

11226
29
132



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No. 21

ORIENTACION NUTRICIONAL Y CONTROL DEL NIÑO SANO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

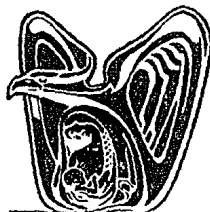
T E S I S

Para obtener el postgrado en la especialidad de:

MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a :

DR. FIDEL IBARRA CINCO



México,

D. F. TESIS CON FALLA PE ORIGEN 1984



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.

INDICE

	Página
I INTRODUCCION	1
II ANTECEDENTES CIENTIFICOS:	
A) Antecedentes Históricos	3
B) Lactancia Materna	5
C) Consideraciones Nutricionales de la Leche Materna	6
D) Consideraciones Inmunológicas de la Leche Materna	12
E) Factores Psicológicos de la Nutrición	19
F) Ablactación	20
G) El Crecimiento y el Estado Nutricional en los primeros Años de Vida	23
III MATERIAL Y METODOS	31
IV RESULTADOS	37
V ANALISIS DE RESULTADOS	49
VI CONCLUSIONES	50
VII BIBLIOGRAFIA	51

INTRODUCCION:

La buena nutrición, en particular durante el período de crecimiento rápido, es uno de los principales determinantes de la salud y del bienestar humanos. La nutrición adecuada es esencial para que un niño goce de una infancia saludable y alcance su potencial de desarrollo.

La valoración del estado nutritivo en el consultorio o en la práctica clínica, busca no sólo descubrir al niño malnutrido, sino que el Médico Familiar tiene la obligación de informar y orientar a su población para que utilice mejor los alimentos de los que dispone.

La situación de la nutrición en México ha demostrado que la mayoría de la población tiene un deficiente consumo de nutrimentos; es por ello que es conveniente tomar en cuenta de manera prioritaria la alimentación de los niños de 0 a 5 años-

de edad, haciendo énfasis en la lactancia materna, en la ablacción y en la nutrición que tiene el niño una vez que se ha integrado a la alimentación familiar, para que su crecimiento, desarrollo y actividad sean adecuados.

En virtud de que la desnutrición energético-proteíca generalmente se presenta en los países bloqueados en el desarrollo en donde los recursos económicos y el personal capacitado es escaso se considera que los indicadores antropométricos y los sistemas de clasificación del estado nutricional basados en ellos son los de elección a usar, ya que las mediciones son objetivas, de fácil obtención, su costo es bajo y si la técnica se lleva a cabo de una manera adecuada se puede lograr un alto nivel de exactitud. Es por ello que los parámetros que con más frecuencia se obtienen para la evaluación del estado nutricional son: peso, talla, circunferencia de brazo, de pierna, perimetro torácico y cefálico. Así estos indicadores sirven como señales de alarma para medidas preventivas oportunas y la posibilidad de intervenir tanto a nivel individual, familiar y de la comunidad.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

A) ANTECEDENTES HISTORICOS:

El hombre es único en el reino animal por la gran variedad de sus alimentos, los que pueden ser tanto de origen vegetal como animal. El hombre y sus antecesores, como omnívoros y consumidores de esta dieta muy variada, se vieron sometidos a una serie de situaciones que requerían respuestas de comportamiento muy diversos y complejas, estas a su vez exigían una intensa interacción entre los individuos y la capacidad del aprendizaje e impulsaron al desarrollo de la organización social, del lenguaje y del uso de los instrumentos. La introducción del fuego y de la agricultura, significaron un cambio importante en su dieta, en la procura y preparación de sus alimentos; así mismo la industrialización de los alimentos iniciada en el siglo pasado ocasionó grandes cambios dietéticos. Y es debido a esta industrialización, el tendiente desarrollo de alimentos naturales hacia productos altamente tecnificados y golosinados. (11, 18)

Por otro lado, el estado de nutrición ha sido descrito en los países del Tercer Mundo en función de una acción sinérgica entre la desnutrición y los parámetros ambientales (ingresos), sociales (estratificación social) y culturales (creencias alimentarias), así mismo la problemática de las socieda-

des en transición de emigrar a los grandes centros poblacionales; por este motivo se ha destacado que el enfoque para aliviar el problema de malnutrición por definición debe ser de naturalidad ecológica y una de las estrategias apropiadas es la -creación de programas relevantes de Educación Nutricional. (16)

Se han mencionado un gran número de factores que contribuyen actualmente al grave deterioro de las condiciones nutricionales de millones de seres humanos: el empobrecimiento -progresivo, la distribución desigual de la riqueza, cambios en las prácticas agrícolas y transformaciones estructurales de la economía de las naciones. Es por esto que el problema de la -malnutrición es muy complejo y con más implicaciones sociales-que las estrictamente médicas. (4)

La atención primaria a la salud, es fundamentalmente -asistencia a la salud puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que sean -aceptables, con su plena participación y a un costo que el país y la comunidad puedan soportar. La atención primaria, a la vez -constituye el núcleo del Sistema Nacional de Salud y forma parte del desarrollo económico y social de la comunidad. Es por esto que al ubicar a la salud de la población como un objetivo primario, es necesario incidir en los factores que determinan los riesgos de salud. Por lo que es de indispensable importancía la educación nutricional, para que todos y cada uno de los

mexicanos estemos concientes del problema y sepamos como utilizar mejor los recursos, mezclar los alimentos para potenciarlos y sobre todo saber como alimentar bien a los niños, desde épocas tempranas de la vida. Es así como en el transcurso de la última década se ha logrado un avance significativo en la planificación alimentaria-nutricional, hecho que se hizo evidente en el transcurso de conferencias sobre Alimentación y Nutrición y en aquellos países que han logrado un progreso satisfactorio, y que en la actualidad sus esfuerzos se concentran en la consolidación de las estructuras y en la formación de proyectos para mejorar situaciones nutricionales indeseables que se han identificado. (1,2,7)

B) LACTANCIA MATERNA:

El niño como todo ser viviente, necesita el aporte alimenticio para satisfacer sus requerimientos calóricos a fin de continuar con el crecimiento tan acelerado en él, sobre todo en los primeros años de la vida. Es indudable la influencia que tienen los factores nutricionales en el desarrollo y crecimiento del niño; es por esto que se ha postulado que la única alimentación fisiológica es la materna y que además de cubrir sus requerimientos, es de la misma especie, homóloga, estéril, adecuada.

Se denomina calostro a la leche que aparece en los días

timos días del embarazo y que aumenta en el período inmediato al alumbramiento. Es un líquido amarillento, no homogéneo, siendo rico en proteínas, grasas, minerales y vitaminas; proporcionando aproximadamente 700 cal. por litro.

El destete o sea la substitución de la leche materna por la leche de vaca, debe de hacerse en forma paulatina y a la edad a la que se inicie depende de factores y de cada caso en particular, ya que intervienen: cantidad de secreción láctea, condiciones socioeconómicas, progreso ponderal y estatural del niño. Sin embargo las nuevas investigaciones de Cambridge y Uppsala señalan que una madre normal y bien nutrida los 4 meses deben ser el término de la alimentación al pecho, porque es el punto más alto de la parábola de producción, a partir de esta edad la secreción ya no sube proporcionalmente a las necesidades del niño. (3, 15)

C) CONSIDERACIONES NUTRICIONALES DE LA LECHE MATERNA:

Proteínas:

Tanto la leche materna como la de vaca, satisfacen las necesidades de los aminoácidos esenciales de los lactantes, incluyendo la histidina y los aminoácidos azufrados metionina y cistina.

La leche materna contiene un promedio de 11 grs/litro de protefnas; la absorción de estas protefnas es de un 90-100% en los lactantes (factor de aprovechamiento), en cambio la leche de vaca, contiene un promedio de 33 grs/litro de protefnas, de las cuales solo un 75% es absorbido por los lactantes; este 75%, corresponde a \pm 25 grs de protefnas por litro, es decir - el doble que se absorbe de la leche materna. De esta forma el mayor contenido de protefnas en la leche de vaca proporciona - una sobrecarga para el funcionamiento renal del lactante, así como una mayor carga metabólica en general.

No obstante que en primera instancia la leche industrializada parecería satisfacer las necesidades protefcas del lactante, es necesario reconocer la existencia de una amplia - diferencia en la composición de protefnas en términos cuantitativos y cualitativos entre la leche industrializada y la leche materna. (10)

Carbohidratos:

La fracción de carbohidratos, tanto en la leche materna, como en la de vaca, está formada casi en un 100% por la - lactosa; esta última con una concentración de 35-47 g/litro, - mientras que la materna contiene aproximadamente 60 grs/litro - (casi el doble) y además una fracción muy pequeña, pero altamente funcional de oligosacáridos y del llamado "factor bífido",

que es un polisacárido. En tales condiciones por lo tanto la leche de vaca, resulta insuficiente para cubrir las necesidades calóricas del lactante. (10)

Grasas:

El contenido de grasas en la leche materna es de 4.0- a 4.5% en tanto que el de la leche de vaca corresponde a 3.5 a 3.7%. Las grasas en la leche son los principales proveedores de energía en la alimentación de los lactantes y ante esta función sólo pueden ser substituidas en forma limitada por las proteínas y/o carbohidratos, lo cual significa que por lo menos un 20% de las calorías necesarias para la dieta del lactante son proporcionadas a través de la grasa. Es decir, tanto la leche de vaca como la materna contienen los porcentajes que satisfacen ampliamente con las recomendaciones del 30-35% de la cantidad de calorías que deben ser suministradas por las grasas.

Además de su función como proveedores de energía, las grasas son indispensables en el mecanismo de transporte de las vitaminas liposolubles (A, D, E, y K). En cuanto a las diferencias que existen entre las grasas de la leche materna y la de vaca, éstas radican en la proporción en que son absorbidas y en las cantidades de ácido linoléico que contienen. La primera es rica en lipasa y es gracias a la presencia de esta sus

tancia, que al lactante se le proporciona una gran cantidad de ácidos grasos libres, que son a su vez la fuente de energía - más importante, aún antes de la fase digestiva que se realiza en el intestino, es por ello que la leche materna resulta ser más eficiente para el lactante en términos de abastecimiento - de energía.

Por último se señala que es probable que la leche materna contenga lípidos con características específicas y únicas para el ser humano, que se pudieran considerar de importancia para el óptimo desarrollo del cerebro del lactante. (10)

Vitaminas:

La leche materna satisface, al igual que las leches - industrializadas con vitaminas adicionales, las necesidades de vitaminas del lactante, siempre y cuando la dieta de la madre sea adecuada. Ambos tipos de leches son relativamente ricas - en vitaminas A y la suplementación de la misma sólo es necesario cuando se usa leche descremada para la alimentación del - lactante. Por lo que se refiere a la leche materna, ésta contiene suficiente cantidad de vitamina D, siendo después de la primera semana de 1 microgramo por 100 ml, cantidad que resulta ser suficiente para prevenir el raquitismo.

En condiciones normales, las necesidades de vitamina-

k del lactante (15 microgramos por día) son satisfechas tanto por la leche materna (15 microgramos por litro), como por la de vaca (60 microgramos por litro). Sin embargo debido a la falta de una flora intestinal adecuada para sintetizar la vitamina k endógena, durante la primera semana de vida, algunos niños desarrollan 2 o 3 días después de su nacimiento una ligera deficiencia de esta vitamina. Este fenómeno se presenta con más frecuencia con los niños alimentados al pecho materno. Es importante mencionar que esta deficiencia llega a presentar síntomas clínicos, en uno de cada 400 lactantes. Por lo tanto con el objeto de prevenir este problema es recomendable administrar al recién nacido una dosis de 1 - 2.5 mg de vitamina k por vía parenteral. (10)

Minerales:

Por lo que respecta al hierro, tanto la leche materna como la de vaca son fuentes apenas suficientes en este mineral, sin embargo la primera permite una absorción mayor de hierro, entre otras razones, debido a la concentración más alta de cobre que contiene y que facilita su absorción. Cabe mencionar además que la leche materna es más rica en componentes hemáticos como son el ácido ascórbico, el cobre y la vitamina E.

En cuanto al zinc, sus niveles de absorción son superiores con la leche humana, gracias al bajo peso molecular de-

la composición química en la que se encuentra. (10)

Otras sustancias:

1.- Nucleótidos: son sustancias indirectamente involucradas en la síntesis de proteínas, con un ácido ribonucleico de alto peso molecular como intermediario. La leche materna contiene una gran variedad de nucleótidos, por lo que la síntesis de proteínas es mejor.

2.- Enzimas: la gran cantidad de enzimas contenidas en la leche humana son aprovechadas con mayor eficiencia por el organismo del lactante por ser ingeridas en su estado natural, entre ellas se encuentran:

A) La lipasa, cuya función más importante es la descomponer las grasas en la fase pre-digestiva.

B) La tromboplastina, y que sea probablemente uno de los componentes que tiene mayor importancia para el desarrollo rápido del sistema nervioso central. (10)

D) CONSIDERACIONES INMUNOLÓGICAS DE LA LECHE MATERNA:

En muchas sociedades aún prevalece la idea de que la leche humana y la de vaca sean equivalentes, esto pretende plantear la información actual sobre las diferencias de ambos leches desde el punto de vista inmunológico y la incidencia de enfermedades infecciosas.

Desde principios de este siglo se cuenta con diversos estudios epidemiológicos que revelan una morbi-mortalidad menor en los niños amamantados al seno materno, al ser comparados con niños alimentados en forma artificial, ésta se refería a enfermedades gastrointestinales, infecciones respiratorias y otitis media. Esto se ha encontrado tanto en los países industrializados que tienen condiciones higiénico-ambientales adecuadas, como en los países en vías de desarrollo donde las condiciones de saneamiento son deficientes. Estos hallazgos epidemiológicos han conducido a numerosas investigaciones a buscar diferencias en la composición de la leche humana y la de vaca que pudieran explicar la menor morbi-mortalidad en los niños alimentados al seno materno (6, 14). De esta manera se ha encontrado que la leche humana contiene una gran variedad de factores antimicrobianos que actúan a diferentes niveles; estos factores incluyen:

Inmunoglobulinas:

La leche humana y, en particular el calostro, son elementos ricos en inmunoglobulinas dentro de los que se cuentan con: IgA, IgG, IgM y IgD. De estas, la más importante por su mayor concentración y por sus características biológicas mismas, es la IgA secretora. (sIgA).

La sigA es en gran parte resistente a cambios de pH y a la digestión proteolítica. Este hecho se ha confirmado por la presencia de gran cantidad de esta inmunoglobulina, en heces fecales de los niños alimentados al seno materno. La concentración de IgA en la leche materna es bastante mayor que la concentración de ésta en el suero. De esta forma la proporción de anticuerpos leche materna/suero varía desde 28.5/1 al inicio de la lactancia hasta 2.1/1, al término de ésta; encontrando así una proporción promedio de 10.5. Los niveles más altos de sigA se encuentran en el calostro y la leche los primeros 3-4 días postparto, disminuyendo esta concentración de 3 a 4 veces en los siguientes seis meses.

Así también, la concentración de IgM en la leche materna durante los primeros días de postparto es de 27-30 mg/g-proteína y disminuye en forma paulatina de 3-4 veces en los primeros 6 meses de lactancia. Los niveles de IgG por su parte son bajos y no varían de manera significativa en los prime-

ros 6 meses. Estas inmunoglobulinas son más fácilmente inactivadas por las enzimas gastrointestinales. (5, 14, 19)

Acción Específica de los Anticuerpos:

La presencia de anticuerpos (Ac) en el calostro y la leche humana contra una gran variedad de bacterias ha sido demostrada. Dentro de éstos se incluyen anticuerpos antibacterianos, tales como IgA, contra el báculo del tétano, el Hemophilus pertussis, el Diplococcus pneumoniae, el E. coli enteropatógeno, la salmonella y la shigella. Así mismo Ac específicos contra virus tales como: poliovirus 1, 2 y 3, Coxsackie BI, B5 y B9, ECHO virus 6 y 9, los virus de la influenza y el virus sincitial respiratorio. La leche humana inhibe igualmente In Vitro el crecimiento de los virus de la parotiditis, encefalitis japonesa B y vaccinia.

La presencia y la concentración de Ac en la leche humana depende de la exposición previa y presente de la madre a microbios específicos o a vacunas así como la etapa en la que se encuentra la lactancia misma. Los estudios al respecto sugieren que la lactancia materna, sobre todo en las primeras semanas, es de importancia crucial, para proporcionar al recién nacido concentraciones altas de una gran variedad de Ac, sobre todo en el período cuando el sistema inmune a nivel de mucosas es poco funcional. (13, 14)

Factor Bífido:

Este factor es un polisacárido que contiene nitrógeno y que se encuentra en altas concentraciones en la leche humana.

En los niños alimentados exclusivamente al pecho, el intestino se coloniza rápidamente con *Lactobacillus bífido*, - llegando a predominar sobre todas las demás bacterias, de esta manera el 99% de la flora total esta representado por este lactobácilo y esta proliferación se le ha atribuido al llamado Factor Bífido. La importancia del lactobácilo es que produce ácido acético y ácido láctico, lo que lleva a un pH bajo en heces y de esta manera se inhibe el crecimiento de báculos Gram-negativos y de hongos. (5, 14)

Lactoferrina y Transferina:

La presencia de lactoferrina en la leche humana en cantidades considerables (2-6 mg/ml), así como de la transferina en niveles menos considerables, permite una acción bacteriostática importante, esta acción se realiza básicamente a través de un mecanismo por competencia. (14)

Lisosima (Muramidasa):

La lisosima es un factor antimicrobiano inespecífico y su mayor concentración a nivel del líquido extracelular se

encuentra en la leche humana, siendo 300 veces mayor que los encontrados en la leche de vaca. La lisozima es bacteriolítica entre Enterobacteriaceae y bacterias gram positivas.

Esta presenta en el calostro en concentraciones de 87 mg/ml y que disminuye al siguiente mes a una cifra de 24 mg/ml, para aumentar nuevamente a una concentración de 24.5 mg/ml a los seis meses, persistiendo este nivel por espacio de un año. (14)

Complemento:

El calostro contiene grandes cantidades de componentes de C3 del completo con niveles semejantes a los que se encuentran en el suero, posterior a la primera semana de lactancia, la concentración es de 5-10% de la del suero. El componente C3 tiene propiedades opsonificas, anafilotóxicas y quimiotácticas. (5, 14)

Componentes Celulares:

La leche humana y, en forma particular, el calostro contienen un gran número de leucocitos que varían en su tipo predominante como en su concentración a través del período de lactancia. El calostro contiene un total de leucocitos entre $0.5 \times 10^6/\text{ml}$ y $10 \times 10^6/\text{ml}$, compuestos principalmente por polij

morfonucleares (1-80%), macrófagos (30-85%) y linfocitos (1-15%). Conforme se establece la producción de leche, la concentración disminuye a un 2% de la cifra inicial, pero esta reducción es compensada por un aumento en la cantidad de leche producida.

Los macrófagos tanto del calostro como de la leche son capaces de producir sustancias anti-infecciosas tales como interferon, componentes C3 y C4 del complemento y lisozima. Por otro lado tienen una acción fagocítica in vitro para estafilococo, E. coli, Candida albicans y partículas inertes y parecen proporcionar una protección contra la enteritis necrotizante.

Los linfocitos son de tipo T, B y tipo nulo y son capaces de transformación blastoide al estimularlos con fitohemaglutina y pueden llegar a sintetizar inmunoglobulinas y Ac, interferon, fracción secretoria de IgA, complemento y el factor de transferencia. (5, 13, 14)

La leche humana y alergia:

La lactancia materna contribuye a la prevención de padecimientos alérgicos en los niños lactantes, específicamente en padecimientos como la dermatitis atópica. Se han sugerido varios mecanismos por medio de los cuales la leche materna po-

dría contribuir a la prevención de estas enfermedades alérgicas. En primer lugar, las proteínas de la leche materna son específicas para la especie en términos de antigenicidad, por lo tanto la leche humana no resulta ser un alérgico y por ello no desarrolla Ac después de su ingesta. En segundo lugar, se sabe actualmente que las macromoléculas son absorbidas a través de la mucosa intestinal aproximadamente durante los primeros 3 días de vida; la madurez inmunológica funcional del aparato digestivo sólo se alcanza después de la 6a. semana de vida del lactante. Esta madurez funcional permite por su parte, producir inmunoglobulinas, las cuales parecen tener la capacidad de combinación con macromoléculas para interferir con su absorción. De esta forma existe un período de mayor permeabilidad intestinal a macromoléculas, durante el cual, las proteínas sensibilizantes pueden ganar acceso al torrente sanguíneo del recién nacido, y en esta forma predisponerle (inmediata o tardíamente) a manifestaciones alérgicas locales o sistémicas.

Una tercer forma a través de la cual la leche materna proporciona una protección a las alergias, se debe a su capacidad de inhibir la proliferación de una microflora intestinal patógena, sobre todo por *Escherichia coli*. Estas bacterias y sus endotoxinas parecen jugar un papel alérgico potenciador, facilitando la absorción de antígenos a través de la mucosa intestinal.

Por estas razones y como primer paso para prevenir - los padecimientos alérgicos del lactante, actualmente se recomienda que el recién nacido sea alimentado exclusivamente con leche humana durante las primeras semanas de vida, sobre todo en aquellos casos cuyos padres padecen enfermedades atópicas. - (5, 14, 19)

E) FACTORES PSICOLÓGICOS DE LA NUTRICION:

Las normas de comportamiento individuales entre las - que se encuentran aquellas relacionadas con la alimentación, - son resultados de muchas influencias y factores psicosociales - relacionados entre sí. Estos factores que son especialmente - decisivos en la formación de los hábitos alimentarios son la - motivación y la percepción. La respuesta emocional a la comida proviene de muchas fuentes; las prácticas y las relaciones - que rodean la vida del recién nacido respecto a su alimenta- - ción, originan respuestas emocionales duraderas. Los factores culturales, y familiares, religiosos y económicos moldean el - comportamiento del adulto con respecto a la alimentación.

Es importante señalar que el recién nacido es senso- - rialmente conciente, por lo que percibe los estímulos presen- - tes en el ambiente durante el parto, a través de un mecanismo - emocional y fisiológico dado que aún no posee una estructura - racional cognoscitiva para procesar y comunicar información. -

Posteriormente la interacción emocional que se establece entre madre e hijo al entrar en contacto físico en el momento del amamantamiento, la estimulación táctil y los movimientos faciales y en especial los de los ojos, son los principales medios de interacción y está plenamente demostrado que la relación y significado de esta interacción influyen en la formación emocional del recién nacido y el desarrollo de la personalidad en la edad adulta. (20)

F) ABLACTACION:

Se da el nombre de ablactación a la introducción en la dieta del niño de otros alimentos diferentes a la leche.

Tiempo atrás la ablactación se iniciaba en edades tardías, generalmente después del año, en cambio vemos que al paso del tiempo su administración se hace cada vez más temprano, hasta llegar a nuestros días en que se piensa que el ideal es al mes de edad en el lactante sano. La necesidad de esto es la de aportar al niño una alimentación completa y adecuada, y como sabemos que la leche por sí sola no llega a cubrir todos los requerimientos se debe agregar otros alimentos que la complementen.

Se aconseja llevar un método en su administración introduciendo un alimento nuevo cada vez, en el mismo orden y -

siempre en pequeñas cantidades, viendo su tolerancia y aumentando gradualmente, permitiendo que el organismo se acostumbre a la digestión de dicho alimento y entonces se iniciará otro.

Esto nos permite en un momento dado descubrir el agente causal de hipersensibilidad alimenticia, en caso de llegar a presentarse. Se recomienda respetar el rechazo del niño hacia un determinado alimento, ya que el apetito del niño es variable y puede cambiar día a día o de alimento a alimento.

Se recomienda iniciar con el siguiente esquema de ablactación:

A) Al cumplir el primer de edad al segundo mes, iniciaremos con jugos de frutas comenzando por una cucharadita al medio día y aumentando progresivamente hasta llegar a una o dos onzas diarias. Este jugo puede administrarse puro o diluido con agua hervida a partes iguales y puede ser: naranja, toronja, manzana, pera, jitomate. Considerando mejor los jugos de frutas frescas que los enlatados, por sus propiedades alimenticias.

B) Del segundo al tercer mes además de la leche y los jugos de frutas, se agrega purés de frutas y verduras cocidas (plátanos, manzanas, peras, chayotes, zanahorias, calabazas),- iniciando con una cucharadita y aumentando gradualmente.

C) Del tercero al cuarto mes a todo lo anterior, se agrega yema de huevo cocida y cereales en puré (arroz, avena, maíz) y de las verduras se agrega acelgas, espinacas, puré de frijoles o lentejas. Estos alimentos, deben ser repartidos en 3 tomas (mañana, mediodía y tarde), alternando con las tetadas que se van espaciando progresivamente.

D) Entre el cuarto y quinto mes la fruta es en picados finos al igual que las verduras, y aquí se agregan carnes cocidas y molida (res, pollo, incluyendo el hígado), y pescado.

E) Del quinto mes en adelante, se darán todos los alimentos ya enunciados, agregando huevo entero cocido, tortillas, pan blanco, galletas. En esta edad se inicia generalmente la dentición lo cual provoca molestias al niño principalmente prurito gingival que disminuye al darle un trozo de pan duro, el cual trata de masticar dándose masaje él mismo en las encías y con esto evitar que se lleven a la boca otros objetos, lo que frecuentemente condiciona infecciones gastrointestinales.

F) En cuanto se inicie la dentición, se podrán dar los alimentos picados y cada vez más consistentes hasta llegar a la alimentación común y corriente, y adaptarse a la dieta familiar. (9, 15, 17)

G) EL CRECIMIENTO Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA.

El crecimiento es el resultado de interacciones complejas y continuas entre los factores de la herencia y el medio ambiente. Entendido así es extremadamente difícil especificar cuantitativamente la influencia relativa de cada uno de ellos sobre los patrones de crecimiento de la población humana. Desde el punto de vista del crecimiento somático, los años preescolares son también años de canalización del desarrollo físico y logro de la regularidad en la tasa de incremento de la mayoría de las dimensiones corporales, es un período especialmente sensible al ambiente circundante. Los primeros 5 años de vida implican cambios y compensación, y es el período en que los niños sufren mayor riesgo de deficiencia nutricional. Es por esto que una buena nutrición, durante el período de crecimiento, es determinante para que un niño tenga una infancia saludable y alcance su potencial de desarrollo. (4,8)

Así tenemos que por medio de la somatometría, se van a obtener dimensiones corporales del paciente, que nos va a dar información directa o indirecta, sobre su estado nutricional.

Las medidas seleccionadas son las siguientes:

A) Indispensables: peso, talla, perímetro cefálico, -
circunferencia de la pierna y la del brazo.

B) Deseables: segmento inferior, pliegue cutáneo tri-
cipital.

A partir de las anteriores se obtienen las siguientes
medidas indirectas: segmento antropométrico, peso corporal en-
relación a la talla alcanzada, superficie corporal, segmento -
superior, relación segmento superior x 100/segmento + inferior;
área total del brazo y área grasa y muscular del brazo.

El perímetro cefálico se obtiene pasando la cinta mé-
trica a nivel del occipucio y la glabella, de modo de obtener -
el perímetro máximo.

La circunferencia de pierna se obtiene al nivel que -
corresponde al diámetro máximo (generalmente la unión del ter-
cio medio con el tercio superior).

La circunferencia del brazo se toma en la mitad de la
distancia que separa al acromión del olecranon.

Estas medidas, se deben de interpretar comparando con
los patrones de referencia disponibles, para formar el perfil-
somatométrico gráfico. A continuación se dan los valores nor-
males: (12)

TABLAS DE SOMATOMETRIA NORMALES:

EDAD	PESO		TALLA			
	NIRO	NIRA	NIRO	NIRA		
A1 nacer	+ 10%	3.100	3.100	+ 6%	50	50
1 mes		4.050	4.050		54	54
2 meses		5.000	5.000		57	57
3 meses		5.700	6.700		60	60
4 meses		6.350	6.350		61	61
5 meses		7.000	7.000		63	63
6 meses		7.450	7.450		65	65
7 meses		7.850	7.850		65	65
8 meses		8.200	8.200		66	66
9 meses		8.450	8.450		67	67
10 meses		8.700	8.700		68	68
11 meses		8.950	8.950		69	69
12 meses		9.175	9.175		70	70
13 meses		9.400	9.400		71	71
14 meses		9.625	9.625		72	72
15 meses		9.850	9.850		72.5	72.5
18 meses		10.525	10.525		75	75
21 meses		11.250	11.250		77	77
2 años		12.000	12.000		80	80
2 años y medio		13.000	13.000		85	85
3 años		14.000	14.000		90	90
3 años y medio		15.000	15.000		95	95
4 años		16.000	16.000		1.00	1.00
5 años		18.000	18.000		1.04	1.04

<u>EDAD</u>	$\bar{X} =$	<u>PERIMETRO CEFALICO</u>		<u>PERIMETRO TORACICO</u>	
		<u>NIRO</u>	<u>NINA</u>	<u>NIRO</u>	<u>NINA</u>
Al nacer		35	34.3	35	34.6
1 mes		38.7	37.8	36.2	35.9
2 meses		40.6	40.0	39.7	38.7
3 meses		42.2	41.0	41.6	40.6
4 meses		43.0	42.5	42.9	41.9
5 meses		44.1	43.5	43.8	42.9
6 meses		45.1	43.8	44.5	43.1
7 meses		45.6	44.5	45.0	43.8
8 meses		46.0	45.1	45.5	44.5
9 meses		46.3	45.4	46.0	44.8
10 meses		46.7	45.7	46.4	45.1
11 meses		47.0	46.0	46.8	45.7
12 meses		47.5	46.4	47.0	46.0
13 meses		47.5	46.4	47.3	46.4
14 meses		47.6	46.4	47.6	46.7
15 meses		47.9	46.4	47.9	46.7
18 meses		48.3	47.3	48.6	47.6
21 meses		48.9	47.9	49.2	48.6
2 años		49.0	48.3	50.0	48.9
2 años y medio		50.2	48.9	51.4	49.8
3 años		50.5	49.5	53.0	50.8
3 años y medio		51.7	49.8	53.3	51.6
4 años		52.0	50.0	54.5	52.7
5 años		52.3	50.2	56.0	54.3

<u>EDAD</u>	$\bar{X} =$	<u>C. DE BRAZO</u>		<u>C. DE PIERNA</u>	
		<u>NINO</u>	<u>NIRA</u>	<u>NINO</u>	<u>NIRA</u>
Al nacer		10.0	9.8	11.0	10.8
1 mes		11.0	10.9	12.1	12.2
2 meses		12.0	11.9	13.7	13.5
3 meses		12.6	12.5	15.0	14.5
4 meses		13.0	13.0	15.6	15.3
5 meses		13.4	13.4	16.3	16.0
6 meses		13.7	13.7	16.9	16.5
7 meses		14.0	13.9	17.2	16.9
8 meses		14.3	14.1	17.6	17.2
9 meses		14.5	14.3	17.8	17.5
10 meses		14.6	14.4	18.3	17.7
11 meses		14.7	14.5	18.5	17.9
12 meses		14.8	14.6	18.7	18.2
13 meses		14.9	14.7	18.9	18.4
14 meses		14.9	14.8	19.0	18.5
15 meses		15.0	14.9	19.1	18.7
18 meses		15.1	15.0	19.4	19.0
21 meses		15.2	15.2	19.7	19.3
2 años		15.4	15.4	20.0	19.6
2 años y medio		15.6	15.7	20.2	20.0
3 años		15.8	15.9	20.4	20.4
3 años y medio		15.9	16.2	20.7	20.7
4 años		16.0	16.4	21.1	21.1
5 años		16.4	16.9	21.9	22.0

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Es de todos conocido que los aspectos de deficiencia-nutricional son multifactoriales, uno de estos factores es el hecho de que existe poca información en cuanto a orientación nutricional y es sobre este punto donde se pretende incidir para abordar el problema, para que todos y cada uno de los miembros de una familia tengan una alimentación adecuada en cuanto a sus necesidades para mantener la salud, sobre todo en la población infantil; considerando la selección, la preparación y la distribución de los alimentos dentro de la familia, ya que van a influir en ella la información que obtengan por parte de su Médico Familiar, su economía y sus hábitos culturales y alimenticios.

OBJETIVOS**GENERALES:**

1.- Demostrar que una adecuada Orientación Nutricional, es capaz de modificar los hábitos alimenticios de una población.

ESPECIFICOS:

1.- Difundir una información básica sobre nutrición - a una determinada población de madres derechohabientes, con hijos de 0 a 5 años de edad.

2.- Estimular al Médico Familiar acerca de los beneficios y la importancia que implica una adecuada Orientación Nutricional entre su población adscrita y la canalización del niño sano a dicho programa.

HIPOTESIS:

1.- El estado nutricional de una familia va a estar - determinado por sus hábitos culturales, alimenticios y por su nivel socioeconómico, así como por la orientación nutricional que reciban por parte del Médico Familiar para la selección, - distribución y preparación de sus alimentos.

2.- El estado nutricional de una familia no va a estar determinado por sus hábitos culturales, alimenticios, ni - por su nivel socioeconómico, ni influirá en ello la orientación dada por su Médico Familiar en cuanto a la preparación, - selección y distribución de sus alimentos.

MATERIAL Y METODO:

El presente estudio se llevó a cabo en la UMF No. 21- del IMSS, de la Delegación No. 5, del Valle de México, del 10. de Julio al 31 de Diciembre de 1984, mediante la aplicación de una encuesta a 25 madres de familias con hijos cuya edad fluctuaba entre 0 y 5 años de edad y a quienes su Médico Familiar-había dado orientación nutricional, enviándolas además al Programa de Orientación Nutricional y Control del niño sano, en donde se les reforzó la información y en la que intervinieron: un médico, una trabajadora social y una dietista, a estas familias se les hizo seguimiento y por último una encuesta, en la que se valoró la forma en la que repercutió dicha información-sobre sus hábitos alimenticios y en la nutrición de sus hijos. Este grupo fue tomado como el de Control. Así mismo se realizó otra encuesta a 25 madres de familias con hijos de 0 a 5 años de edad, quienes no habían recibido orientación nutricional por parte de su Médico, ni estaban integradas al programa-de la Unidad., valorando sus hábitos alimenticios y el estado-nutricional de sus hijos, siendo el grupo testigo.

Por otro lado se llevó a cabo otra encuesta a los Médicos Familiares de la Unidad (60 médicos en total), encaminada a saber su criterio en cuanto a la nutrición infantil, a la valoración del estado nutricional y a la importancia que se le da al programa de Orientación que existe en la Unidad.

A continuación se detallan las preguntas que se les hicieron a las madres del grupo testigo y control y a los Médicos Familiares:

ENCUESTA PREVIA PARA LA MADRE DE FAMILIA:Identificación del paciente:

Edad _____ Sexo _____
 Peso al nacer _____ Peso actual _____
 Talla _____ Perímetro cefálico _____
 P. de pierna _____ P. de brazo _____
 Escolaridad del padre _____
 Escolaridad de la madre _____
 Ingreso familiar mensual _____

Cuestionario:

- 1.- ¿Qué tipo de alimento le dio al nacer?
- 2.- ¿A qué edad inicio la ablactación?
- 3.- ¿Quién le recomendo la ablactación?
- 4.- ¿Con qué alimentos inicio la ablactación?
- 5.- ¿Su médico la ha orientado para la alimentación de su hijo?
Si () No ()
- 6.- ¿Su médico la cita para revisar a su niño, aún en ausencia de enfermedad?
Si () No ()
- 7.- ¿Sabe Ud. de la existencia de un programa de Orientación y Control Nutricional del Niño Sano en la Unidad?
Si () No ()
- 8.- ¿Ha acudido a las pláticas que ahí se imparten? Si () No ()
- 9.- ¿Cree Ud. que una adecuada orientación por parte de su Médico la ayudaría a alimentar a su familia? Si () No ()

ENCUESTA PARA MEDICOS FAMILIARES:

- 1.- ¿A qué edad recomienda Ud. iniciar la ablactación?
- 2.- ¿Con qué tipos de alimentos inicia Ud. la ablactación?
- 3.- ¿En la primera atención al Recién Nacido, recomienda a su paciente la lactancia materna? Si () No ()
- 4.- ¿El no acceder la madre a dar seno materno lo atribuye Ud. a?
 - a) Infecciones locales
 - b) Por estética
 - c) Mala información nutricional
 - d) Hipogalactia
 - e) Ocupación de la madre
- 5.- ¿Cita Ud. a sus pacientes de 0 a 5 años de edad, al programa de Orientación y Control Nutricional del niño Sano? Si () No ()
- 6.- ¿Cada cuanto cita Ud. a estos pacientes a su consulta?
- 7.- ¿Encuentra rebeldía por parte de la madre para acudir a las pláticas de Orientación Nutricional? Si () No ()
- 8.- ¿Esta rebeldía la atribuye Ud. a?
 - a) Falta de tiempo de la madre
 - b) Escolaridad baja
 - c) Poca atención de la madre hacia su hijo
 - d) Por considerar la madre que no es necesario
 - e) Por la forma en que esta constituido el programa de la Unidad.
- 9.- ¿Cuáles parámetros considera de más importancia y que Ud. utiliza en consulta, para valorar la nutrición de su paciente?

a) Peso	b) Talla	c) Perímetro de pierna
c) P. de brazo	c) P. cefálico	
- 10.- ¿Considera Ud. que la lactancia materna, sea un factor emocional importante entre la madre y el hijo? Si () No ()

11.- ¿Dentro de la Orientación Nutricional que proporciona a su paciente que es lo que Ud. recomienda?

12.- ¿Considera Ud. necesario la aplicación de estos programas a nivel Institucional? Si () No ()

ENCUESTA POSTERIOR A LA ORIENTACION NUTRICIONAL:

- 1.- ¿Consideró Ud. que fueron de provecho las pláticas que recibió sobre Orientación Nutricional? Si () No ()
- 2.- ¿Considera Ud. que ha modificado sus hábitos alimenticios posteriormente a la orientación recibida? Si () No ()
- 3.- ¿Cree Ud. que sea importante la alimentación al seno materno? Si () No ()
- 4.- ¿Cree Ud. que una buena alimentación influya para mantener la salud de su niño? Si () No ()
- 5.- ¿Cuál cree Ud. que sea la etapa más importante en el desarrollo del ser humano?
 - a) Los primeros 5 años de vida
 - b) La adolescencia
 - c) La edad adulta
 - d) La vejez
- 6.- ¿Qué alimentos considera básicos para una buena nutrición?
- 7.- ¿Cree Ud. que sea necesario acudir con su Médico Familiar cuando su niño se encuentra sano? Si () No ()
- 8.- ¿Cree Ud. que aprovecha mejor su gasto familiar para darle una alimentación balanceada a su familia, después de la orientación que recibió? Si () No ()
- 9.- ¿Ha informado Ud. a otras madres de familia, la existencia del programa de orientación nutricional en la Clínica?
Si () No ()

RESULTADOS:

Las edades de los niños de las madres que recibieron la orientación nutricional fue la siguiente:

EDAD:	NUMERO	%	SEXO	
			F	M
0 - 1 año	12	48%	6	6
1 - 2 años	3	12%	1	2
2 - 3 años	3	12%	2	1
3 - 4 años	4	16%	0	4
4 - 5 años	3	12%	1	2
			10	15
			(40%)	(60%)

El estado nutricional, de acuerdo a los parámetros que se tomaron en cuenta fue el siguiente:

	Número Niños	%
Estado nutricional satisfactorio:	22	88%
Desnutrición grado I	3	12%

Al hacer el seguimiento familiar se encontro que los 3 niños desnutridos, provenian de familias de bajos recursos - económicos y cuyos padres tenían baja escolaridad (3er. año de primaria).

El 80% de las madres que recibieron la Orientación - Nutricional dieron exclusivamente durante el primer mes de vida seno materno, y el 20% restante dio alimentación mixta (seno materno y alimentación artificial).

El inicio de la ablactación se muestra en la tabla - número 1, observando que la indicación para el inicio de la - misma en un 80% la dio su Médico Familiar, en un 12% la dietis - ta y en un 8% por la madre de la paciente. De éstas, el 92% - dio una alimentación adecuada de acuerdo a las indicaciones de su Médico, mientras que el 8% inició con otros alimentos que - aún no estaban indicados para la edad del niño.

En relación a las preguntas 5,6,7,8 y 9 el 100% de - las madres contestaron que sí.

En el grupo testigo se obtuvieron los siguientes re- - sultados:

Las edades de los niños y el sexo fue el siguiente:

<u>Edad:</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>	<u>Sexo</u>	
			F	M
0 - 1 año	10	40%	6	4
1 - 2 años	5	20%	3	2
2 - 3 años	3	12%	1	2
3 - 4 años	4	16%	2	2
4 - 5 años	3	12%	2	1
			14 (56%)	11 (44%)

Su estado nutricional fue el siguiente:

	<u>Número de niños</u>	<u>%</u>
Estado nutricional satisfactorio	5	20%
Desnutrición grado I	10	40%
Desnutrición grado II	8	32%
Desnutrición grado III	2	8%

De estas madres el 20% dio alimentación al seno mater no y el 80% restante dio una alimentación mixta, iniciando una ablactación tardía en el mismo porcentaje, como se aprecia en la gráfica No. 2., y aquí el 70% de las madres la inicio en forma empírica, un 20% por indicaciones de su madre y el 10% por indicaciones del Médico, de ellas un 90% en forma inadecuada y solo el 10% con alimentos de acuerdo a la edad del niño.

Un 10% su médico había dado indicaciones generales para la nutrición; en un 50% su médico las citaba para revisión periódica; el 100% ignoraba la existencia del programa de control del niño sano de la Unidad y el mismo 100% consideraba que una buena orientación nutricional por parte del Médico Familiar sería de beneficio para mejorar sus hábitos y la alimentación familiar.

En relación a la encuesta realizada a los Médicos Familiares el resultado fue el siguiente:

El inicio de la ablactación por parte del MF se puede observar en la gráfica No. 3., observando además que en un 78.33% la inician con los alimentos adecuados para la edad y en una forma correcta, mientras que el otro 21.66% la inicia con alimentos que no son aún adecuados para la edad del paciente (Tabla No. 1). Indicando en un 100% el seno materno.

El no acceder la madre a dar seno materno, el médico lo atribuye a diferentes razones, como se aprecia en la tabla No. 2. El 100% de los MF cita a sus pacientes de 0 a 5 años para control nutricional, dando citas de acuerdo a su criterio y a la edad del niño, como se observa en la tabla No. 3. Estos niños son enviados al Programa de la Unidad, encontrando rebeldía por parte de la madre para acudir a dichas pláticas en un 58%, siendo atribuido a diferentes causas, como se aprecia en la tabla No. 4.

El MF en su consultorio, utiliza como parámetros más frecuentes para valorar el estado nutricional; el peso (100%), la talla (80%) y el perímetro cefálico (20%).(Tabla No. 5.)

Dentro de la orientación que se proporciona al paciente encontramos que un 58.3% da una orientación nutricional adecuada de acuerdo a la edad del niño y tratando de cambiar los hábitos de la madre, mientras que el 41.7% da indicaciones generales encaminadas a la higiene y dejando a un lado las le-

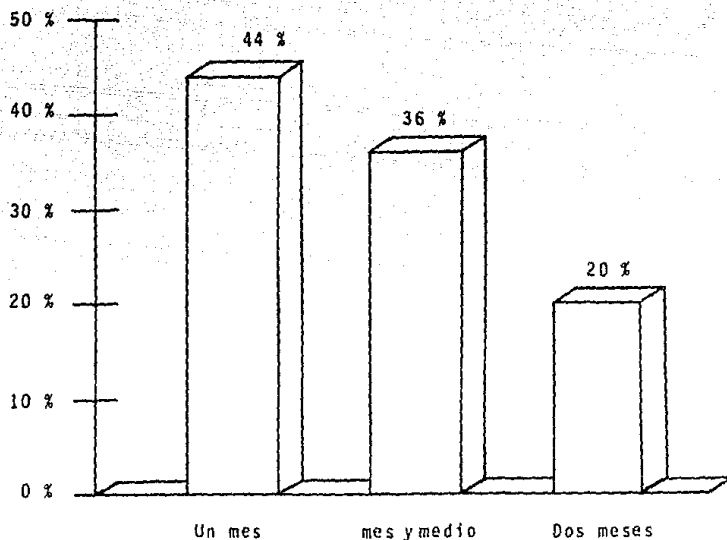
yes de la alimentación. (Tabla No. 6). El 100% de los médicos considera necesario la aplicación de estos programas de - Orientación Nutricional y control del niño sano a nivel institucional.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA POSTERIOR A LA ORIENTACION NUTRICIO-
NAL:

<u>Pregunta</u>	<u>Resultado (%)</u>
1.- Se consideró que fuerón de provecho las plá- ticas de Orientación Nutricional.	100 %
2.- Se consideró que modificaron sus hábitos ali- menticios.	100 %
3.- Se dió importancia a la alimentación al seno materno.	100 %
4.- Se consideró que una buena alimentación in- fluye para mantener la salud del niño.	100 %
5.- La etapa que se consideró más importante en- el desarrollo del ser humano: Los primeros 5 años de vida.	100 %
6.- Los alimentos que se consideraron básicos pa- ra una buena nutrición:	
a) Leche, carne, huevos	100 %
b) Frutas y verduras	90 %
c) Cereales	70 %
7.- Se consideró necesario acudir con su médico- familiar aún cuando el niño se encuentra sa- no.	100 %
8.- Se aprovecha mejor el gasto familiar en la - alimentación.	100 %
9.- Se ha informado a otras madres de familia la existencia del programa de Orientación Nutri- cional.	70 %

GRAFICA No. 1

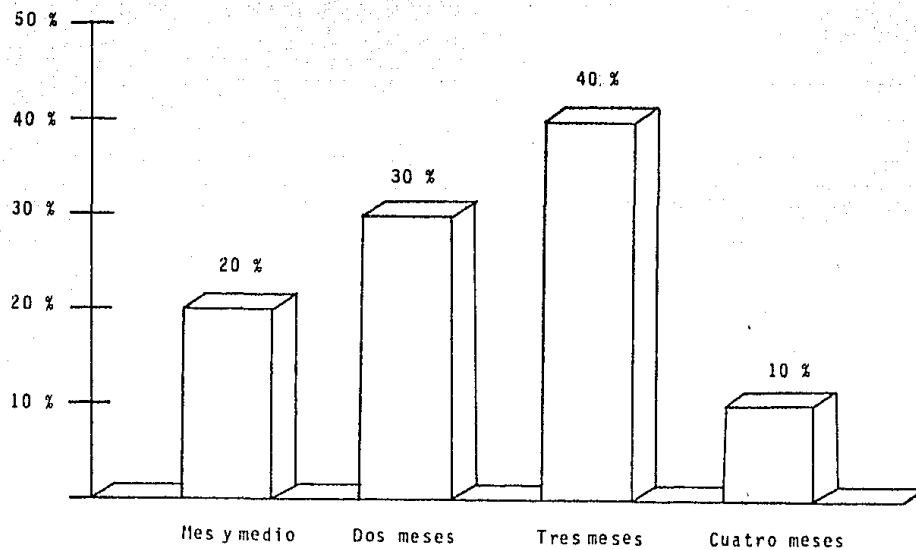
EDAD DE INICIO DE LA ABLACTACION EN MADRES QUE HAN RECIBIDO
ORIENTACION NUTRICIONAL



FUENTE: Encuesta a madres con Orientación Nutricional
U.M.F. 21, 1984.

GRAFICA No. 2

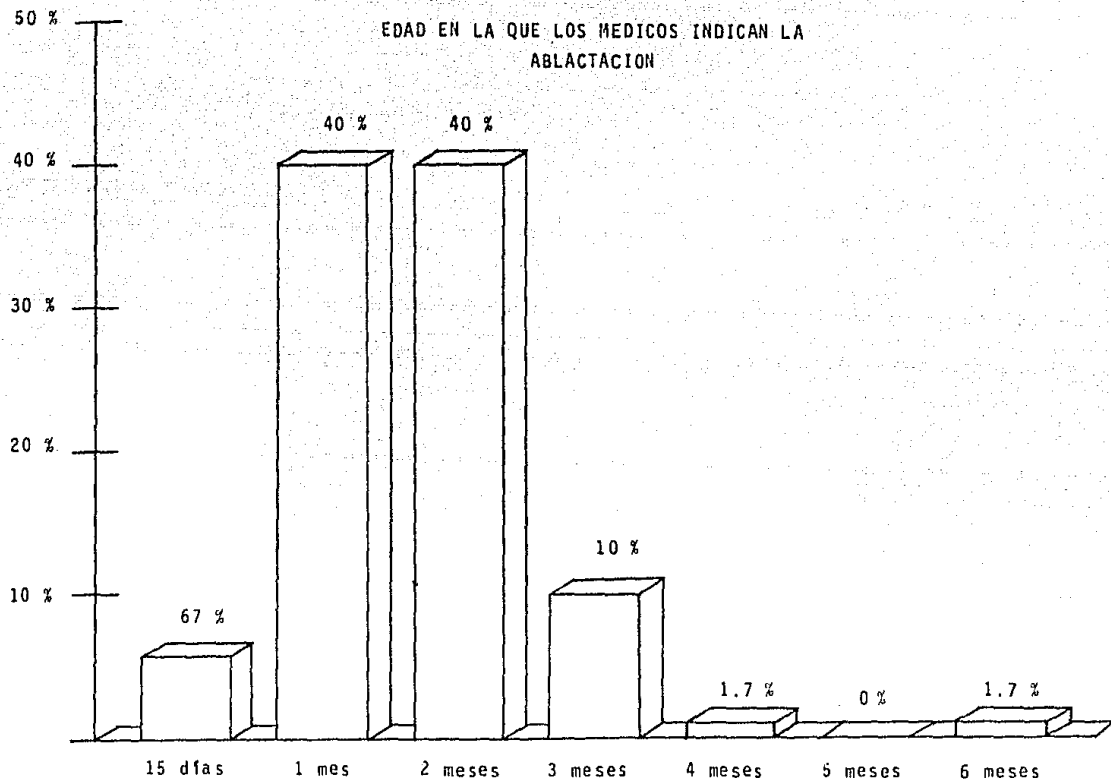
EDAD E INICIO DE LA ABLACTACION EN MADRES QUE NO RECIBIERON ORIENTACION NUTRICIONAL



FUENTE: Encuesta a madres sin Orientación Nutricional.
U.M.F. 21, 1984.

GRAFICA No. 3

EDAD EN LA QUE LOS MEDICOS INDICAN LA
ABLACTACION



FUENTE: Encuesta a los medicos familiares de la U.M.F. 21, 1984.

TABLA No. 1

ALIMENTOS CON LOS QUE EL MEDICO INICIA LA ABLACTACION:

<u>INICIO</u>	<u>No. MEDICOS</u>	<u>%</u>
ADECUADO	47	78.33 %
INADECUADO	13	21.66 %

FUENTE: Encuesta a Médicos Familiares de la UMF 21, 1984.

TABLA No. 2

CAUSAS QUE EL MEDICO ATRIBUYE A LA MADRE POR NO DAR SENO MATER

NO:

<u>CAUSA</u>	<u>No. MEDICOS</u>	<u>%</u>
Mala información nutricional	38	48.0 %
Ocupación de la madre	25	31.6 %
Hipogalactia	11	14.0 %
Infecciones locales	3	3.8 %
Por estética	2	2.5 %

FUENTE: Encuesta a Médicos Familiares de la UMF 21, 1984.

TABLA No. 3

NUEVAS CITAS QUE DA EL MEDICO PARA REVISION A SUS PACIENTES SANOS:

<u>CITA</u>	<u>No. DE MEDICOS</u>	<u>%</u>
Al mes	35	58.3 %
2 meses	8	13.3 %
3 meses	9	15.0 %
4 meses	0	0.0 %
5 meses	0	0.0 %
6 meses	4	6.6 %
Cita abierta	4	6.6 %

FUENTE: Encuesta a los Médicos Familiares de la UMF 21, 1984.

TABLA No. 4

CAUSAS POR LA QUE SE CONSIDERA QUE LA MADRE NO ACUDE A LAS PLATICAS DE ORIENTACION NUTRICIONAL:

<u>CAUSA</u>	<u>No. DE MEDICOS</u>	<u>%</u>
Falta de tiempo de la madre	28	53 %
Escolaridad baja	9	19 %
Poca atención de la madre al hijo	5	10.4 %
Por considerar que no es necesario	4	8.3 %
Por la forma en que está constituido el programa de la Unidad.	2	4.1 %

FUENTE: Encuesta realiza a los Médicos Familiares de la UMF 21, 1984.

TABLA No. 5

PARAMETROS QUE UTILIZA EL MEDICO PARA VALORAR LA NUTRICION:

<u>PARAMETROS</u>	<u>No. DE MEDICOS</u>	<u>%</u>
Peso	60	100 %
Talla	48	80 %
Perímetro Cefálico	12	20 %
Circunferencia de pterna	0	0 %
Circunferencia de brazo	0	0 %

FUENTE: Encuesta a Médicos Familiares de la UMF 21, 1984.

TABLA No. 6

ORIENTACION NUTRICIONAL QUE PROPORCIONA EL MEDICO A SU PACIENTE:

	<u>No. DE MEDICOS</u>	<u>%</u>
Orientación nutricional Adecuada	35	58.3 %
Únicamente indicaciones generales	25	41.7 %

FUENTE: Encuesta a los Médicos Familiares de la UMF 21. 1984.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

De acuerdo a los resultados de las encuestas llevadas a cabo, entre madres que recibieron orientación nutricional y aquellas que no se les dió, encontramos que el estado nutricional para los hijos de las primeras es satisfactorio y solo en 3 niños hubo desnutrición de primer grado, esto dado por la baja escolaridad e ingresos percibidos por los padres. Se inició una alimentación adecuada en el 100% de los casos cuando la madre recibió la información, considerando que se aprovecha mejor el gasto familiar destinado para la alimentación y acudiendo con su Médico Familiar cuando el niño se encuentra sano para revisión periódica.

Observamos que en aquellas madres que no han recibido la orientación adecuada, el estado nutricional de sus hijos es malo, ya que en un 80% de los casos se encontró desnutrición en diversos grados, dando una alimentación inadecuada desde el nacimiento, llevando a sus hijos a consulta unicamente cuando se encuentran enfermos, ignorando la existencia del programa que se lleva a cabo en la Unidad.

Respecto a los Médicos Familiares, el 20% inicia en forma inadecuada la ablactación, a los 15 días de edad o bien en forma tardía y el 47.7% no da la orientación nutricional adecuada ya que unicamente hacen énfasis en indicaciones generales.

CONCLUSIONES:

1.- Una buena orientación nutricional, desde el nacimiento va a ser uno de los principales determinantes de la salud y del bienestar para que un niño crezca sano y alcance su potencial de desarrollo.

2.- Se considera que la orientación nutricional que se imparta a una madre de familia, va a ser capaz de modificar sus hábitos alimenticios, cumpliendo con las leyes de la alimentación y ofreciendo una mejor preparación y distribución de sus alimentos dentro del ámbito familiar.

3.- Las técnicas de somatometría efectuadas en una forma periódica nos van a dar indicadores del estado nutricional del niño, implicando con ello un mejor control de dicho estado y facilitando medidas preventivas oportunas, tanto a nivel individual como familiar.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Aranda PH, Sdenz L. Planificación de la Alimentación y Nutrición. Revisión de los resultados de una conferencia. Arch Latinoamer Nutr 1980, Vol XXX: 509-514.
- 2.- Boletín Informativo. IMSS-COPLAMAR 1984; Vol 2, Núm 2.
- 3.- Casal RT, Corral RG. Manual de Alimentación Materno Infantil para el Promotor. Div Nutr Comun. INN 1983; Monografía L-54.
- 4.- Cifuentes E, Pérez-Gil S. Factores Socioeconómicos y Estado Nutricional de los Niños en una Comunidad Rural. Div Nutr Comun. INN 1982. Monografía L-53.
- 5.- Chandra RK. Immunological aspects of human milk. Nutr Rev-1978, No. 9 (36): 269.
- 6.- Chandra RK. Physical growth of exclusively breast infants. Nutr Research 1982; No. 3 (2): 275-276.
- 7.- Chávez A. Perspectivas de la Nutrición en México. Div Nutr Comun. INN 1982; Monografía L-50.

- 8.- González RA. Estudio Comparativo de Diferentes Índices - Antropológicos y Sistemas de Clasificación del Estado Nutricional. Div Nutr Comun. INN 1982; Monografía L-47.
- 9.- Hernández MJ, Chávez HJ. Alimentación del Recién Nacido - Sano. Rev Fac Med Mex 1983; No. 6 (XXVI); 252-258.
- 10.- Hoogesteger CA. Consideraciones Biosociales de la Lactancia Materna. Div Nutr Comun. INN 1983; Cap 2; 10-29; Monografía L-55.
- 11.- Jaffe WG. La Evolución de la Alimentación Humana. Arch - Latinoamer Nutr 1981; XXXI; 13-24.
- 12.- Jasso GL, Muñoz HO, Ramos GR, Rangel CL. Manual de Procedimientos Clínicos en Pediatría. México: Ed. Mendez Oteo, 2a. Ed. 1984; 623-660.
- 13.- Lawton JW. Protective Factors in Human Breast Milk and Calostrum. Lancet 1977; Vol I; 253.
- 14.- Maddux M. Consideraciones Biosociales de la Lactancia - Materna. Div Nutr Comun. INN 1983; Cap 3; 31-52, Monografía L-55.

- 15.- Palacios TJ, Picazo ME. Introducción a la Pediatría. México: Ed. Mendez Oteo, 2a. Ed. 1983.
- 16.- Sanjur D. Parámetros Ambientales y Socioculturales que afectan la alimentación en los países del Tercer Mundo. - Arch Latinoamer Nutr 1980; XXX: 634-655.
- 17.- Torroella JM. Pediatría. México, Ed. Mendez Oteo, 1977: - 11-114.
- 18.- Vargas GA. Factores Culturales en la Alimentación. Cuad - Nutr 1984; Vol 7; 17-32.
- 19.- Welch JK, May JT. Anti-infective properties of breast milk. J Ped 1979; 1 (94): 4
- 20.- Ysunza-Ogazos A. Importancia Ecológica de la Lactancia Materna. Cuad Nutr 1980; 2 (5): 190.