AÑOS TOMANDO EN CUENTA LAS POSIBLES DIFERENCIAS ORIGINADAS POR EL BROTE PUBERAL Y EN ESTOS CASOS TOMAR EN CUENTA EL INDICE DE MASA QUE NOS DARA INFORMACION MAS UTIL ES RECOMENDABLE QUE EN CADA CONSULTORIO TUVIERAMOS NUESTRAS GRAFICAS PERCENTILAS Y LLEVAR UN SEGUIMIENTO DE TODOS Y CADA UNO DE LOS CASOS .

ESTE TRABAJO PRETENDE QUE SE HAGA ALGO REAL Y VERDADERO YA QUE LOS PORCENTAJES ENCONTRADOS EN NUESTRA NIÑEZ SE ENCUENTRA MUY POR BAJO DE LO ESPERADO TANTO EN PESO COMO EN TALLA ASI COMO EN SEXO MASCULINO Y FEMENINO . QUISIERA EVITAR PROGRAMAS DEMAGOGICOS SOCIALES QUE NO LLEVAN A NINGUNA SOLUCION Y SI A MUCHO GASTO INFRUCTUOSO.

10.- CONCLUSIONES

AL TERMINO DE ESTE TRABAJO SE LLEGO A LA CONCLUSION DE QUE DENTRO DE LOS OBJETIVOS GENERALES DE ESTE ESTUDIO LA FRECUENCIA DE PESO Y TALLA BAJA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 15 AÑOS USUARIOS DEL CONSULTORIO No. 2 TURNO MATUTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CUITLAHUAC * ISSSTE * FUE DE 14.3% DE BAJO PESO PARA EL SEXO MASCULINO Y DE 31.8% PARA EL SEXO FEMENINO. LA TALLA BAJA PARA NIÑOS FUE DE 56% Y LAS NIÑAS DE 44.7% .

SEGÚN EL SEXO VEMOS QUE LA MAYOR FRECUENCIA DE BAJO PESO ES PARA ES SEXO FEMENINO NO ASI PARA LA TALLA QUE SE ENCONTRO PARA EL SEXO MASCULINO .

CON RELACION A LA EDAD VIMOS QUE LA MAYOR VULNERABILIDAD PARA LOS NIÑOS FUE DE 6 A 8 AÑOS Y DE 7 A 9 AÑOS PARA LAS NIÑAS .

EN LA EDAD / TALLA EN EL SEXO MASCULINO SE ENCONTRO UN 56.0% MIENTRAS QUE PARA EL SEXO FEMENINO FUE DE 44.7% .

LA RELACION PESO / TALLA SEXO MASCULINO FUE DE 13 / 30 Y PARA EL SEXO FEMENINO DE 27 / 24.

COMO CONCLUSION FINAL TENEMOS QUE EL SEXO FEMENINO ENTRE LOS 6 Y LOS 8 AÑOS PRESENTA PESO Y TALLA BAJOS EN MAS DE LA MITAD DE LAS NIÑAS ESTUDIADAS .

RECORDAMOS EL TRABAJO DEL DR. RAMOS GALVAN VEMOS QUE NUESTRA POBLACION INFANTIL NO HA MEJORADO EN RALACION A SUPERAR SU PESO Y SU TALLA BAJA SEGÚN LO DEMUESTRA ESTE TRABAJO.

SIENDO LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS UN PAIS DE GENTE JOVEN DEBEMOS ALERTAR A LAS AUTORIDADES PARA QUE NUESTROS NIÑOSTENGAN UNA ALIMENTACION BALANCEADA Y POR ENDE MAYOR PESO Y ASI EN UN FUTURO TENGAMOS UNA POBLACION MAS SANA.

11.- BIBLIOGRAFIA

1.- CRAVIOTO JOAQUIN . GUIA MEDICA ILUSTRADA FASCICULO
DESNUTRICION EN LA INFANCIA .

WARNER CHILCOT 1993
MEX: D.F. PAG 1/8.

2.- CRAVIOTO JOAQUIN . CERCIMIENTO Y DESARROLLO HECHOS
Y TENENCIAS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 1991
MEX: PAG 596/613.

3.- VAZQUEZ GARIBAY E. DISFUNCION DE LA DINAMICA
FAMILIAR COMO FACTOR ASOCIADO A LA DESNUTRACION.
BOLETIN MEDICO DEL HOSPITAL INFANTIL DICIEMBRE 1995 No.
12 VOL. 52. PAG. 698/705.

4.- SOSA DE MARTINEZ C. GUIA PARA ELABORAR PROTOCOLO DE
INVESTIGACION . ACTA PEDIATRICA DE MEXICO. ENERO –
FEBRERO 1994 . VOL 15 No. 1 INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
PAG. 9/14.

5.- LOPEZ CANO JOSE LUIS . METODO E HIPOTESIS CIENTIFICOS.

EDITORIAL TRILLAS 1981. CUARTA IMPRESIÓN . PAG. 1/105.

6.- VEGA FRANCO L. MEDICIONES CORPOPRALES. REVISTA MEXICANA DE PEDIATRIA. NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1993 VOL. 6 No. 6 PAG . 202/204.

7.- CARRASCO P. GUADALUPE. INVESTIGACION DEL DESARROLLO INFANTIL. INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA 1997 MEX: TOMO 1 Y 2 .

8.- EFRAIN SHORP Y COL. PEDIATRIA CLINICA DIRECCION GENERAL DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL . MEX 1972 PAG. 85/97.

9.- MACOSIO RAZO J. DIAZ CISNEROS F; EVALUACION MUSCULO ESQUELETICA EN NIÑOS ESCOLARES QUE PRACTICAN FOOT BALL . REVISTA MEXICANA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA. MEX: VOL. 8 No. 4 PAG. 191/196.

10.- RAMOS GALVAN R. EMPLEO DE LAS REFERENCIAS SOMATOMETRICOS DE PESO Y TALLA EN LA PRACTICA . HOSP. INF. DE MEX. VOL. 49 No. 6 JUNIO DE 1979.

11.- MUÑOZ TURNBULLJ. ANTROPOMETRIA INFANTIL Y TRASTORNOS NUTRITIVOS DEL NIÑO. TALLERES GRAFICOS DE LA NACION . TERCERA EDICION PAG. 22/29.

12.- HERTL M GENERALIDADES DEL RETRATO SOBRE EL CRECIMIENTO . DISGNOSTICO DIFERENCIAL EN PEDIATRIA. EDICIONES TORAY BARCELONA 1981 PAG. 201/205.

13.- RAMOS RODRIGUEZ G. CAMBIOS EN LA PROPORCIONALIDAD CORPORAL COMO INDICADORES DE EDAD BIOLOGICA HOSP. INF. DE MEX 1991 VOL. 48 PAG. 144/151.

14.- PAULHABER J . INVESTIGACION LONGITUDINALES DEL CRECIMIENTO . COLECCIÓN CIENTIFICA DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA MEX: 1976 I.N.A. No. 26.

15.- RAMOS GALVAN R. SOMATOMETRIA PEDIATRICA ARCH. INV. HOSPITAL INFANTIL DE MEX. 1975. SUPL 1 PAG. 83/396.

16 CRAVIOTO J. Y ARRIETAR. CRECIMIENTO Y DESARROLLO . LA SALUD MEDIANTE LA NUTRICION ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SAUD 1992 VOL. 113 PAG. 5/6 .

17.- CRAVIOTO J AND ROBLES B. THE INFLUENCE OF PROTEIN CALORIC MALNUTRICION OF PSYCHOLOGICAL TEST BAHAVIOR EN PROC SWED NUTRIFOUND A SIMPOSIUM OND MILD MODERATE FORMS .

OF PROTEIN CALORIC MALNUTRICION BASTAD AND
GETHENBURG. 1963. PAG 115.

18.- CRAVIOTO J. AND ROBLES B EVOLUTION OF ADAPTATIVE AN
D MOTOR BEHAVIOR DURING RAHABILITATION OF
KWASHIORKOR. AM ORTOPYCHIAR 1965 PAG 35/449.

19.- ESTADO NUTRICIONAL DE PRESCOLARES Y MUJERES DE
MEXICO. RESULTADO DE UNA ENCUESTA PROBABILISTICA
NACIONAL GAC MED MEX. VOL. 226 (3) 1990.

20.- ROSALES LAE T. CRECIMIENTO DEL CUERPO DIRECCION DE
ANTROPOLOGIA FISICA . INAH CONACULTURA SEP HGO. No. 3C.M
LA RAZA IMSS.

21.- MONCKESBERG F. ENRIQUECIMIENTO AMBIENTAL EN EL
NIÑO DESNUTRIDO AVT. PED ESP 50: PAG 888, 1992.

22.- BOLSAN A. Y GUTIERREZ L. CRECIMIENTO Y ESTADO
NUTRICIONAL DE ESCOLARES DE SAN CLEMENTE DEL TUYU
PROVINCIA DE BUENOS AIRES ARCH. ARG. PEDIATRIC 90: 259,
1992.

23.- BEHRMAU R E. VAUGHAN VC. NELSON TRATADO DE
PEDIATRIA 12 EDICION PAG. 11/138 CAP. 1/3.

24.- SOLA JORGE . LOS NIÑOS VICTIMAS DE SUS EMOCIONES .
REPERCUCIONES PONDERALES GALENUS AÑO 1 No. 4 PAG 8/ 12
MERCK MEX.

25.- MARCUS A KRUPP. NUTRICION TRASTORNOS NUTRICIONALES
Y METABOLISMO . DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO DE
MILTON J CHATTON 1995 PAG 799/834.

26.- RAMOS RODRIGUEZ CAMBIOS EN LA PROPORCIONALIDAD
CORPORAL COMO INDICACIONES DE EDAD BIOLOGICA.

VOL. No. 48 MED HOSP ENF. MEX. 1991
PAG. 144/151.

27.- RAMOS GALVAN R. DESNUTRICION EN EL NIÑO MEXICO .
EDICIONES MODERNAS 1969. PAG. 7/ 41.

28.- RAMOS GALVAN R. NUEVOS ASPECTOS DE LA
CLASIFICACION DEL ESTADO DE NUTRICION BOLETIN MEDICO
HOSPITAL INFANTIL MEX. 1977 34: PAG 357/367.

12.- ANEXOS

ANEXO No.1

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

CASO No.

NOMBRE.

EXPEDIENTE.

MASCULINO

SEXO.

FEMENINO.

EDAD

AÑOS

TALLA

CM.

PESO

KG.

GRADO ESCOLAR .

MOTIVO DE CONSULTA