

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen **72**
Volume

Número **4**
Number




Julio-Agosto **2005**
July-August

Artículo:




Contribución al estudio del desarrollo del niño mexicano

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medigraphic.com

Nota del Editor

En esta primera contribución a la pediatría nacional, acerca del crecimiento de los niños en el primer año de vida, el Dr. Cárdenas de la Vega "hace hincapié en la importancia" que tiene para los pediatras conocer la forma en que crecen los niños mexicanos.

Contribución al estudio del desarrollo del niño mexicano*

(Contribution to the study of the mexican boys development)

Manuel Cárdenas de la Vega

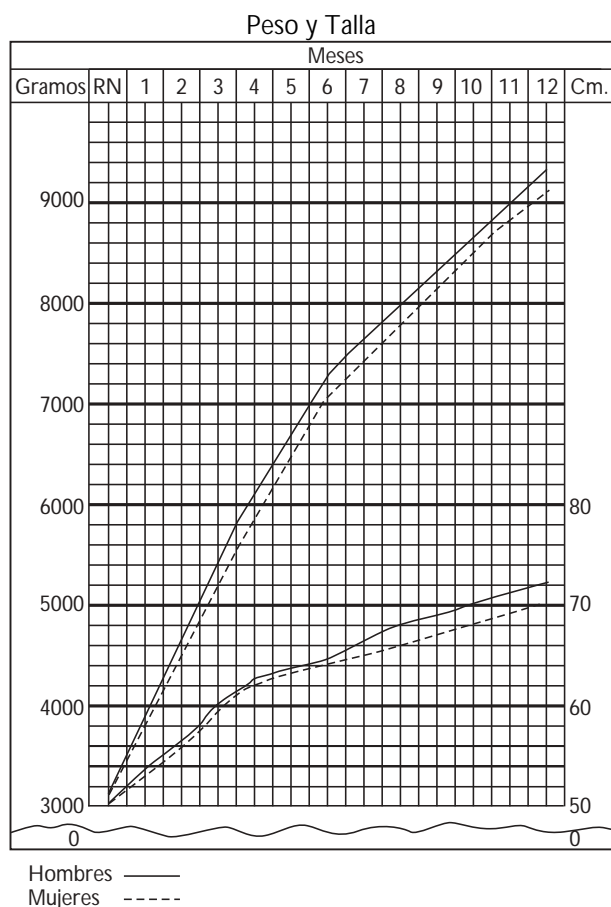
La gráfica que presento a ustedes no es sino el trabajo desarrollado por los médicos del Servicio de Higiene Infantil en 18 meses. Durante la ausencia del jefe del servicio, aproveché la oportunidad para que en los centros de higiene se tomaran algunos datos biométricos en los niños sanos que concurrieran a la consulta. Tuve con los directores de los centros una junta a fin de estandarizar los procedimientos para tomar dichos datos biométricos a fin de que los resultados fueran homogéneos y por lo tanto comparables; se recomendó de una manera muy especial que se tuvieran en cuenta únicamente aquellos niños que clínicamente no presentaban algún padecimiento y que su estado de nutrición fuera normal, por lo tanto tuvimos que ponernos de acuerdo sobre el concepto del "Niño Sano", llegando a la conclusión de que a todo niño que presentara trastornos patológicos, que su estado de nutrición no fuera aparentemente normal, que su piel no fuera húmeda, que su tejido adiposo no fuera normal y que sus principales funciones orgánicas no se desarrollaran normalmente no deberían tomársele dichos datos. Indudablemente que se tropezaron con algunas dificultades, consistentes principalmente, en que a los centros de higiene concurren niños en su mayoría desnutridos y a quienes no pueden tomárseles los datos antropométricos. Estos datos antropométricos deberían de haberse tomado hasta los dos años de edad, pero poco a poco nos fuimos convenciendo que a medida que el niño avanza en edad presenta alteraciones en su salud que lo desnutren y he aquí por qué presento a ustedes los datos únicamente hasta los 12 meses de edad; en los niños de 12 a 24 meses los datos recibidos son suma-

mente pocos y por lo tanto no puede establecerse una media que se considere como normal. Hasta la edad de 12 meses logramos reunir 8,744 casos, de los cuales 4,271 corresponden al sexo masculino y 4,473 al sexo femenino; en el cuadro adjunto se verá el número de niños que corresponden a cada mes de la vida. Los datos antropométricos tomados fueron: peso, talla, circunferencia de la cabeza, circunferencia del tórax y circunferencia del vientre. Tratándose de la primera infancia creo que son los datos que más interesan al médico porque con ellos puede darse perfecta cuenta del desarrollo somático del niño y por lo tanto de su estado de nutrición, ya que con esos datos es posible calcular el segmento antropométrico y el coeficiente de robustez.

Antes de dar a ustedes estos datos quiero hacer hincapié en la importancia que tiene para nosotros los médicos mexicanos, que conozcamos a nuestros niños bajo el triple punto de vista físico, intelectual y social; sin estos conocimientos no podremos nunca interpretar debidamente los casos patológicos, porque desconocemos las medias normales. Hasta la fecha generalmente nos guiamos por curvas de peso extranjeras sabiendo de antemano que algunas de ellas se acercaban a lo que podría ser la nuestra pero de lo que no teníamos certeza absoluta. No únicamente en lo que se refiere a las constantes biométricas del niño mexicano tienen interés estas investigaciones, sino que necesitamos llevarlas un poco más allá porque estoy seguro que tenemos algo nuestro, algo propio que necesitamos conocer a fin de que mañana o pasado, después de hechos estos estudios podamos contribuir a la formación de una patología infantil nacional, que debe existir como cosa nuestra. Indudablemente que estos estudios no pueden, ni deben aplicarse a los niños de toda la república; cada zona, me imagino, debe

* Rev Mex Pediatr 1932; 2: 317-23.

tener caracteres especiales como consecuencia de la diversidad de climas y de altitudes que existen en nuestro país: es un hecho bien conocido de nosotros, los médicos que ejercemos en el Distrito Federal, que hay ciertos padecimientos que evolucionan con caracteres



completamente distintos a los descritos en los libros que nos llegan del extranjero; quién no sabe que la escarlatina reviste modalidades completamente distintas a las que se observan en otros países y así como este ejemplo hay muchos, de aquí la necesidad de que vayamos conociendo nuestro medio médico, por así llamarlo, pero para ello necesitamos conocer previamente lo normal, es decir, la fisiología de nuestros niños, que seguramente tiene que sujetarse a las leyes generales de la fisiología pero debe tener modalidades especiales.

Tratándose de asuntos de nutrición sabemos perfectamente que tenemos problemas muy nuestros que no podemos resolver precisamente porque ignoramos las constantes normales en el niño del Distrito Federal; es bien conocido de nosotros la frecuencia y gravedad de la acidosis en la primera infancia, algo que no me expliqué sino hasta después de haber leído un artículo del doctor Torres Umaña en el que relata que en Bogotá dicho padecimiento es también frecuente y grave atribuyéndolo a la altitud de dicha ciudad, ahora bien, México se encuentra casi en las mismas condiciones que la ciudad Centro Americana.

Esto que digo a ustedes no lleva más intención que procedamos a la mayor brevedad posible a hacer nuestras investigaciones para determinar las constantes fisiológicas de nuestros niños, si las encontramos iguales a las de otros países habremos ganado ese conocimiento, y si no, estableciendo las nuestras contribuiremos al mejor conocimiento de los niños de nuestro medio. Respecto de los datos biométricos que presento a ustedes, creo que tienen valor por el número de niños en que fueron tomados; hay que tener en cuenta que se trata de niños de raza mestiza, que es la raza netamente mexicana en el Distrito Federal, quizá estos datos no sean aplicables a

Hombres

Número de casos	Edad	Peso	Talla	C. cabeza	C. tórax	C. vientre
496	RN	3,100	50.3	34.4	33.1	31.5
423	1 mes	3,900	53.5	37.5	37.0	33.8
325	2 meses	4,700	56.5	38.6	38.6	35.5
497	3 "	5,440	60.0	40.4	40.5	37.7
271	4 "	6,120	62.5	41.0	41.2	38.9
205	5 "	6,720	63.5	41.5	42.5	39.5
312	6 "	7,220	64.5	42.0	43.5	40.6
393	7 "	7,630	66.5	42.6	44.0	41.2
324	8 "	8,030	68.0	43.2	44.3	42.0
336	9 "	8,400	69.0	44.5	44.6	42.5
253	10 "	8,720	70.0	45.3	45.3	43.0
192	11 "	9,000	71.0	46.0	46.0	43.5
244	12 "	9,300	72.0	46.5	46.5	44.5
Total 4,271						

Mujeres

Número de casos	Edad	Peso	Talla	C. cabeza	C. tórax	C. vientre
496	RN	3,100	50.3	34.4	32.7	31.2
424	1 mes	3,850	53.0	36.9	37.0	34.0
382	2 meses	4,550	56.0	37.8	38.0	34.8
416	3 "	5,200	59.5	39.2	40.2	36.0
395	4 "	5,850	62.0	40.0	41.0	37.3
343	5 "	6,500	63.0	40.8	41.5	38.2
365	6 "	7,050	64.0	41.5	42.0	39.0
294	7 "	7,450	65.0	42.5	42.8	39.6
278	8 "	7,800	66.0	43.2	43.5	40.5
253	9 "	8,150	67.0	43.9	44.2	41.1
268	10 "	8,500	68.0	44.5	45.0	42.0
283	11 "	8,800	69.0	45.0	45.5	42.5
276	12 "	9,100	70.0	45.3	46.0	43.1
Total 4,473						

otros lugares de la república, pero que sirvan de punto de partida para diversas investigaciones, despertando el entusiasmo de los médicos mexicanos para conocer las modalidades que presentan los niños en las diversas zonas de la república. Mi trabajo consiste únicamente en la recopilación de los datos enviados, como queda dicho, por los médicos del Servicio de Higiene Infantil. Antes de nosotros el Dr. Rafael Carrillo había hecho una curva de peso en niños de ambos sexos en la Casa de Niños Expósitos; después el Dr. Antonio Torres de Anda hizo un trabajo sobre el mismo tema, pero los datos encontrados por ellos son un poco diferentes a los encontrados por mí, esto es debido a que el número de casos que ellos observaron fue relativamente corto, la tesis del Dr. Antonio Torres de Anda está hecha con los mismos datos que me sirvieron a mí para determinar las constantes que ahora presento a ustedes.

Como ven ustedes nuestros niños pueden bajo el punto de vista de trato semejarse un poco a los niños franceses, su peso de nacimiento, su talla son más o menos los mismos, pero tanto su peso de los doce meses como su talla a la misma edad, son superiores a las que nos dan los autores franceses; esto es debido quizás a que entre nosotros la lactancia materna es la regla en cambio la lactancia artificial, es la excepción precisamente la inversa de lo que pasa en Francia.

Es bien sabido de todos que un niño alimentado al seno tiene una curva de peso y de talla superior al alimentado artificialmente. No quiero hacer consideraciones porque el cuadro habla por sí solo y resultarían sobrando. Se ha recomendado a los médicos de los centros de higiene envíen datos de niños en el segundo año de la vida, creo que en tiempo no lejano podré presentar a ustedes lo que falta de estos datos biométricos.