

11226

201.52



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"ORIENTACION NUTRICIONAL A  
PADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS"  
(UMF No. 2 IMSS Puebla, Pue.)

*Ally*

*Caro Beltrán Bautista*

## TESIS

Para obtener la Especialidad en :

**MEDICINA FAMILIAR**

Presentada por :

**Dr. Raúl Domínguez Malpica**

U. M. F. No. 2

I. M. S. S.



Puebla, Pue.

1984-1986

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## I N D I C E .

1.- INTRODUCCION .....	1
2.- JUSTIFICACION .....	3
3.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS ...	5
4.- MATERIAL Y METODOS.....	14
5.- RESULTADOS .....	17
6.- CONCLUSIONES .....	23
7.- RESUMEN .....	25
8.- BIBLIOGRAFÍAS.....	26

## I N T R O D U C C I O N

La alimentación siempre ha sido, es y seguirá siendo uno de los principales actos del ser humano ya que proporciona las energías necesarias que el organismo requiere para su subsistencia, fisiología, y principalmente para su crecimiento y desarrollo.

De ahí la importancia de saber obtener los mejores nutrientes. Desafortunadamente en la mayoría de los países, y sobre todo en nuestro medio, existe una educación nutricional inadecuada, e incluso se le da poca importancia a la misma.

Por lo general, es común encontrar en cualquier parte del mundo a seres humanos desnutridos, sobresaliendo entre ellos los niños, los cuales son incapaces de obtener, ingerir y distinguir la calidad de los alimentos que ellos requieren .

Gracias a los medios de información masiva, la ciencia se ha incrementado enormemente, y afortunadamente nos ha tocado vivir en esta época de la historia del mundo; época en la que el hombre ha sido capaz de viajar por el espacio extraterrestre, de las maravillosas computadoras electrónicas que han contribuido aún más a el desarrollo acelerado de la ciencia, ya que han facilitado al hombre trabajos pesados, peligrosos, complicados y difíciles; en la que se ha podido transplantar el corazón humano con éxito, etc..., etc...; pero desgraciadamente, también han contribuido a incrementar la ya pobre educación nutricional de los seres humanos, favorecido

por la facilidad de la existencia de los medios de comunicación, que han sido utilizados con fines -- contrarios a la educación nutricional.

Así pues, vemos como la calidad de la nutrición de los habitantes de este planeta ha disminuído considerablemente, no solo por la precaria y grave inestabilidad económica que existe en el mundo entero; ya que uno de los factores principales de esta realidad ha sido la difusión masiva de productos de consumismo, sobre todo de alimentos, las -- más de las veces innecesarios, pero si perjudiciales para la salud, contribuyendo al incremento de la desnutrición y a la existencia de la misma aún en países altamente desarrollados.

## J U S T I F I C A C I O N

Una de las cualidades principales del médico familiar es la de ser un educador para la conservación y mejoramiento de la salud.

Tomando en cuenta la gran trascendencia de la falta de orientación nutricional en nuestro país, y considerando las altas tasas de desnutrición reportadas en el mismo; básico es, saber orientar en forma eficiente así como educar a nuestra población para ayudar en parte a la solución de este grave problema de nuestra sociedad que lleva implícito como consecuencia mayor vulnerabilidad a las enfermedades de la infancia aumentando así las tasas de morbimortalidad infantil en nuestro país; y lo que es peor aún condicionando retrasos en el crecimiento, y sobre todo en el desarrollo de estos pequeños; los cuales al llegar a la etapa de productividad, cuando el país los requiere para su progreso y desarrollo, será de menor calidad, si no es que nula por las secuelas que pueda dejar, convirtiéndose más que en fuentes de progreso en cargas para la nación.

Y muchas veces, los recursos están a la mano, los alimentos están al alcance, solamente falta saber utilizarlos en forma óptima; principalmente para los infantes que por encontrarse en la etapa de la vida en la que el ser humano crece y se desarrolla en forma acelerada; motivo por el cual no se puede perder el tiempo y desaprovechar

esta oportunidad con nutrientes de pésima calidad.

Sábido es también por todos, que en esta etapa de la vida de los seres humanos surgen grandes interrogantes para los padres referente al tipo de alimento que debe de tomar el niño? Hasta -- cuando debe de tomar el seno materno? ¿ Con que -- alimentos iniciar la ablactación? ¿ A los cuantos meses se debe de iniciar ?, etc..., etc...; motivo por el cual el presente trabajo sin ser una especialidad en la materia, pretende solucionar estas interrogantes que pudieran surgir en aquellos padres interesados en dar una nutrición adecuada a sus hijos; y para aquellos que no tienen el menor interés en obtener estos conocimientos, hacerlos concientes de la prioridad de la nutrición adecuada para cada uno de sus hijos.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La desnutrición es un estado patológico inespecífico, sistémico, potencialmente reversible, - causado por la deficiente utilización de los nutrientes esenciales por las células del organismo y que se acompaña de diversas manifestaciones clínicas, con diferentes grados de intensidad(1).

La desnutrición es un grave problema mundial según cálculos hay ciento cincuenta mil millones de seres humanos entre hombres, mujeres y niños - que sufren cierto grado de desnutrición, grave mediana o lígera; y casi todos viven en países subdesarrollados (2) .

En nuestro país la desnutrición es un problema crítico desde la antigüedad, ya desde 1908 el investigador Patrón Correa refiriéndose a la culebrilla o desnutrición decía: "Se encuentra tanto en estratos sociales bajos como en clases pudientes cuando las culpables tolerancia hacen que los niños esten sometidos a una alimentación inadecuada (3)"; en años más recientes, Chávez en 1962 -- realizó encuestas nutricionales en el medio rural de nuestro país, encontrando desnutrición grave en el 2.5% de los individuos y estimó que el - 25% de ellos tenían desnutrición crónica(4) Diez años más tarde Márquez Avila reporta una frecuencia de desnutrición en el 50% de la población menor de 5 años en nuestro medio (5).

Nosotros hemos considerado que este problema

en los últimos años se ha incrementado enormemente debido a diversos factores siendo algunos de los principales los siguientes:

- 1.- La pérdida continua del valor adquisitivo de nuestra moneda.
- 2.- La falta de orientación nutricional a --- nuestra población por medio de comunicación masiva.
- 3.- La persistencia de costumbres y tabúes de nuestros pueblos con respecto a la alimentación.
- 4.- La facilidad con la que los medios de comunicación hacen difusión masiva de productos de consumismo, y sobre todo de alimentos de bajo o nulo valor nutritivo que conocemos comúnmente como "alimentos chatarra" y que en más de una ocasión han provocado enfermedades gastrointestinales.
- 5.- La no autosuficiencia en la autoproducción de alimentos que priva en nuestro país, y consecuentemente la imposición de cierto grado de dificultad para la disponibilidad necesaria de los alimentos de calidad para el grueso de la población.

Debido a la existencia de algunos factores socio-culturales equivocados, la desnutrición generalmente coincide con el destete del niño(5).

La mayoría de los autores están de acuerdo en

que la desnutrición tiene su mayor frecuencia en - los seres humanos que se encuentran en crecimiento y desarrollo por ser mayores sus requerimientos ca - lóricos y nutricionales (4,5,6,7,8).

Los trabajadores en el campo de la nutrición, generalmente admiten que la desnutrición es el resultado de la compleja interacción de múltiples -- factores tales como: el bajo ingreso, el subempleo, la ignorancia, las malas condiciones sanitarias, la falta de accesos a los servicios médicos, la falta de participación y organización social, la inestabi - lidad familiar, etc..., etc... Todos estos elemen-- tos son característicos de un estado social espe-- cial que algunas veces es llamado en ingles "Social Deprivation" y en español "Marginilización " o más generalmente conocido como "Pobreza"; y esto a su - vez es el producto de un grupo de circunstancias -- complicado, aún no bien comprendido, en el cual la explotación, la injusticia en la distribución del - poder económico y político, y las desigualdades en la distribución del producto de la actividad econó - mica desempeñan un papel central. Esto significa -- que no puede atacarse a la desnutrición sin que al mismo tiempo se ataquen a los factores que contribu - yen a la pobreza (9).

La costumbre de alimentar a el niño inicialmen - te al seno materno empezó a declinar durante este - siglo en los países desarrollados, y en los últimos decenios se ha contagiado a las clases privilegia-- das de los países en vías de desarrollo (10); y Mé-

xico no parece escapar de este fenómeno como ha sido demostrado por Magaña y Cols. en un estudio reciente, en el que además pudieron comprobar como se ha extendido a otras clases menos privilegiadas (11); y esto se ha visto favorecido por la comercialización de los suplementos de la leche materna; así como también según revelan distintos estudios, por el papel negativo que desempeñan en general los hospitales en sus rutinas de alimentación del recién nacido, las que se estructuran según las conveniencias del equipo de administración médicos de tal manera que estorban el amamantamiento y favorecen el empleo de fórmulas preparadas para administrar mediante el uso de biberones; y se sabe, que las madres tienden a adoptar las prácticas no -- tradicionales observadas durante su estancia hospitalaria en el servicio de maternidad (11,12); a lo que hay que agregar aún el aumento en la frecuencia de las madres que trabajan fuera del hogar (11,13); por lo que consideramos que ha disminuído en forma importante la lactancia inicial al seno materno. Y si tomamos en cuenta lo que implica un suplemento de la leche materna la cual nunca será totalmente exacta, a lo que hay que agregar aún, que en la mayoría de las ocasiones las madres no saben preparar las fórmulas en forma adecuada por falta de orientación o por restricciones económicas, encontraremos frecuentemente que estando a sus hijos mezclas muy diluídas; por eso se ha hecho indispensable en la actualidad orientar e informar a las madres de la simplicidad de la lactancia al seno materno, evitandose el problema -- constante de comprar el suplemento de la leche ma-

terna, contribuyendo además a complicar aún más la delicada situación económica familiar; así como el preparar las fórmulas y esterilizar los biberones. Por otro lado, sabemos que la leche materna tiene una calidad que no puede ser alcanzada por ningún suplemento de ésta; ya que tiene una gran concentración de inmunoglobulinas A, C, M y D; las cuales confieren cierta inmunidad transitoria a el lactante en contra de las enfermedades comunes del medio ambiente en el que se les pueda encontrar (8,14,15,16); así mismo se ha demostrado que gracias a estas inmunoglobulinas los niños que han tomado la leche materna por determinado período están en una situación privilegiada en comparación a los otros niños que han sido alimentados con suplementos de ésta; ya que estos últimos, han demostrado ser más susceptibles a las enfermedades infecciosas, la desnutrición y a las gastroenteritis (17,18,); además otros estudios han relacionado el destete precoz con un incremento en la incidencia de alergia y eczema infantil (19), de alergia alimentaria (20) y de hipoplasia del esmalte (21).

Debido a diversos factores económicos y socio culturales, en la mayoría de los países subdesarrollados, la lactancia al seno materno aún continúa siendo demasiado prolongada (22); estos hallazgos también son propios de nuestro país, Pérez en un estudio que realizó en los grupos indígenas de la sierra lacandona de Chiapas en 1975 encontró que prácticamente ningún niño era destetado durante el

primer año de vida, y que el 33.3% de ellos aún - continuaban recibiendo leche materna a los 2 años de edad(23). Tomando en consideración estos antecedentes se hace muy necesaria la información a - los padres que en estudios recientes, en los países desarrollados se ha logrado comprobar que a - partir de los 3 meses de edad del lactante la leche materna se considera insuficiente para mantener el buen crecimiento y desarrollo, recomendando además el destete total desde esa edad (15). No -- obstante, en los países subdesarrollados estos estudios han demostrado ser más eficientes, utilizan do la introducción de otros alimentos semisólidos desde los 3 meses de edad, continuando con el seno materno, recomendándose el destete total a los 6 - meses de edad (24).

Diferentes encuestas revelan que en nuestra población existe una desorientación marcada con -- respecto a los requerimientos calóricos y nutricionales diarios (5); y consideramos aún más grave la falta de orientación referente a la ablactación; - de ahí que por regla general unas de las preguntas que frecuentemente les sean planteadas a los médicos familiares sean similares a las siguientes: -- ¿ A que edad es conveniente iniciar la ablactación en el lactante menor?, ¿ Con que alimentos se debe de iniciar?, ¿ En que forma se pueden ir introdu-- ciendo en la dieta del lactante?, etc..., etc....; por lo que es imprescindible para todo buen médico familiar estar preparado para saber orientar en --

forma óptima.

Referente a el inicio e introducción de alimentos semisólidos y sólidos a el lactante, aún - la mayoría de los autores no estan de acuerdo en las recomendaciones sobre la manera y el método - de introducirlos en la dietética habitual del niño; pero por lo general, recomiendan iniciarla en forma progresiva desde los 3 meses de edad, con - harinas y cereales, procurando un sólo tipo de alimento por vez, iniciando con 2 o 3 cucharaditas por día y de acuerdo a la tolerancia del lactante ir incrementando la ración, de modo que el niño - pueda acostumbrarse a ella en el curso de los días antes de que se quiera agregar otro tipo de alimento (25).

Finalmente considerando que a medida que el - lactante ha agregado a su dieta alimentos sólidos y ha llegado al año de edad, lo más práctico para continuar con una buena nutrición es seguir una - dieta que tenga los requerimientos calóricos y nutricionales según el peso ideal y la edad de cada persona; y según algunos nutriologos, los requerimientos recomendados para los primeros 5 años de edad son los siguientes (26).

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES POR EDAD EN Kg. DE PESO EN 24  
Hrs.

	1er año.	1 a 3 años.	3 a 5 años.
1.- Agua -----	150 ml.	125 ml.	100 ml.
2.- Calorías	100 a 120 cal.	90 a 100 cal.	80 a 90 cal.
3.- Proteínas	3 a 4 gr.	2 a 3 gr.	2 a 3 gr.
4.- Lípidos	3 a 4 gr.	3 a 3.5 gr.	2.5 a 3 gr.
5.- Glúcidos	12 a 13 gr.	10 a 11 gr.	8 a 10 gr.

VITAMINAS PARA 24 Hrs.

PRIMERA INFANCIA		SEGUNDA INFANCIA
1500 UI.	A.	5000 UI.
400 UI.	D.	600 UI.
30 mg.	C.	60 mg.
0.50 mg. Tiamina.		1 mg.
0.5 a 0.8 mg. Riboflavina .		2 mg.
4 a 6 mg. Ac. Nicotínico .		10 mg.
0.34 a 0.45 mg.	E.	0.45 a 0.54 mg.
5 microgramos.	K.	5 microgramos.
1 a 2 microgramos.	H.	1 a 2 microgramos.
1 a 2 microgramos.	B <sub>12</sub>	1 a 2 microgramos.
1 a 2 microgramos.	Ac. Fólico.	50 a 100 microgramos.

MINERALES PARA 24 Hrs.

PRIMERA INFANCIA		SEGUNDA INFANCIA
1 gr.	Calcio.	0.50 grs.
0.1 mg.	Cobre.	0.05 mg.
	Fósforo.	1. gr.
10 mg.	Hierro.	16 mgs.
2 microgramos.	Yodo.	2 microgramos.

Sabemos de antemano, que no somos los únicos

que hemos propuesto a la orientación nutricional --  
como un método más para contribuir a solucionar el  
problema de la desnutrición. En 1969, Patwardhan --  
consideró que la educación nutricional, sobre todo  
en los países tercermundistas contribuiría en gran  
manera a prevenir la desnutrición en muchos casos -  
(27).

## MATERIAL Y METODOS.

Se hizo un estudio de corte longitudinal, prospectivo, concurrente, observacional y comparativo - en el período comprendido de Enero a Octubre de --- 1985, en la U.M.F. N°. 2, del IMSS., de la delegación de Puebla.

Se seleccionaron al azar 50 niños del consultorio No. 28 AC, para que sus padres recibieran orientación nutricional; y como grupo testigo a otros 50 niños de distintos consultorios de la misma U.M.F. mediante el mismo método de selección.

Los criterios de inclusión para los niños de - ambos grupos fueron los siguientes:

- 1.- Edad: De un mes a 5 años.
- 2.- Sexo: Ambos.
- 3.- Desnutridos de I y II grado, excluyéndose los de III grado.
- 4.- Sin cuadros clínicos enterales crónicos.
- 5.- Sin síndrome de mala absorción.
- 6.- Sin intolerancia a los disacáridos.
- 7.- Sin ningún tipo de malformación congénita.

Se trabajo principalmente con las madres del - grupo en estudio con el siguiente método.

- 1.- Cita cada mes a las madres con sus respectivos hijos problemas.
- 2.- Información a cada una de las madres en -- forma verbal y escrita de los requerimientos calóricos y nutricionales según las edades y los pesos ideales indicados por la MF-8.
- 3.- Información de las clases de alimentos de los cuales pudieran obtener esos requerimien

tos.

- 4.- Información a las madres de evitar toda -- clase de alimentos chatarra.
- 5.- Valoración del aprovechamiento de la información según el incremento ponderal de los niños.

En la página N°. 16 se ejemplifica uno de los casos.

Para el segundo grupo ( control) se ignora por completo la clase de información que hayan podido - recibir las madres de los pequeños para su alimentación; el estudio, sólo se limitó a investigar si -- hubo o no mejoría en los déficits ponderales.

0261-41-0150 3F 83 OR PESO ACTUAL PESO IDEAL EDAD -  
FLORES GONZALEZ KARINA 10.500 Kg. 12. kg. 1.11 años  
 REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES POR EDAD EN KG. DE PESO EN 24 Hrs.

	1er. año.	1 a 3 años	3 a 5 años .
1.- Agua	150 ml.	125 ml.	100 ml.
2.- Calorías	100 a 120 calcs.	90 a 100 calcs.	80 a 90 calcs.
3.- Proteínas	3 a 4 gr.	2 a 3 gr.	2 a 3 gr.
4.- Lípidos	3 a 4 gr.	3 a 3.5 gr.	2.5 a 3 gr.
5.- Glúcidos	12 a 13 gr.	10 a 11 gr.	8 a 10gr.

---

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES ACTUALES PARA KARINA SEGUN PESO Y SU EDAD.

- 1.- Agua ----- 1 500 ml.
  - 2.- Calorías -- 1 200 calcs.
  - 3.- Proteínas - 36 gr.
  - 4.- Lípidos --- 36 gr.
  - 5.- Glúcidos -- 132 gr.
-

ALIMENTOS DE ALTO VALOR PROTEICO Y NUTRICIONAL, Y SU CONTENIDO EN PROTEINAS EN RACIONES DE 100 GRAMOS.

1.- Charales secos ---	68.3	gramos.
2.- Harina de soya ---	37.2	
3.- Queso añejo -----	29.8	
4.- Cacahuates -----	26.5	
5.- Atún enlatado ----	24.2	
6.- Hígado de res ----	22.9	
7.- Lentejas -----	22.7	
8.- Frijol negro -----	21.8	
9.- Garbanzo -----	21.0	
10.- Carne de Pollo----	20.6	
11.- Róbalo -----	20.0	
12.- Carne de res -----	19.5	
13.- Frijol promedio --	19.2	
14.- Sardina -----	18.7	
15.- Almendra -----	18.3	
16.- Yema de huevo.-----	16.0	
17.- Queso Fresco -----	15.5	
18.- Carne de cerdo.----	15.2	
19.- Nuez -----	14.6	
20.- Avena -----	13.8	
21.- Huevo entero .-----	12.9	
22.- Chícharos. -----	9.9	
23.- Arróz.-----	7.7	

EVITAR REFRESCOS ENBOTE-  
LLADOS Y GOLOSINAS EN GE  
NERAL ( dulces, gansitos  
pastelitos, etc...) NO -  
UTILIZAR COMO ALIMENTOS  
CALDOS Y JUGOS DE CARNES.  
EVITAR LAS SOPAS DE PASTA.

## R E S U L T A D O S

De los 50 niños del grupo "A" que fueron estudiados, 35 de ellos eran del sexo femenino, y 15 del masculino ( cuadro No. 1).

El promedio de edad inicial fue de 1.73, y el final de 2.35 años respectivamente; y el promedio de asistencia a las citas de las consultas fue de 3.52 ( cuadro No. 2).

En 37 de los integrantes de este grupo hubo - mejoría de el déficit ponderal, ya que disminuyó - en forma considerable, y en algunos casos sólo existió en forma mínima debido a que el peso final estuvo dentro del rango normal y muy próximo al -- ideal; inclusive, encontramos 4 casos que lograron superar aún su peso ideal. No obstante, en los 13 casos restantes encontramos que habían incrementado aún su déficit ponderal inicial en menor o mayor grado ( cuadro No. 3, gráfica No. 1).

Al comparar el déficit ponderal inicial con - el final y haciendo la diferencia entre ambos, encontramos un promedio general de decremento en --- 4.72 %, con una mediana de 4.42 %, el desvío medio fue de 0.00 % y la desviación estándar de 5.91 % - (cuadro No. 4).

En el grupo "B" ( control), hubo 32 niñas y - 18 niños, muy similar al grupo precitado en lo que concierne a el sexo ( cuadro No. 1 ).

El promedio de edades ( inicial y final), aún

que un poco menor también fue similar a el grupo en estudio, ya que el promedio inicial fue de --- 1.48 y el final de 2.06 años; y el promedio de -- asistencia a consultas resultó ser de 3.84, un - poco mayor a el promedio encontrado en el grupo - "A" ( cuadro No. 2 ).

Hubo una diferencia significativa en rela--- ción a los casos que lograron disminuir su defí-- cit ponderal, ya que en este grupo sólo 25 niños lo lograron, y sólo uno logró superar su peso i-- deal; otro se mantuvo estable y al final del estu-- dio no existió modificación en su déficit ponde-- ral; mientras que en los 24 casos restantes se en-- contró que habían incrementado aún más su deficit ponderal ( cuadro No. 3, gráfica No. 1 ).

Al efectuar la diferencia de los déficit pon-- derales finales en relación a los iniciales, tam-- bién hallamos un promedio de decremento en un 1.20% mucho menor a el obtenido en el grupo "A", y la me-- diana fue de 0.11 %, lo cual refleja un mayor ale-- jamiento del promedio, y esto es comprobado con -- los resultados de las medidas de dispersión, ya -- que se encontró un desvío medio de 0.09 % y una -- desviación estándar de 6.87 % ( cuadro No. 4 ).

La  $X^2$  que fue el método estadístico de signi-- ficancia utilizado, tuvo un valor de 6.1, el cual en las percentilas de la  $X^2$  se encuentra una "p" -

menor de 0.02 y mayor de 0.01, y estos hallazgos -- justifican el presente trabajo de investigación y promete que si se continúa orientando a la pobla-- ción en general referente a la importancia de la -- nutrición de buena calidad, disminuiría la frecuen-- cia de la desnutrición.

En el cuadro No. 4, se dan algunos detalles -- estadísticos más específicos para los casos que -- presentaron incremento y decremento en su déficit ponderal; y comprueban una vez más como el grupo -- que estuvo orientación nutricional tuvo mejores -- resultados aún en los casos que incrementaron el -- déficit ponderal inicial.

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

CUADRO No. 1  
 " ORIENTACION NUTRICIONAL A PADRES DE  
 NIÑOS DESNUTRIDOS " .  
 DISTRIBUCION POR SEXOS EN AMBOS GRUPOS

SEXOS .	GRUPO "A"		GRUPO "B"	
	No. de casos	%	No. de casos	%
FEMENINO.	35	70%	32	64%
MASCULINO.	15	30%	18	36%
TOTAL.	50	100%	50	100%

FUENTE: Encuesta personal.

CUADRO No. 2  
 "ORIENTACION NUTRICIONAL A PADRES DE  
 NINOS DESNUTRIDOS".  
 PROMEDIOS DE EDADES ( INICIAL Y FINAL) EN  
 AMBOS GRUPOS, Y DE ASISTENCIA A LAS CITAS  
 DE CONSULTAS EN AMBOS GRUPOS.

PROMEDIOS.	GRUPO "A"	GRUPO "B "
EDAD INICIAL	1.73 años.	1.48 años.
EDAD FINAL	2.35 años.	2.06 años.
ASISTENCIA A CONSULTAS.	3.52 consultas	3.84 consultas

FUENTES: Encuesta personal.

## CUADRO No. 3

"ORIENTACION NUTRICIONAL A PADRES DE NIÑOS  
DESNUTRIDOS".DISTRIBUCION DE CASOS QUE LOGRARON O NO DISMI-  
NUIR SU DEFICIT PONDERAL EN AMBOS GRUPOS.

DEFICIT PONDERAL	GRUPO "A"		GRUPO "B"	
	No. CASOS.	%	No. CASOS	%
DECREMENTO	37	74%	25	50%
INCREMENTO	13	26%	25	50%
TOTAL:	50	100%.	50	100%

FUENTE: Encuesta personal.

## CUADRO No. 4

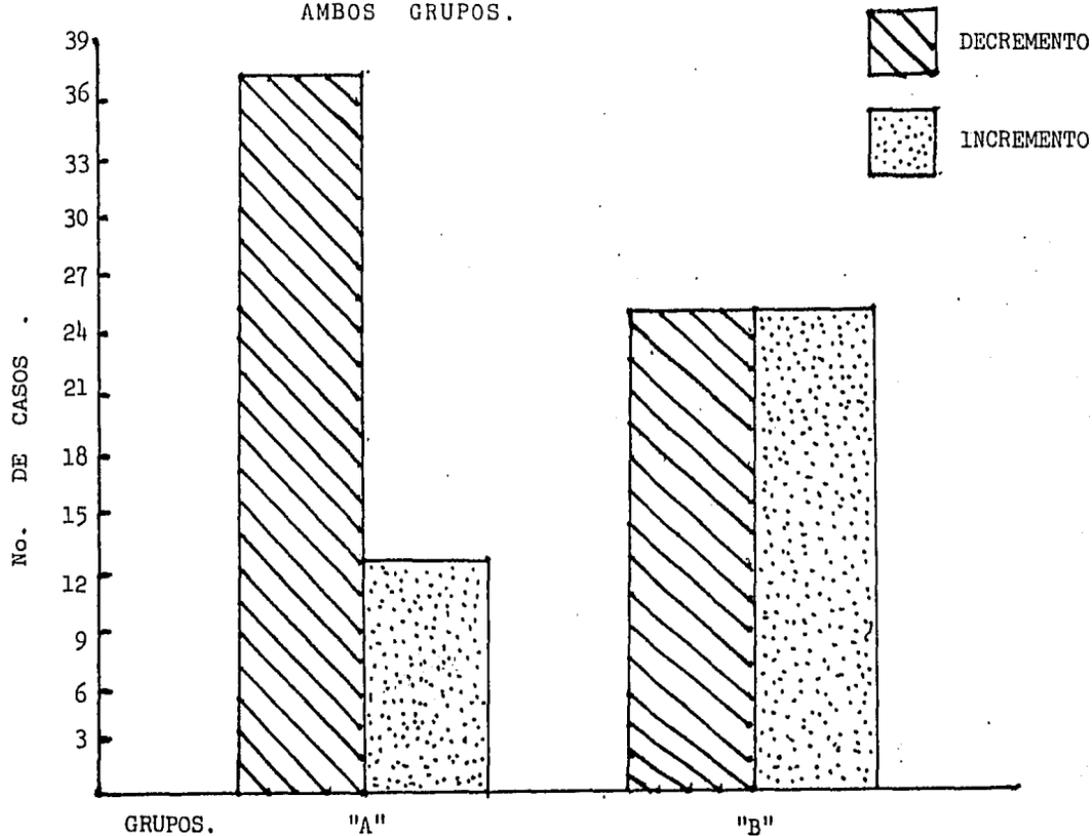
"ORIENTACION NUTRICIONAL A PADRES DE NIÑOS  
DESNUTRIDOS".MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DE DISPERSION EN  
AMBOS GRUPOS.

MEDIDAS	GRUPO "A"	GRUPO "B"
PROMEDIO GENERAL	4.72 %	1.20 %
MEDIANA GENERAL	4.42 %	0.11 %
PROMEDIO ESPECIFICO DECREMENTO	7.29 %	6.17 %
MEDIANA ESPECIFICA DECREMENTO	6.50 %	3.61 %
PROMEDIO ESPECIFICO INCREMENTO	-2.57 %	-3.92 %
MEDIANA ESPECIFICA INCREMENTO.	-2.71 %	-3.36 %
DESVIO MEDIO GENERAL ( D.M.).	0.00 %	0.09 %
DESVIACION ESTANDAR GENERAL(D.E)	5.91 %	6.87 %
D.M. ESPECIFICO DECREMENTO.	1.89 %	4.99 %
D.E. ESPECIFICA DECREMENTO.	4.52 %	7.82 %
D.M. ESPECIFICO INCREMENTO.	-7.29 %	-5.04 %
D.E. ESPECIFICA INCREMENTO.	7.67 %	6.06 %

FUENTE: Encuesta personal.

"ORIENTACION NUTRICIONAL A PADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS".

DISTRIBUCION DE CASOS QUE LOGRARON O NO DISMINUIR SU DEFICIT PONDERAL EN  
AMBOS GRUPOS.



## CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos, hemos encontrado que no importa la edad ni el sexo de los niños, para que recuperen el déficit ponderal en relación al peso ideal, que ha sido perdido -- previamente por el uso de técnicas de nutrición -- no recomendadas; ya que cuando los padres de estos pequeños reciben educación nutricional y utilizan mejores métodos de nutrición, incluso pueden superar su peso ideal; siempre y cuando, el niño no -- padezca alguna enfermedad crónica o sufra enfermedades triviales frecuentemente.

Además, el grupo control, en el que desconocemos la información otorgada a los padres para el control de la desnutrición de sus hijos, tuvo mayor número de consultas en relación al grupo estudiado, aunque es muy difícil asegurarlo, los padres de los niños del grupo "B" ( control ) no recibían orientación nutricional; o tal vez, la recibían, pero era muy superficial y de ninguna manera comparada a la que estaba recibiendo el grupo en estudio.

En el presente estudio comprobamos, que la -- información adecuada en forma verbal y escrita de los requerimientos calóricos y nutricionales, según el peso ideal de determinada edad, influye de manera importante a la mejoría del grado de nutrición en la mayoría de los casos ( p menor de 0.02

y mayor de 0.01).

Consideramos además, que algunos alimentos - con buena concentración y calidad de proteínas -- evidentemente son inalcanzables para el grueso de nuestra-población, sobre todo que aún es común en contrar en nuestros consultorios familias con más de 5 hijos; pero en el presente trabajo hemos logrado buenos resultados aún con este tipo de familias; por lo que concluimos además, que sabiendo orientar a las personas en la forma de cambiar un nutriente de buena calidad que en el mercado tiene un costo elevado, debido a las continuas devaluaciones de nuestra moneda, por otro de una calidad similar y de menor precio, puede solucionar - estos tipos de problemas, evitándose así empeorar la nutrición.

## R E S U M E N

Se hizo un estudio de corte longitudinal, prospectivo, concurrente, observacional y comparativo en el período comprendido de Enero a Octubre de 1985 en la U.M.F. No. 2 del IMSS. de la delegación de Puebla.

Se seleccionaron 50 años del consultorio - No. 28 AC con diferente déficit ponderal, incluyendo sólo a los desnutridos de I y II grado; como grupo control se seleccionaron 50 niños más - con las mismas características en los distintos consultorios de la misma U.M.F.; en este grupo - se desconoce por completo la clase de información que hayan podido recibir para mejorar su déficit ponderal; mientras que para el primer grupo, se les otorgó información verbal y escrita - acerca de los requerimientos calóricos y nutricionales según el peso ideal indicados por la MF 8, así como la clase de alimentos de los cuales pudieran suplirlos; informándoles además, evitar el uso de toda clase de alimentos chatarra.

En el primer grupo, 37 de ellos mejoraron - su déficit ponderal inicial, y los 13 restantes lo incrementaron en forma mínima; mientras que - para el segundo grupo, sólo 25 de ellos lograron disminuirlo, y el promedio de incremento de los 25 casos restantes fue mayor al del primer grupo.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Ramos GR. Desnutrición un componente del síndrome de privación social. Gac Méd Méx 1966;96: 929 - 35.
- 2.- Mitchell SH. Desnutrición problema mundial. En Mitchell SH, Rynberger HJ, Dibble MV, Nutrición y dieta. 12 va ed, México DF: Nueva Editoreal In Interamericana, SA de CV, 1978: 291- 313.
- 3.- Magaña DP. ¿ Que es la culebrilla?. En Rivera DJ, Casanueva HE, Estudios epidemiológicos sobre desnutrición infantil en México, 1900-1980. Ira ed, México DF: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982: 23-7 .
- 4.- Torroella OJ. Desnutrición. En Torroella OJ, - Pediatría. Ira Ed, México DF: Francisco Méndez - Oteo Ed, 1977: 117-25.
- 5.- Márquez AA, Cano PG. Algunas consideraciones - sobre la desnutrición en México. Bol Méd IMSS -- 1972; 14: 78-88.
- 6.- Ribeiro GY. Asistencia alimentaria por medios de centros de educación y alimentación del pre-escolar. Bol Of Sanit Panam 1973;74: 302-14.
- 7.- Sotelo MA. Alimentos de gran valor proteínico para lactantes y pre-escolares. Bol Méd IMSS --- 1974: 16:163-70.
- 8.- Wofcy DR. El niño enfermo. En Ucha MJ, Wofcy - DR, Chiarrantano MR, Pirotta UE, ed Alimentación del niño sano y enfermo. Ira ed. Buenos Aires Ar gentina: Editoreal Médica Panamericana SA, 1978: 195-229.
- 9.- Beghin VI, Canto MJ, Teller HC. Desnutrición, desarrollo nacional y planificación. Bol of Sanit Panam 1980:89: 505-13.
- 10.-Jellife DB, Jellife EP. Leche materna y otros - alimentos caseros. Bol Of Sanit Panam 1973;74:356 -60.

- 11.- Magaña CA, Padilla GL, García EJ. Algunos aspectos epidemiológicos de la lactancia materna en la población derechohabiente de la seguridad social en México. Rev. Méd. IMSS 1981;19: 91-8.
- 12.- Gueri MA, Jutsum PM, Hoyte RF. Lactancia al pecho materno en Trinidad. Bol Of Sanit Panam 1980;89:497-504.
- 13.- Seminario sobre nutrición. La nueva familia urbana. Arch Dom Ped 1972; 8:113-7.
- 14.- Jellife DB, Jellife EP. El valor incomparable de la leche humana. Bol Of Sanit Panam --- 1971;71:253-5.
- 15.- Jellife DB, Jellife EP. The volume and composition of human milk in poorly nourished communities. A review. Am J Clin Nutr 1978; 31:492-515.
- 16.- Ronayne AP, Slobodianik HN, López DN, Sambucetti EM, Sanahuja CJ. Immunoglobulin A level in human milk from mothers delivering preterm. Am J Clin Nutr 1984;40:465-7.
- 17.- Robinson MS. Infant Morbidity and mortality: A study of 3266 infants. Lancet 1951;I:788-93.
- 18.- González MJ, López BI, Ravera PR. Lactancia natural y nivel de salud. Bol Of Sanit Panam - 1985; 98: 549-56.
- 19.- Applebaum RM. The modern management of successful breast feeding. Pediat Clin North Amer 1970;17:203.
- 20.- Leberthal EP. Cows milk protein allergy. Pediat Clin North Amer 1975;22:827.
- 21.- Stemmler GJ. Dental defects associated with neonatal symptomatic hypocalcaemia. Arch Dis - Child 1973;48:217.
- 22.- Hurtado JJ. Determinantes culturales en la selección de alimentos. Bol Of Sanit Panam --- 1984;96:364-8.

- 23.- Pérez HP. La situación nutricional de la población rural de los altos de Chiapas. Salud -- Pública de México 1975;17:235.
- 24.- Victoria GC, Patrick VJ, Martines CJ, Barce-- los BL. ¿Is prolonged breast-feeding associated with malnutrition?. Am J Clin Nutr 1984; 39:307 - 14.
- 25.- Pirotta UE. Introducción de alimentos semisólidos y sólidos en la dietética habitual del -- lactante. En Ucha MJ, Wofcy DR, Chiarrantano -- MR, Pirotta UE, Alimentación del niño sano y en -- fermo. Ira ed, Buenos Aires Argentina: Editore-- real Médica Panamericana S.A., 1978: 167-9.
- 26.- Chiarrantano MR. El niño sano. En Ucha MJ, -- Wofcy DR, Chiarrantano MR, Pirotta UE, Alimenta -- ción del niño sano y enfermo. Ira ed, Buenos Ai -- res Argentina: Editoreal Médica Panamericana -- S.A., 1978:12-44.
- 27.- Patwardhan NV. Consideraciones generales so-- bre la prevención de la mal nutrición. Bol Of -- Sanit Panam 1969; 66: 493-8.