

112202ef
162
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
H. G. DE Z. No. 1, CD. OBREGON, SONORA.



Estudio Comparativo en la Ablactación Temprana y Tardía.

TESIS

Para Obtener la Especialidad en:

MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Dr. Raúl López Lizarde

Cd. Obregón, Son.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Enero de 1985



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

RESUMEN-----	1
INTRODUCCION-----	2
OBJETIVOS-----	8
MATERIAL Y METODOS-----	9
RESULTADOS-----	12
DISCUSION-----	30
CONCLUSIONES-----	37
BIBLIOGRAFIA-----	38

R E S U M E N

Se estudiaron 72 recién nacidos durante el lapso comprendido del 1 de febrero al 1 de agosto de 1984, como fase preliminar de una investigación a seis años que se efectuará en el Hospital General de Zona y en la Unidad de Medicina Familiar No 1 de Cd. Obregón, Sonora. Con la finalidad de conocer la edad óptima de ablactación, por la gran controversia que existe en la literatura médica internacional.

A todos los pacientes se les evaluó antecedentes alérgicos, obesidad, condiciones socioeconómicas y culturales de las madres, antropometría y evaluación del estado de salud en forma mensual durante seis meses; divididos en dos grupos el A con ablactación temprana desde el primer mes y el B con ablactación tardía a los cuatro meses.

Al comparar los resultados no hubo diferencias significativas - hasta el momento, pero aún es prematuro el tiempo de vigilancia para obtener conclusiones categóricas que permitan determinar el esquema que proporcione mayores beneficios. Situación que esperamos se precise en el futuro.

INTRODUCCION

La alimentación durante el primer año de la vida es muy importante desde el punto de vista físico y mental por su repercusión en el crecimiento y desarrollo. Esta debe cumplir con las leyes básicas de la alimentación, que son: a).- Suficiente: que cubra las demandas energéticas del organismo. b).- Completa: que contenga todos los nutrientes esenciales. c).- Equilibrada: que los nutrientes guarden proporción óptima. d).- Adecuada: de acuerdo a la edad y desarrollo funcional y e).- Pureza : que sea higiénica y libre de germenos.(1)

Algunos de los mecanismos fisiológicos del tracto gastrointestinal muestran un patrón evolutivo, alcanzando la mayoría de estos su madurez de los 4 a 6 meses de edad.(2) Los carbohidratos son ingeridos en forma de almidones y disacáridos, aunque en lactantes menores la fuente principal es la lactosa; la digestión se lleva a cabo por las disacaridasas que hidrolizan a la sacarosa y lactosa, (3) ----

Mecanismo que se establece desde el nacimiento en forma adecuada, -
(2) no así la producción de amilasa pancreática que hidroliza los -
almidones, y que presenta actividad progresiva suficiente a partir -
de los 3 meses; motivo por el que se contraindica la introducción de
éste alimento en la dieta antes de esa edad.(4)

Las grasas de la dieta son ingeridas en forma de triglicéridos -
de cadena larga y transformados por medio de la lipasa pancreática -
en monoglicéridos y ácidos grasos libres, interviniendo también en -
el metabolismo las sales biliares que disminuyen la tensión superfi -
cial y facilitan la dispersión de los triglicéridos en agua, para -
así ser absorbidos por la mucosa intestinal.(2,3) Algunos estudios -
han observado una menor capacidad de síntesis de sales biliares en
el recién nacido produciéndose coeficientes de absorción de grasas -
disminuidos,(5) a pesar de que la hidrólisis es normal, ya que la -
actividad de la lipasa pancreática es adecuada desde el nacimiento.

(1)

Por otra parte los ácidos grasos libres insaturados y los triglicéridos de cadena media, no necesitan de los mecanismos anteriores, - por efectuarse su absorción a través de difusión simple y facilitada (3)

Para la absorción adecuada de las proteínas estas son metabolizadas por enzimas pancreáticas en péptidos pequeños y es en las células epiteliales donde se completa la hidrólisis.(3) En los primeros meses existe una inadecuada permeabilidad de la membrana y deficiente proteólisis intracelular, debido a una función lisosomal inmadura - lo que permite el paso de macromoléculas potencialmente antigénicas - y que aparentemente se modifica a los 4 meses.(2,6) Siendo el factor primordial en la probable aparición de fenómenos alérgicos dietéticos en edades posteriores,(2) también esto está facilitado por una menor producción de anticuerpos IgA secretorios que alcanzan niveles apreciables hasta los 7 meses de edad.(7,8)

Otro aspecto es que la introducción de alimentos diferentes a la-

leche se ve dificultado por la incoordinación neuromuscular durante los primeros 4 meses de vida, sustentado por varios autores; (7,9) manifestado por una deficiente coordinación de los músculos de los labios y las mandíbulas durante la permanencia de alimento en la cámara bucal, la habilidad para sostener erecta la cabeza y mantenerse sentado. (2,7,9) Otros autores refieren que es a los 2 y medio meses cuando se alcanzan estas habilidades.

Existe gran controversia en la literatura entre la repercusión de la ablactación temprana con respecto a la obesidad en la etapa escolar y/o adulta (2,7,10,11) e inclusive con índices pronósticos del 37,5% de probabilidades, pero con un alto índice de variables socioeconómicas y culturales, (12) que no permiten afirmar estos pronósticos.

También se ha mencionado que la sobrenutrición en la infancia temprana modifica el crecimiento del tejido graso en forma hiperplásica mientras que en las etapas posteriores se considera hipertrófica, por ende predispone a obesidad en la etapa adulta hasta en un 80% de los

lactantes obesos y además son resistentes al tratamiento.(10,13) -
Fomon y Col. mencionan que la ablactación temprana favorece la obesidad en el niño debido a que inhibe el desarrollo de hábitos que permiten al pequeño demostrar su interés o desinterés por un alimento o manifestar que se ha saciado. Señalan que antes de la edad de 6 meses sugerida por ellos, los niños pueden estar siendo alimentados de manera forzada.(16)

En contraposición a esta tendencia, de ablactación tardía, están los trabajos realizados por Jelliffe, que propone iniciarla en forma temprana, introduciendo los alimentos gradualmente de acuerdo a la capacidad digestiva del lactante, con la ventaja que se puede descubrir en un momento dado la existencia de hipersensibilidad alimentaria y se le permite al niño adaptarse a cada alimento.(14)

En forma tradicional en el lactante menor se sigue un esquema de ablactación, que en las últimas tres décadas ha intentado uniformarse sobre todo por estudios que se han llevado en niños latinoamericanos

y que tratan de introducir un alimento distinto en forma mensual de acuerdo a la capacidad digestiva del lactante. Las ventajas son: a).- Instituirlo en forma progresiva para completarla a 6 meses. b).- Poder atribuir con facilidad una relación causa efecto en hipersensibilidad alimentaria. c).- Conocer en un momento dado la alimentación que recibe el niño. y d).- Permitir tiempo suficiente para que se adapte al nuevo alimento. Sin embargo en los últimos años existe una corriente en los Estados Unidos de iniciar la ablactación en forma tardía con el objeto de disminuir la frecuencia de obesidad y fenómenos alérgicos con la alimentación que recibe el paciente pediátrico y sobre todo durante la etapa de lactancia en la cual existen innúmeros factores que influyen en forma importante en estos fenómenos; por lo tanto la mayoría no puede afirmar o negar esta participación como hecho categórico. Hasta el momento no conocemos un estudio prospectivo que nos permita definir una actitud científica sobre el beneficio de la ablactación temprana o tardía.

Tales hechos justifican el realizar un estudio para evaluar las diferencias entre ablactación temprana y tardía y así poder seleccionar el mejor método de ablactación en el lactante.

OBJETIVOS

- 1.- DETERMINAR DIFERENCIAS ENTRE LA ABLACTACION TEMPRANA Y TARDIA.**

- 2.- DEMOSTRAR CUAL DE LOS ESQUEMAS DE ABLACTACION PROPORCIONA MAYORES BENEFICIOS.**

- 3.- DETERMINAR A CORTO PLAZO LOS RIEZGOS INHERENTES EN LA ABLACTACION TEMPRANA.**

MATERIAL Y METODOS

La investigación se efectuó en el Hospital General de Zona y en la Unidad de Medicina Familiar No 1 de Cd. Obregón, Sonora. En el lapso comprendido del 1 de febrero al 1 de agosto de 1984.

Se estudió a 72 recién nacidos durante 6 meses, divididos en dos grupos; el A incluyó 46 pacientes y el grupo B, 26. A las madres de los pacientes se realizó un cuestionario durante la entrevista en las primeras 72 horas del nacimiento, instruyéndolas según el grupo al que correspondió en forma aleatoria.

Se excluyeron del estudio los recién nacidos, con alguna patología como la siguiente: a).- Prematuridad. b).- Bajo peso al nacimiento c).- Cualquier enfermedad perinatal que ameritó hospitalización por más de 10 días. d).- Y los que abandonaron el estudio antes del término del mismo.

A los pacientes del grupo A se alimentó con ablactación temprana, bajo el esquema siguiente: 1er mes: jugo de frutas; 2do mes: frutas; 3er mes: cereales; 4to mes: yema de huevo; 5to mes: verduras - y 6to mes: carnes. En el grupo B se inició ablactación tardía a los 4 meses con frutas y verduras; 5to mes: cereales y yema de huevo y 6to mes: carnes.

Ambos grupos fueron vigilados mensualmente, evaluándose: aceptación de la dieta, estado de salud, valoración clínica y antropometría (peso, talla, perímetro cefálico, perímetro torácico y perímetro de brazo). Este control se realizó por un solo investigador, con los mismos instrumentos de medición, tratando de disminuir el factor de error humano al mínimo.

Los resultados fueron comparados con las tablas percentilares de Ramos Galvan y la significancia estadística con la T de Student- aplicando un nivel de significancia de 0,05, con un nivel de confianza de 95%.

Este estudio, es una fase preliminar de una investigación a seis años y en lo futuro llevaremos a cabo controles trimestrales durante los primeros 2 años y semestrales los siguientes 4. Con evaluaciones comparativas anuales entre los tipos de ablactación y su correlación con las tablas percentilares mencionadas.

R E S U L T A D O S

Se estudiaron 72 recién nacidos hasta los 6 meses de edad - en el Hospital General de Zona y en la Unidad de Medicina Familiar No 1 de Cd. Obregón, Sonora. En el lapso comprendido del 1 de febrero al 1 de agosto de 1984. Divididos en dos grupos: el grupo A de ablactación temprana, que incluyó 46 niños (63.88%) y el grupo B de ablactación tardía con 26 casos (36.11%).

Al analizar el sexo de los pacientes, en el grupo A se integró a 21 masculinos (45.65%) y 25 femeninos (54.34%) y en el grupo B, 15 masculinos (57.69%) y 11 femeninos (42.30%).

En relación al peso, se encontró que en el grupo A, el promedio en el recién nacido fue de 3 342 g \pm 483 g que corresponde a la percentila 50 para su edad; mientras que a los 6 meses de edad un promedio de peso de 8 078 g \pm 810 g, ubicándose entre las percentilas 50 y 75. El grupo B inició en la percentila 50

(peso promedio al nacer de 3 294 g \pm 448 g), permaneciendo -
 en el mismo canal percentilar a los 6 meses (7 762 g \pm 733 g).
 Obteniendo al comparar estadísticamente ambos grupos una T de -
 Student no significativa. (Gráfica 1)

La talla en el grupo A demostró en el recién nacido un pro-
 medio de 50.80 cm \pm 2.44 cm (percentila 75) y a los 6 meses -
 de 67.06 cm \pm 2.20 cm (entre las percentilas 50 y 75) y en el
 grupo B, en el recién nacido el promedio fué de 49 cm \pm 2.09 cm
 (entre las percentilas 25 y 50) y a los 6 meses de 65.88 cm -
 \pm 3.63 cm (percentila 50). Obteniendo al comparar estadística-
 mente ambos grupos una T de Student no significativa. (Gráfi-
 ca 2)

El promedio del perímetro cefálico en el grupo A, al mes de
 edad fué 37.58 cm \pm 1.22 cm (entre las percentilas 50 y 75) y
 a los 6 meses 42.57 cm \pm 1.43 cm (entre las percentilas 10 y -
 25) y en el grupo B al primer mes 37.35 cm \pm 1.54 cm (entre -
 las percentilas 50 y 75) y al sexto mes 42.14 cm \pm 1.10 cm (-

(percentila 10). Obteniendo una T de Student no significativa. (Gráfica 3)

El promedio del perímetro torácico en el grupo A al mes de edad fué de $37.65 \text{ cm} \pm 1.96 \text{ cm}$ (entre las percentilas 75 y 90) y a los 6 meses $43.81 \text{ cm} \pm 1.09 \text{ cm}$ (percentila 50) y en el grupo B, al primer mes $37.56 \text{ cm} \pm 1.09 \text{ cm}$ (percentila 50) y al sexto mes $42.96 \text{ cm} \pm 1.87 \text{ cm}$ (entre las percentilas 50 y 75). Obteniendo una T de Student no significativa estadísticamente. (Gráfica 4)

El promedio del perímetro de brazo en el grupo A al mes de edad fué de $11.81 \text{ cm} \pm 2.30 \text{ cm}$ (percentila 75) y a los 6 meses $14.16 \text{ cm} \pm 1.21 \text{ cm}$ (percentila 75) y en el grupo B, $11.98 \text{ cm} \pm 1.07 \text{ cm}$ al primer mes (percentila 75) y $14.00 \text{ cm} \pm 1.08 \text{ cm}$ al sexto mes (percentila 75). Con una T de Student no significativa. (Gráfica 5)

En relación a los antecedentes familiares de atopia no hubo evidencia en el grupo A; mientras que en el grupo B existieron 7 casos (26.92%), no observando en ambos grupos de lactantes evidencia de alergia durante los 6 meses de observación. (Tabla 3)

En cuanto a los antecedentes familiares de obesidad; se encontraron en el grupo A, 9 niños (19.56%) y solo uno presentó una desviación estándar arriba de la percentila 97. En el grupo B, los familiares con obesidad fueron 8 (30.76%) y no encontramos sobrepeso en los pacientes. (Tabla 3)

La escolaridad de las madres fue la siguiente: En el grupo A 17 con primaria (37%), 13 con secundaria (28.2%), 10 comercio (21.7%) y 6 preparatoria (13.0%). Y en el grupo B, una analfabeta (3.0%), 12 primaria (46.1%), 6 secundaria (23%), 5 comercio (19.2%) y 2 profesional (7.7%). Tabla 4

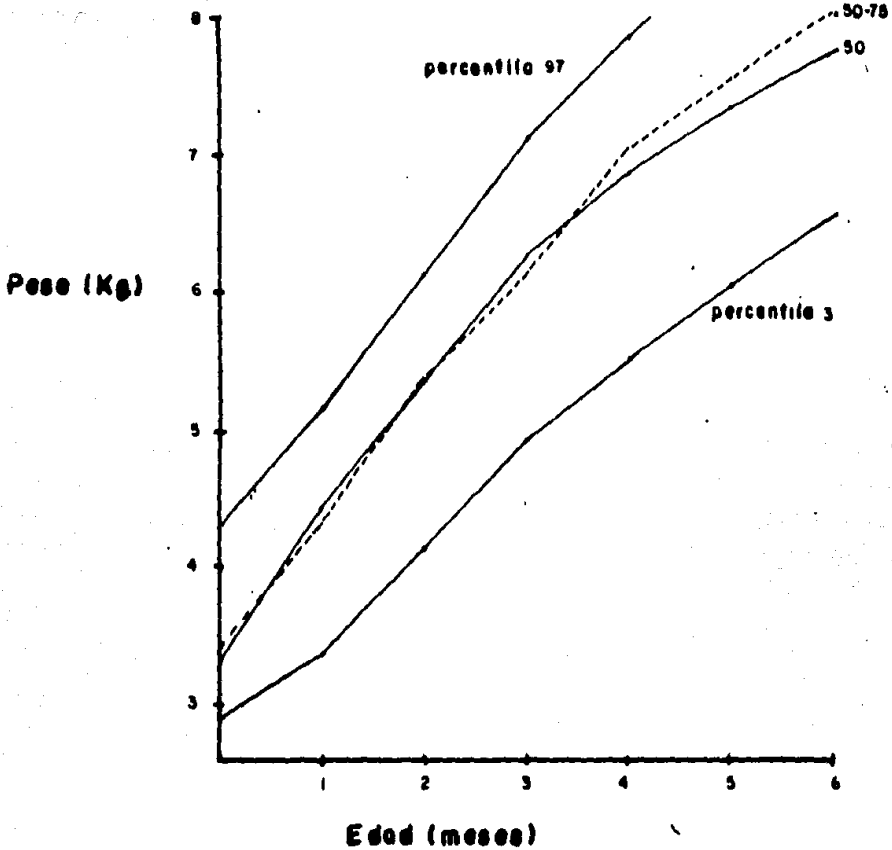
En cuanto a la ocupación de las madres en el grupo A el 93.45 % (43) se dedicaban al hogar y el 6.52% (3) trabajan (2 empleadas y una obrera). En el grupo B, 24 (92.30%) se dedicaban a labores domésticas y 2 (7.69%) trabajan (1 enfermera y otra empleada). Observando similitud de ocupación en ambos grupos. (Gráfica 6)

En relación a la patología presentada observamos: Síndrome - diarreico en 38 casos, de los cuales 20 (52.63%) correspondieron al grupo A y 18 (47.36%) al grupo B; mostrando 4 pacientes 3 cuadros, 7 niños 2 y el resto 1 sólo, durante los seis meses. - Las infecciones de vías aéreas superiores fueron 39 casos: 21 (53.84%) correspondieron al grupo A y 18 (46.15%) al grupo B y en cuanto a las infecciones de vías aéreas inferiores se observaron en 4 casos: 1 (25%) correspondió al grupo A y 3 (75%) al grupo B. No mostrando diferencias en cuanto a la frecuencia de los padecimientos en general. (Table 5)

Al analizar la forma de alimentación materna se observó que en el grupo A la recibieron 36 niños (78.26%): Durante 6 meses 7 (19.44%), 3 meses en 5 (13.88%), 2 meses en 12 (- 33.33%) y solo un mes en 12 (33.33%). Mientras que en el grupo B la recibieron en total 21 niños (80.76%) en la forma siguiente: 15 por 6 meses (71.42%), 1 por 5 meses (4.76%), 1 por 3 meses (4.76%) y 4 (19.04%) menos de un mes. La mayoría de ambos grupos se alimentó con seno materno y leche industrializadas y solamente en 4 pacientes leche materna exclusivamente. (Gráfica 7)

Peso en ablactación temprana y tardía y su relación percentilar.

Gráfico 1



FUENTE: UMF # 1, CD. OBREGON, SON. DEL 1 de FEBRERO AL 1 de AGOSTO DE 1984.

----- Ablactación temprana.
 ————— Ablactación tardía.

VALORACION DEL CRECIMIENTO EN NIÑOS CON ABLACTACION TEMPRANA

	RECIENTE NACIDO	6to mes	aumento
PESO (g)	3 342	6 078	4 736
TALLA (cm)	50.80	67.06	16.26
PERIMETRO (cm) CEFALICO	35.20	42.57	7.30
PERIMETRO (cm) TORACICO	34.70	43.81	9.11
PERIMETRO DE BRAZO (cm)	10.59	14.14	3.55

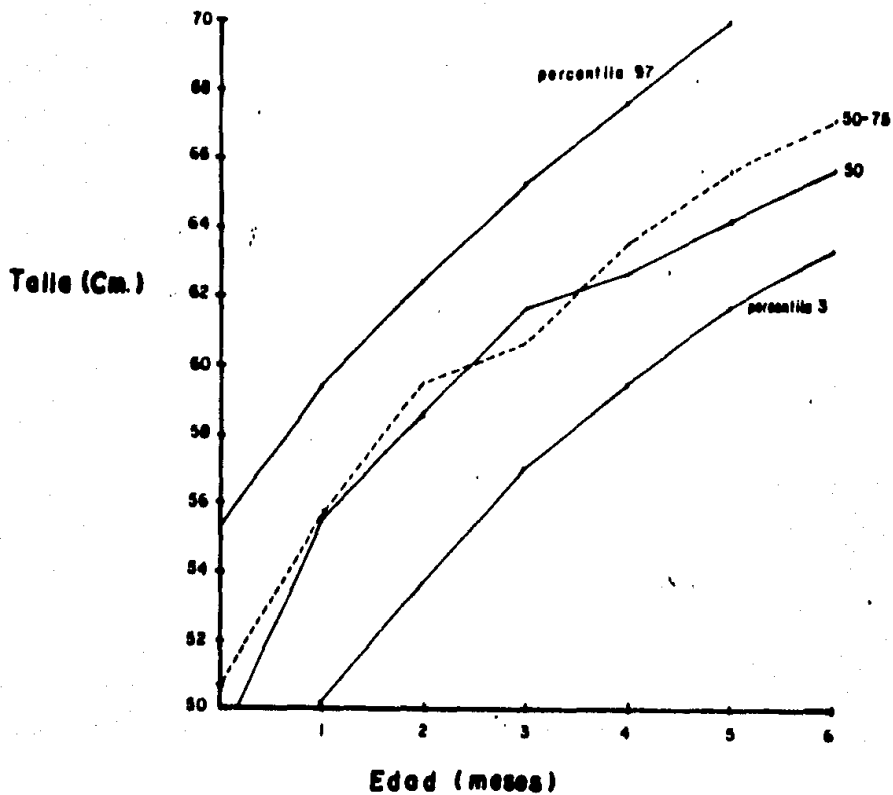
VALORACION DEL CRECIMIENTO EN NIÑOS CON ABLACTACION TARDIA

	RECIENTE NACIDO	6to mes	GANANCIA
PESO (g)	3 294	7 762	4 468
TALLA (cm)	49	65.72	16.72
PERIMETRO (cm) CEFALICO	34.95	42.14	7.19
PERIMETRO TORACICO (cm)	33.52	42.96	9.44
PERIMETRO DE BRAZO (cm)	11.18	14.00	2.82

FUENTE: UMF # 1, Cd. Obregón, Son. Del 1 de febrero al 1 de agosto de 1984.

**Talla en ablactación temprana y tardía
y su relación porcentilar.**

Gráfico 11



FUENTE: UMF # 1, CD. OBREGON, SON. DEL 1 de
ENERO AL 1 de AGOSTO DE 1984.

----- Ablactación
temprana.

———— Ablactación
tardía.

COMPARACION DEL INCREMENTO EN 6 MESES
ENTRE ABLACTACION TEMPRANA Y TARDIA

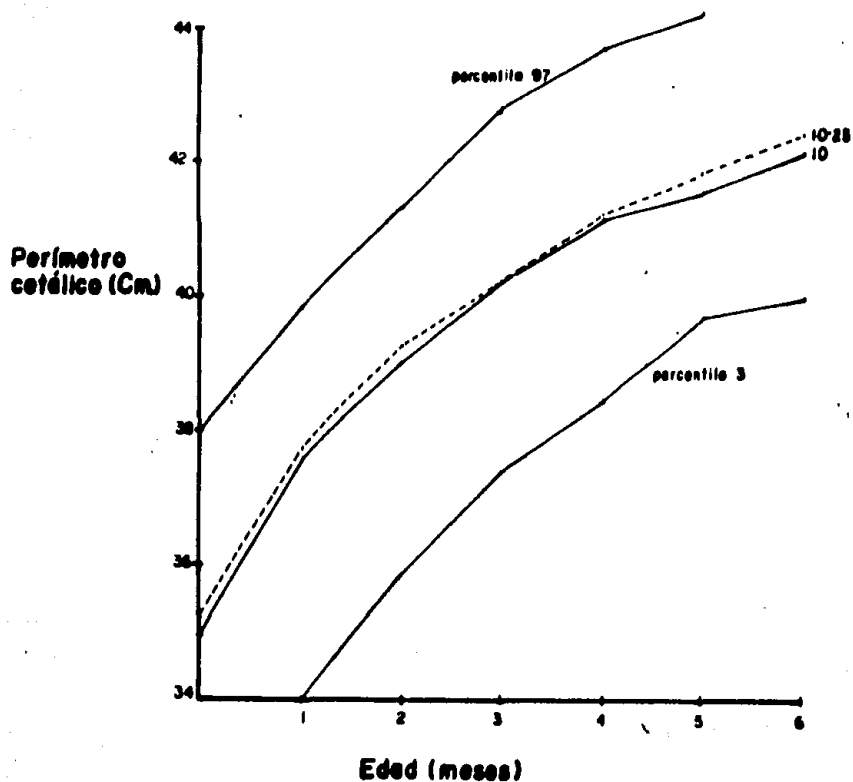
GRUPO	PESO (g)	TALLA (cm)	PERIMETRO CEFALICO (cm)	PERIMETRO TORACICO (cm)	PERIMETRO DE BRAZO (cm)
A	4 736	16.26	7.30	9.11	3.55
B	4 468	16.72	7.19	9.44	2.88
DIFERENCIA	268	-0.46	0.11	-0.33	0.73
SIGNIFICANCIA ESTADISTICA (T de STUDENT)	NS*	NS	NS	NS	NS

*NS : NO SIGNIFICATIVA.

FUENTE: UMF # 1, Cd. Obregón, Son. Del 1 de febrero al 1 de agosto de 1984.

Perímetro cefálico en ablactación temprana y tardía y su relación percentilar.

Gráfico III



FUENTE: UMF # 1, CD. OREGON, SON. DEL 1 de FEBRERO AL 1 de AGOSTO DE 1984.

----- Ablactación temprana.

———— Ablactación tardía.

**ANTECEDENTES FAMILIARES DE NIÑOS CON
ABLACTACION TEMPRANA Y TARDIA**

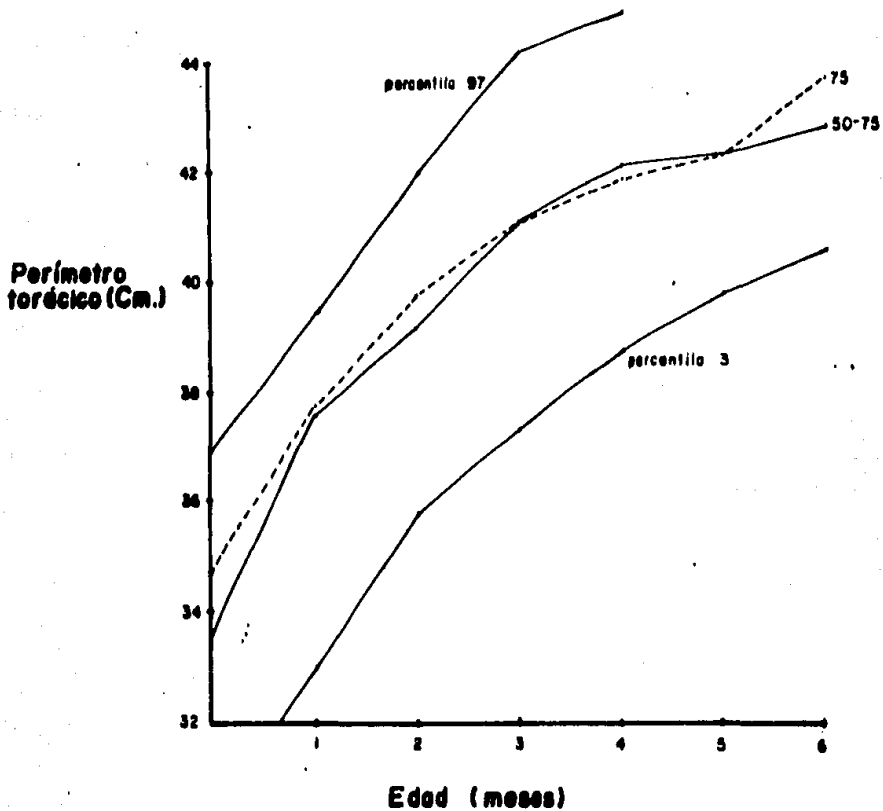
Antecedente	GRUPO A	GRUPO B
ATOPIA	0	7 (26.92%)
OBESIDAD	9 (19.56%)	8 (30.76%)

* No hubo evidencia de alergia o sobrepeso en los pacientes.

FUENTE: UMF # 1, Cd. Obregón, Son. Del 1 de febrero al 1 de agosto 1984.

Perímetro torácico en ablactación temprana y tardía y su relación percentil.

Gráfico IV



FUENTE: UMF # 1, CD. OBRERON, SON A DEL 1 de FEBRERO AL 1 de AGOSTO DE 1984.

----- Ablactación temprana.
 ————— Ablactación tardía.

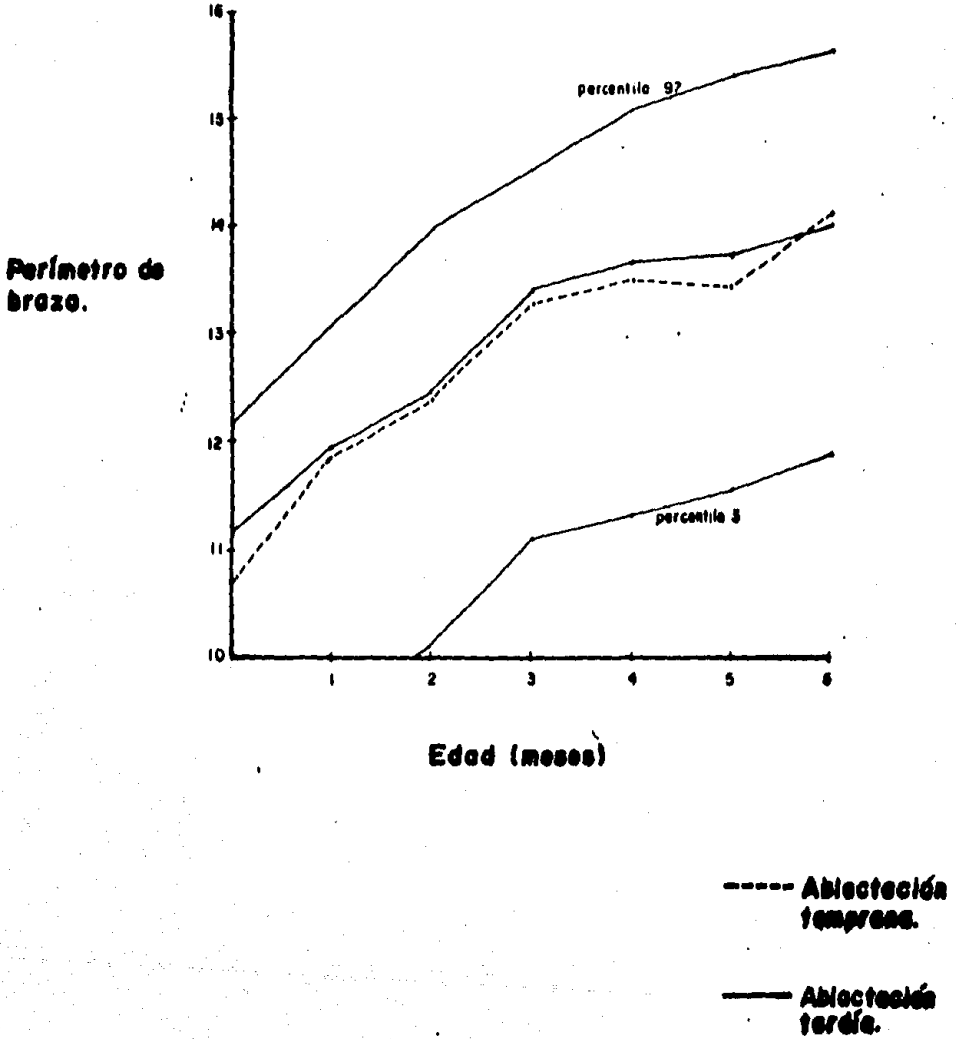
**ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS
CON ABLACTACION TEMPRANA Y TARDIA**

GRADO	GRUPO A	GRUPO B
ANALFABETA	0 (--)	1 (3.8%)
PRIMARIA	17 (37%)	12 (46.1%)
SECUNDARIA	13 (28.2%)	6 (23%)
PREPARATORIA	6 (13.0%)	0 (--)
COMERCIO	10 (21.7%)	5 (19.2%)
PROFESIONAL	0 (--)	2 (7.7%)
TOTAL	46	26

FUENTE: UMF # 1, Cd. Obregón Son. Del 1 de febrero al 1 de agosto de 1984.

Perímetro de brazo en abiotecion temprana y tardía y su relación percentilar.

Gráfica V



ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN LOS NIÑOS

ESTUDIADOS CON ABLACTACION TEMPRANA Y TARDIA

PATOLOGIA	GRUPO A	GRUPO B
SINDROME DIARREICO *	20	18
INFECCIONES DE VIAS AEREAS SUPERIORES	21	18
INFECCIONES DE VIAS AEREAS ** INFERIORES	1	3
TOTAL	42	39

* 4 pacientes mostraron 3 cuadros durante los 6 meses, 7 niños 2 y el resto 1.

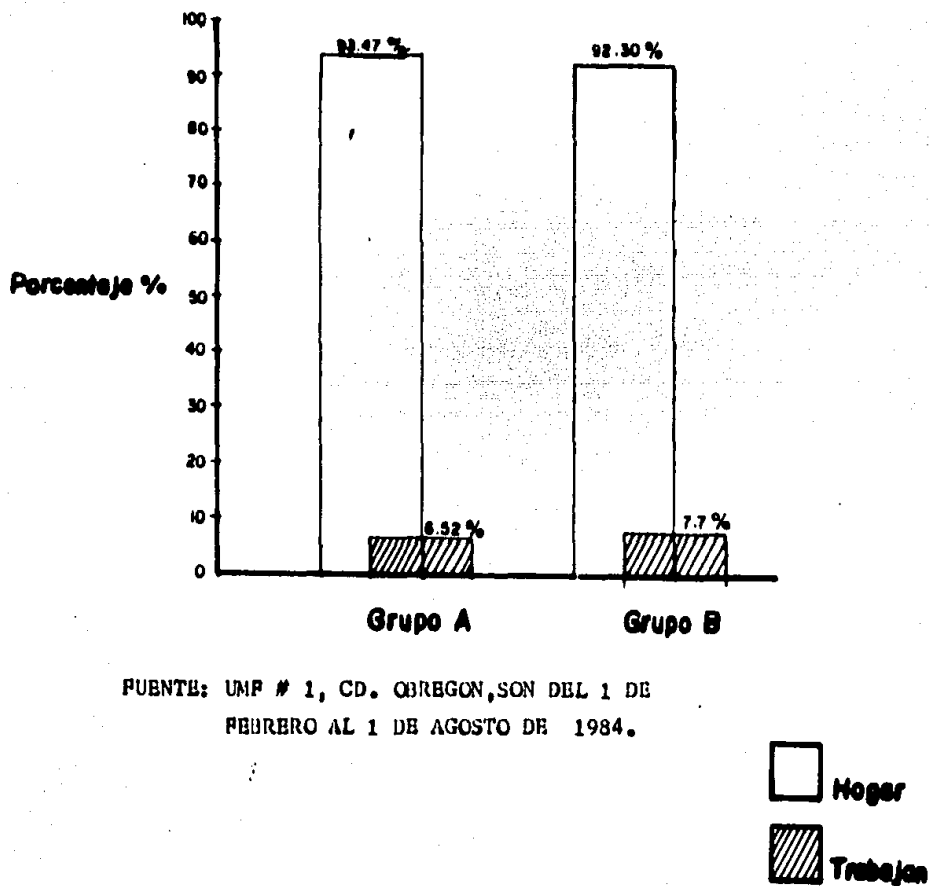
**un paciente presentó bronconeumonía y 3 Bronquitis.

FUENTE: UMF # 1, Cd. Obregón, Son. Del 1 de febrero al 1 de agosto de 1984.

TABLA V

Ocupación de las madres de niños con
obediencia temprana y tardía.

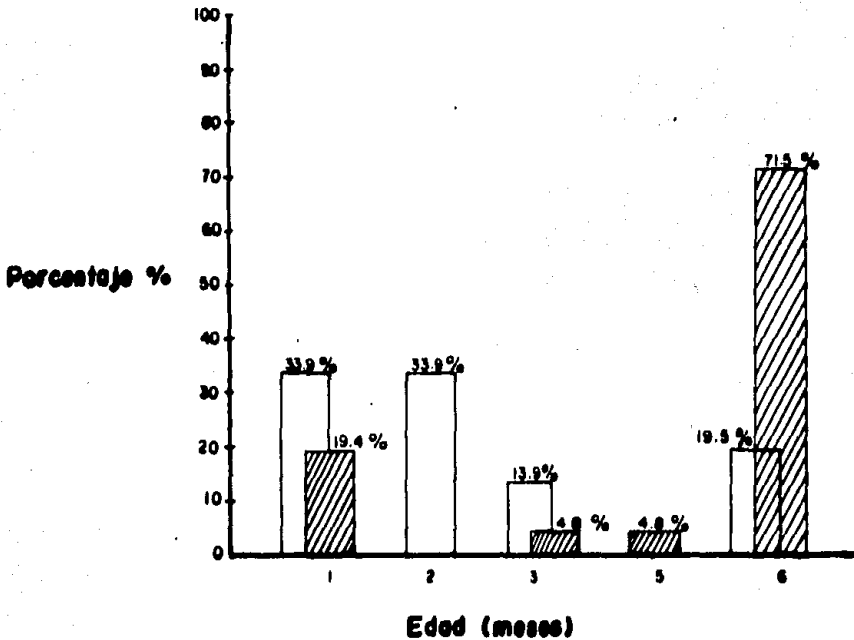
Gráfica VI



FUENTE: UMF # 1, CD. OREGON, SON DEL 1 DE
FEBRERO AL 1 DE AGOSTO DE 1984.

Destete en los niños con ablactación temprana y tardía.

Gráfica VII



FUENTE: UMF # 1, CD. OREGON, SON. DEL 1 FEBRERO AL 1 DE AGOSTO DE 1984.

D I S C U S I O N

Existen en la literatura médica internacional una gran controversia en decidir cual es la edad óptima de iniciar alimentos diferentes a las fórmulas lacteas, (tetae seno materno o leches industrializadas) lo que conocemos como ablactación y tradicionalmente es en forma temprana desde el primer mes con jugos de frutas, posteriormente en forma mensual se agregan frutas, cereales, yema de huevo, verduras, carnes, etc. Y tiene como beneficio instituirlo en forma progresiva de acuerdo a la capacidad digestiva del lactante, atribuir con facilidad relación causa efecto en hipersensibilidad alimentaria, conocer en cualquier momento la alimentación que recibe el niño y permitir el tiempo suficiente para la adaptación a cada nuevo alimento, además de cubrir los requerimientos indispensables diarios de los niños durante esta etapa de su vida.

Racientemente y a través de mayores conocimientos científicos de la fisiología del tubo digestivo se ha desarrollado una ab-

riente en los Estados Unidos que recomienda el inicio de la -
ablactación en forma tardía, y primero fue determinada a los seis
meses y en la actualidad consideran como edad óptima los cuatro-
meses de edad, tiempo en que el lactante muestra una coordinación
neuromuscular aceptable en los mecanismos de deglución y masticación;
además de una disminución en la permeabilidad y un incremento en la
proteólisis intracelular de la mucosa intestinal, que evita el paso de
macromoléculas potencialmente antigénicas y teóricamente podría influir
en la presencia de fenómenos alérgicos en etapas posteriores.

Algunos autores han encontrado una mayor asociación entre obesidad
y ablactación temprana, constituyendo otro factor para sugerir el
empleo de ablactación tardía.

Al analizar la evolución de crecimiento de los 72 niños que
integrarán el universo de trabajo durante un lapso de 6 meses, como
estudio preliminar de esta investigación, que realizaremos du-

rante los próximos seis años. Fueron divididos en dos grupos: el A - formado por 46 niños (63.88%) que recibieron ablactación temprana y alimentación al seno materno, fórmulas industrializadas o en forma mixta. El grupo B integrado por 26 lactantes (36.11%) recibió el mismo tipo de alimentación lactea con variación en la ablactación - que se inició a los 4 meses de edad.

El objetivo del estudio es conocer el tipo de ablactación que - proporcione los mayores beneficios al paciente pediátrico y sus repercusiones en el desarrollo ponderoestatural, así como una mejor adaptación a su medio ambiente.

El sexo en el total de pacientes fué del 50% tanto para el femenino como para el masculino, con diferencias poco significativas en - cada uno de los grupos.

El peso promedio del grupo A fué de 3 342 g (con una desviación-estandar de _ 483 g), mientras que en el grupo B fué de 3 294 g _ -

488 g, correspondiendo ambos grupos a la percentila 50 de acuerdo a las tablas percentilares de Ramos Galvan (17). La ganancia de peso en el grupo A fué de 4 736 g y en el B de 4 468 g , que estadísticamente no son significativas. Situación que se aprecia en forma más clara en la gráfica 1. Los dos grupos continuarón su mismo canal percentilar permaneciendo en la centile 50. (Gráfica 1, tabla 1 y 2)

En relación a la talla en la primera evaluación el promedio del grupo A fué de 50,80 cm y su incremento de 16,26 cm, mientras que el B fué de 49 cm y una ganancia de 16,72 cm que no tiene significancia estadística. (Gráfica 2, tabla 1 y 2)

El perímetro cefálico inició el grupo A en 35,2 cm y en el B 34,95 cm con aumento de 7,3 y 7,19 cm respectivamente; tampoco mostró diferencias estadísticamente significativas. (Gráfica 3)

Durante el análisis del perímetro torácico, el grupo A mostró un promedio de 34,7 cm en la primera valoración y se incrementó en 9,11 cm y en el B fué de 33,52 cm con un incremento de 9,44 cm. Sin ningun-

na significancia estadística. (Gráfica 4) Situación similar sucedió con el perímetro de brazo que tampoco mostró significancia estadística. (Gráfica 5)

Los antecedentes maternos fueron similares en los renglones de escolaridad y ocupación, que entre parentesis traducen un nivel socioeconómico y cultural bajos y muy probablemente influyan en la presentación de procesos infecciosos, sobre todo digestivos en nuestro universo de trabajo, pero sin constituir un papel importante en los objetivos de esta investigación. (Gráfica 6, tabla 4)

En relación a los factores como obesidad y atopía, encontramos que el primero (obesidad) se presentó en 9 madres (19.56%) del grupo A y en el B un total de 8 madres (30.76%) sin aparente repercusiones clínicas en el momento. Llama la atención la ausencia de atopía familiar en los pacientes del grupo A a pesar de efectuar la selección en forma aleatoria. La atopía se presentó en 7 casos del grupo B exclusivamente. (Tabla 3)

En relación a la alimentación lactea encontramos que las madres de los pacientes de ablactación tardía alimentan por mayor tiempo - con seno materno y esto podría explicarse por el temor de no cubrir las necesidades nutricionales, constituyendo un beneficio para este tipo de pacientes por las ventajas ampliamente conocidas de la leche materna . (Gráfica 7)

Como se aprecia al comparar la antropometria, antecedentes y repercusión en los pacientes investigados, hasta el momento no existe ninguna diferencia significativa entre los grupos de ablactación temprana y tardía, durante los primeros seis meses de observación. Aunque estos hechos apoyan nuestra hipótesis de trabajo; es muy prematuro darles un valor categórico que permita una adecuada selección del tipo de ablactación, aunque teóricamente debería corresponder a la forma tardía.

Sin embargo es conveniente mencionar que los supuestos beneficios que proporciona este ablactación tardía, como son prevenir obesidad--

y fenómenos alérgicos es sólo parte de los múltiples factores que intervienen en forma directa e indirecta en la presentación de tales fenómenos y si agregamos que en la era moderna el uso de infinidad de productos químicos en la alimentación secundarios a la alta tecnología empleada en su elaboración, además de la gran contaminación ambiental, reducirían al mínimo sus beneficios y esto explica gran parte de la controversia que existe. Situación que esperamos se aclare en un futuro cercano a través de observaciones a largo plazo de ambos tipos de ablactación en nuestro medio: debido a que las condiciones socioculturales, económicas y tecnológicas en los niños latinoamericanos, difieren enormemente con los países desarrollados y por lo tanto deberá tenerse cautela al seguir alguna corriente ideológica en alimentación.

Esperamos que durante las evaluaciones anuales de ésta investigación, los resultados nos orientan en forma más precisa al tipo de ablactación que proporcione mayores beneficios en nuestros niños mexicanos.

CONCLUSIONES

1.- Durante los primeros seis meses de edad no existen diferencias significativas entre los niños alimentados con ablactación temprana o tardía.

2.- En seis meses los antecedentes familiares de obesidad y atopia no tienen repercusión clínica.

3.- Los niños con ablactación tardía reciben mayor tiempo lactamaterna.

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

- 1.- Valenzuela R. H., Luengas J., Marquet L.: Manual de pediatria. - Editorial Interamericana.p.105-146.10 edición.1980.
- 2.-Vega Franco L.,: Fisiología de la alimentación en el primer año - de vida.Actualizaciones y progresos en pediatria.simposio Sintex.p.- 25-29.1982.
- 3.-Ramirez Mayans J.: El niño con diarrea crónica,Editorial Interamericana.p.35-37.1ra edición.1983.
- 4.-De vizia B.,Ciccimarra F.,De Cicco N.,Auricchio S.,:Digestibility of starches in infants and childrens. J of pediatria .vol 86(1)50-- 55.75.
- 5.-Watkins J.B.,Ingall D.,Szczipanik P.,Klein y Lester R. :Bile salt metabolism in the newborn. N England J med. vol 288(9) 431-434.73.
- 6.-Walker U.A., : Antigen absorption from the small intestine and - gastrointestinal disease. pediat clinic North Amer. 22;731.75.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA 39

7.-American Academy of Pediatrics. Comittee on nutrition. On the feeding of supplemental foods to infants. Pediatrics vol 65(6) p.1178-1181.80.

8.-Walker W.A., and Issalbacher.K.J.,: Intestinal antibodies. N England J Med. vol 297(14) 767-773.77.

9.-Vega Franco L.,Astiazaran.: Conducta de los niños lactantes frente a las papillas ofrecidas con cuchara. Bol Med Hosp Infant Mex. - vol 40(9) 488-497.83.

10.-Sveger T.,Lindberg T.,Weibull B., and Olsson U.L.,: Nutrition - overnutrition and obesity in the first years of life in Malmo, Sweden. Acta paediatr Scand. 64;65-640.1975.

11.-Eid, E.F.,: Follow-up study of physical growth of children who had excessive weight gain in first year months of life. Brit Med J. - 2;74.1970.

12.-Cherney E.,Goodman J.C. Mc Bride M.,: Childhood antecedents of - adult obesity. vol 295(1) 69.1970.

13.-Knittle J.L.: Obesity in childhood; A problem in adipose tissue-cellular development. J pediatr 81;1048.1972.

- 14.- Jelliffe D.B, Jelliffe EFP.,: Human milk nutrition and nutrition the world resource crisis. Science 188-557.1975.
- 15.-Max Salas., Ramirez Mayans A.,: Síndromes pediátricas,Editorial - Prensa Médica mexicana; 2da edición, 87-119.1981.
- 16.-Fomon S.S.,Filer L.,Anderson T.A.,Zielger R.E.,: Recommendations for feedings normal infants.Pediatrics.63;52.1979.
- 17.-Ramos Galvan R.,:Archivos de investigación médica.1975;6(supl.1)

DATOS DE LA MADRE.

- 1.-Nombre-----
- 2.-NB de afiliación-----
- 3.-Edad-----
- 4.-Estado civil-----
- 5.-Domicilio-----
- 6.-Escolaridad-----
- 7.-Ocupación-----
- 8.-No de embarazos-----
- 9.-No de integrantes de la familia-----
- 10.-Antecedentes de obesidad-----
 madre-----
 padre-----
- 11.-Antecedentes de atopia-----
 madre-----
 padre-----
- 12.-Ocupación del padre-----
- 13.-Salario mensual-----

DATOS DEL RECIEN NACIDO.

- 1.-Sexo-----
- 2.-Edad gestacional-----
- 3.-Apgar-----
- 4.-Peso al nacimiento-----
- 5.-Talla-----
- 6.-Perímetro cefálico-----
- 7.-Perímetro torácico-----
- 8.-Perímetro de brazo y pierna-----
- 9.-Canal percentilar-----
- 10.-Observaciones.

NOMBRE----- No de afiliación-----

EDAD-----

FECHA-----

1. Problemas en la aceptación de la dieta-----

2.-Estado de salud durante el mes-----

3.-EXPLORACION FISICA

a). normal-----

b). anormal -----

4.-ANTROPOMETRIA

CANAL PERCENTILAR

Peso-----

Talla-----

Perímetro cefálico-----

Perímetro torácico-----

Perímetro de brazo-----

Perímetro de piernas-----

5.-OBSERVACIONES-----

6.-RECOMENDACIONES,-----