

11237
172
2ej-



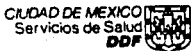
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SUB-DIRECCION DE ENSEÑANZA
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN PEDIATRIA MEDICA**

**ESTADO NUTRICIONAL EN LACTANTES EGRESADOS
DEL HOSPITAL PEDIATRICO "IZTAPALAPA"
DE LA D.G.S.S.D.D.F.**

**TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA
P R E S E N T A D O P O R :
DRA. IRMA LETICIA SALDAÑA LOPEZ
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
P E D I A T R I A M E D I C A**



**DIRECTOR DE TESIS
DR AGUSTIN CARVAJAL AGUILAR**

**TENER CON
FALLA DE ORIGEN**

1992



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.

INDICE

Capítulo		Página
I:	Resumen	5-6
II:	Introducción	7
III:	Marco Teórico	8-9
IV:	Material y Método	10-11
V:	Resultados	12-15
VI:	Gráficas	16-31
VII:	Análisis	32-33
VIII:	Conclusiones	34-36
IX:	Bibliografía	37-38

I: RESUMEN.

La desnutrición es un problema importante en el mundo, principalmente en países en vías de desarrollo como el nuestro.

En el Hospital Pediátrico "Iztapalapa", de la D.G.S.S.D.D.F., con el interés de conocer la magnitud de este problema, se llevó a cabo un estudio de Enero a Octubre de 1991, en niños de 0 a 24 meses de edad, incluyendo 120 pacientes (57% hombres y 43% mujeres). La edad materna de 20 a 29 años en el 65.8%, 19 o menos años 15.8%. El grado de escolaridad materna: primaria completa 35.8%, primaria incompleta 25.8%. Ocupación materna: Hogar 83%. Número de gestaciones 2. el 31%. Procedentes del D.F. 82.5%, del Estado de México 15.83%. Medio socioeconómico, bajo 94%. Alimentación familiar, mala el 60%. Ocupación paterna, empleado el 47.5%. Escolaridad primaria completa el 38.5%. Estado nutricional al nacimiento: bien nutridos 70%, hipertróficos 17.5%, hipotróficos 12.5%. Alimentados al seno materno el 25%. Ablactación, 3-4 meses el 35% y 17.5%, respectivamente, siendo a base de frutas en el 59.2%. Esquema de inmunizaciones: incompleto el 55%, completo el 31%, ninguno el 14%. Desarrollo psicomotriz normal el 94%, anormal el 6%. Estado nutricional a su ingreso, eutróficos 62.5%, desnutridos el 37.5%. Diagnóstico de ingreso, patología respiratoria en el 49%, digestiva 31.6%, neurológica 13%, otra el 6.4%. Estancia hospitalaria: 3 a 5 días el 16.6%, 6 a 9 días el 13.3%, siendo en estos grupos en donde se presentaron el mayor número de modificaciones al peso, el 16.6% aumentaron, el 23.3% disminuyeron y el 6.6% no se modificó, con un 53.5% que correspondió al resto de los grupos. No encontrándose correlación

entre la patología de ingreso y las modificaciones al peso. Tiempo de ayuno: 1 día el 40.8%, dos días 8.3%, 3 días el 3.3% y más de 4 días el 47.6%. El aporte calórico: adecuado el 45.8%, deficiente el 36.6%, en exceso el 17.5%. Recibieron alimentación: leche entera el 65%, leche maternizada el 15%, harinas de soya el 10%, dieta complementaria el 52.5%. Diagnóstico de egreso: patología respiratoria 43%, digestiva el 37.5%, neurológica el 12%, otra 7.5%. Estado nutricional al egreso: eutróficos 62.5%, desnutridos 37.5%. El 30% con desnutrición de primer grado, 6% desnutridos de segundo grado y el 1.6% de tercer grado. Un paciente de segundo grado evolucionó a tercero, dos de primero recuperaron peso y dos de peso adecuado evolucionaron a desnutrición de primer grado.

Con lo anterior vemos la necesidad de realizar estudios subsecuentes, poniendo en práctica medidas específicas para corregir y/o impedir el desarrollo de la desnutrición.

II: INTRODUCCION.

La desnutrición es un problema importante, siendo en Latinoamérica el 25% de la población afectada según la O.M.S., con 2000 muertes diarias en niños. (4.9.11.13)

A pesar de ser uno de los principales problemas, no se cuenta con literatura médica que abarque estudios en torno a la repercusión nutricional durante la estancia hospitalaria de los pacientes, ni la magnitud de la desnutrición.

Los laboratorios Abbot en 1982, mencionaron la importancia de la valoración del estado nutricional al ingreso hospitalario, que constituye uno de los principales condicionantes de la evolución de la enfermedad, tanto a nivel de posibles complicaciones, como aumento en el periodo de estancia hospitalaria y la mortalidad infantil. (10)

III: MARCO TEORICO.

La desnutrición es una condición patológica inespecífica, sistémica y reversible en potencia, que se origina como resultado de la deficiente utilización de los nutrimentos por las células del organismo, que se acompaña de variadas manifestaciones clínicas de acuerdo con diversas razones ecológicas y que reviste diferentes grados de intensidad.(11,13,14)

La desnutrición subsiste en algunos países, de la misma manera en que se ha presentado desde que el hombre tiene memoria de su existencia en la tierra(2), durante la década de los 80s la deuda externa, la inflación-recesión, la inequitativa distribución de la riqueza, etc., han disminuido drásticamente el nivel de vida de casi toda la población, afectando especialmente a la más desprotegida y mucho se teme, que el problema actualmente sea mucho mayor(4,14). Produce graves consecuencias a nivel individual y social, asociadas a ambientales de extrema pobreza, los cuales generalmente no proveen la estimulación adecuada para el óptimo desarrollo intelectual y socioafectivo(3).

Las desviaciones en la nutrición pueden provocar alteraciones en la salud, o ser la causa de enfermedades, como en los estados de deficiencia o exceso "individual" o estados de deficiencia o excesos múltiples. En el mundo en general, las enfermedades por deficiencia constituyen el mayor problema, como la sobrepoblación, pobreza extrema, ignorancia, guerra y catástrofes naturales que contribuyen a mantener la privación nutricional(13,14).

En México el 90% de sus habitantes consumen una dieta inadecuada(4). La dieta representativa tradicional del mexicano

pobre(frijoles, tortillas y chile), a presentado transformaciones a huevo y a productos industrializados(ejemplo, refrescos y alimentos chatarra)(7).

La desnutrición se encuentra presente en todos los grupos de edad infantil, ya que se presenta al nacimiento, en productos de madres mal alimentadas y desnutridas, prematuros, inicio de destete, ablactación precaria o insuficiente, mala administración de leche, frecuencia de diarrea e infecciones, determinan altos índices de desnutrición infantil(2.4.11.13.14), con efectos en toda la economía, destacandose déficit en el peso y talla, bajo nivel de inmunidad frente a las infecciones. Las infecciones que el niño contrae ayudan a mantener y empeorar su estado nutricional, causandole muchas veces la muerte(3.5.9).

En la valoración del estado nutricional son utilizados múltiples métodos, principalmente los antropométricos(1.6.11).

El diagnóstico integral del estado nutricional ha permitido el reconocimiento de la desnutrición en su fase aguda, y los factores de riesgo que intervienen en este estado, para diseñar estrategias viables(7); elaborando programas de salud pública, educación, política económica, etc.(2).

"Nutrir a un niño va más allá de lo biológico, implica alimentar a su espíritu con las más finas esencias del amor y proveerlo sin mezquinidades del ambiente propicio para el desarrollo pleno de sus potenciales humanos".

IV: MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, durante el periodo de tiempo comprendido del 1 de enero al 31 de octubre de 1991, en el Hospital Pediátrico "Iztapalapa", de la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal. Abarcó un total de 250 pacientes de ambos sexos, de los cuales 120 expedientes cubrieron los requisitos de ser mayores de 1 mes de edad, menores de 24 meses, hospitalizados en la sala de lactantes, seleccionados en forma aleatoria. Se tomaron los siguientes parámetros: Maternos: edad, escolaridad, ocupación, gestaciones, medio socioeconómico, alimentación familiar. Paterno: ocupación y escolaridad. Niño: edad en meses, sexo, peso al nacimiento, alimentación al seno materno, ablactación, peso al ingreso y egreso, diagnóstico de ingreso y egreso, estado nutricional al ingreso y egreso, días de estancia, alimentación intrahospitalaria (dieta complementaria, fórmula láctea), destacándose talla y demás datos antropométricos por no ser captado en los expedientes.

Se considera medio socioeconómico bajo, al percibir 1 salario mínimo; medio de 2 o más salarios mínimos. La alimentación familiar cuantificada en mala, al no ser adecuada según las leyes de la alimentación, regular aquella con ingesta de huevo, carne y leche una o dos veces por semana y adecuada, aquella que cumplía las leyes de la alimentación.

Lo anterior, fué con la finalidad de conocer cuales son los aspectos que repercuten en el estado nutricional, durante la

estancia hospitalaria del paciente, con los posibles factores asociados, para iniciar o instaurar programas de educación dietética al personal del hospital y familiares de pacientes, para lograr la rehabilitación integral a su egreso hospitalario, mejorar su estado nutricional, disminuir las complicaciones, así como la mortalidad.

El análisis estadístico se realizó para variables cualitativas y cuantitativas con medidas de tendencia central, representadas en gráficas y porcentajes.

Debido a que el hospital sufrió remodelaciones, el presente estudio no se realizó en toda la extensión para la que se había planeado, acortando el período de recolección de datos (análisis de expedientes).

V. RESULTADOS.

Del periodo comprendido entre el 1 enero al 31 de octubre de 1991, se revisaron 250 expedientes de niños ingresados a la Sala de Lactantes. De ellos, solo 120 cubrieron los requisitos para la investigación.

Encontramos, 68(57%) masculinos y 52(43%) femeninos. Distribución por grupos de edad 0-4 meses 35(29.2%), 5-8 27(22.5%), 9-12 25(20.8%), 13-16 18(15%), 17-20 12(10%) y de 21-24 3(2.5%).(gráfica 1)

Nutrición al nacimiento: eutróficos 84(70%), hipertróficos 21(17.5%) e hipotróficos 15(12.5%).(gráfica 2)

Procedencia, D.F. 99(82.5%), Edo. de Méx. 19(15.83%), Morelos 1(0.83%) y Oaxaca 1(0.83%).(gráfica 3)

Edad Materna, 20-29 79(65.8%), 19 años o menos 19(15.8%), 30-34 15(12.5%), 35 o más 7(5.8%).

Escolaridad materna, primaria completa 43(35.8%), secundaria completa 28(23.3%), preparatoria completa 2(1.6%), profesional completa 1(0.83%), analfabetas 6(5%), y el resto 40(33.26%) estudios incompletos.

Escolaridad paterna, primaria completa 46(38.3%), secundaria completa 25(20.8%), preparatoria completa 1(0.83%), analfabeta 9(7.5%), el resto 39(32.5%) estudios incompletos.

Ocupación materna, hogar 100(83%), empleadas 15(12.5%), comerciantes 2(1.6%), chofer 1(0.83%), carpintería 1(0.83%), campesina 1(0.83%).

Ocupación paterna, empleados 57(47.5%), albañil 16(13.3%), desempleados 13(10.8%), comerciantes 12(10%), mecánico 6(5%).

jornalero 4(3.3%), chofer 4(3.3%), hojalatero 3(2.5%), carnicero 1(0.83%).

Medio socioeconómico, bajo 113(94%), medio 7(6%).

Derechohabientes, 20(16%) (IMSS, ISSSTE), y 100(84%), no reciben atención médica institucional.

Alimentación familiar, mala 71(59.16%), regular 32(26.66%) y buena 17(14.16%).(gráfica 4)

Inmunizaciones, incompleta 66(55%), completa 37(31%), ninguna 16(14%).

Desarrollo psicomotriz, normal 113(94%), anormal 7(6%).

Gestaciones, GII 37(31%), GI 36(30%), GIII 25(21%), GIV 14(12%), GV 5(4%), GVI 1(0.83%), GVII 1(0.83%), GVIII 1(0.83%).

Tipo de parto, eutócico 91(76%), cesárea 26(21%) y distócico vaginal 3(2.5%).

Control prenatal, 41(34%) con control, 79(66%) sin control.

Atención del parto, hospitalaria 103(85%), 17(15%) no especificada.

Complicaciones al nacimiento, 35(29.1%) las tuvieron, de los cuales 34(28.3%) correspondieron a los de atención hospitalaria y 2(1.6%), de los que no la tuvieron. Sus complicaciones fueron: asfixia 15(12.5%), ictericia 9(7.5%), prematuridad 8(3.3%), dificultad respiratoria 5(4.1%), sepsis 2(1.6%). Sin complicaciones 85(70.8%), que corresponden 69(57.5%) a los atendidos hospitalariamente y 16(13.33%) sin atención hospitalaria.

Alimentación al seno materno, 30(25%) si, por un mes 6(5%), 2 meses 2(1.6%), 3 meses 6(5%), 4 meses 5(4.1%), 5 meses 2(1.6%), 6

meses 2(1.6%), 8 meses 2(1.6%), 10 meses 1(0.83%), 11 meses 1(0.83%), 12 meses 2(1.6%) y 15 meses 1(0.83%).(gráfica 5)

Ablactación, 101(84.16%) si, 19(15.84%) no ablactados. Frutas 71(59.1%), jugo 12(10%), caldo de frijol 6(5%), verduras 10(8.3%), cereal 1(0.83%), no especificado en 20(16.6%).(gráfica 6)

Hospitalizaciones previas, 30(25%) si, 90(75%) no.

Enfermedades diarreicas previas, no 86(71.6%) y si en 34(28.3%), (3 desnutridos de I grado, 3 de segundo, ninguno de tercero y 10 eutróficos).

Estado nutricional al ingreso, eutróficos 75(62.5%), desnutridos 45(37.6%). Desnutridos de I grado 37(30.5%), de segundo grado 7(6%), tercero 1(0.83%).(gráficas 7 y 8)

Diagnósticos de ingreso, patología respiratoria 59(49%), digestiva 38(31.6%), neurológica 16(13%), otros 7(6.4%).(gráfica 9)

Estancia hospitalaria, de 2 días o menor 11(9.16%), 3-5 días 56(46.66%), 6-9 días 34(28.3%), más de 10 días 19(15.83%).(gráfica 10)

Modificaciones de peso en relación a la estancia, 2 días o menor 8(6.5%), 3-5 días 48(40%), 6-9 días 30(25%), 10 o más 13(15%). En total 104 se modificaron (87%), con aumento 43(35.83%) y disminuyeron 61(50.83%), 16(13.33%) sin modificaciones de peso.

Aporte calórico, 100 o menos calorías 44(36.66%), 100-150 cal. 55(45.83%), 150 o más calorías 21(17.5%).(gráfica 11)

Modificación de peso en relación al aporte calórico, 100 o menos calorías 15(12.5%) aumentaron y 23(19.16%) disminuyeron; 100-150 cal. 19(15.83%) aumentaron y 28(23.33%) disminuyeron; 150 o más

cal. 9(7.5%) aumentaron y 10(8.33%) disminuyeron: 16(13.34%) sin modificación.(gráfica 12)

Relación de patología y modificación al peso. no se encontró ninguna.

Diagnósticos de egreso. patología respiratoria 52(43.3%), digestiva 45(37.5%), neurológica 14(12%), otros 9(7.5%).(gráficas 13 y 14)

Nutrición al egreso. eutróficos 75(62.5%), desnutridos 45(37.5%). Dos desnutridos de primer grado pasaron a ser eutróficos, dos eutróficos se desnutrieron a primer grado y un desnutrido de II grado pasó a ser de tercer grado.(gráficas 15 y 16)

NUTRICION AL EGRESO
Distribución en grupos de edad(meses)

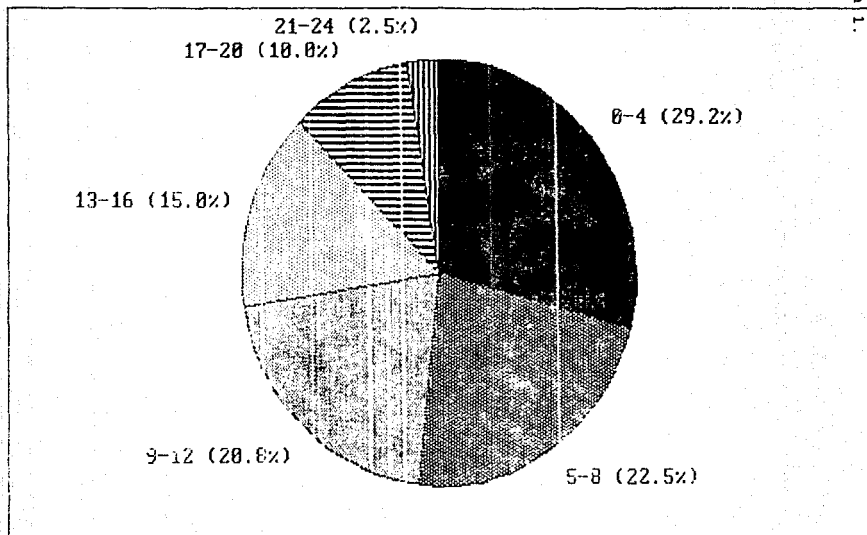
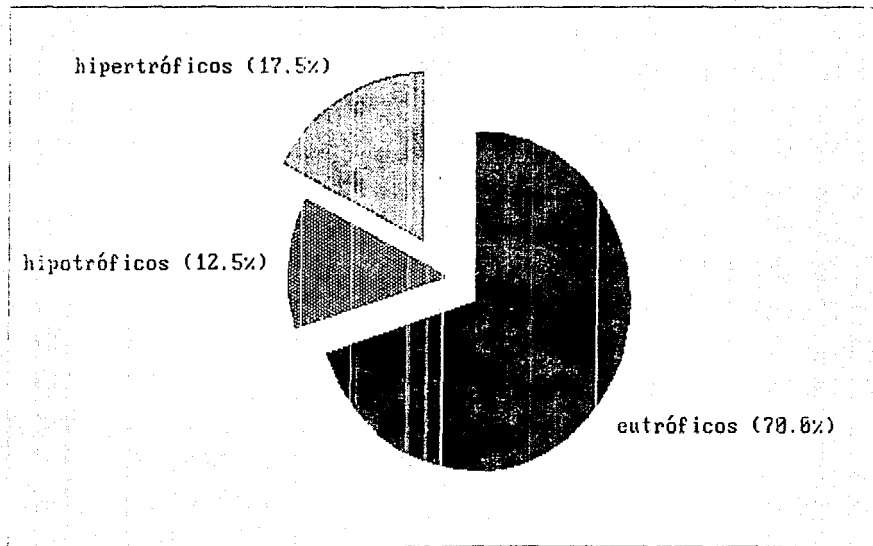


Gráfico 1.

VI. GRAFICAS.

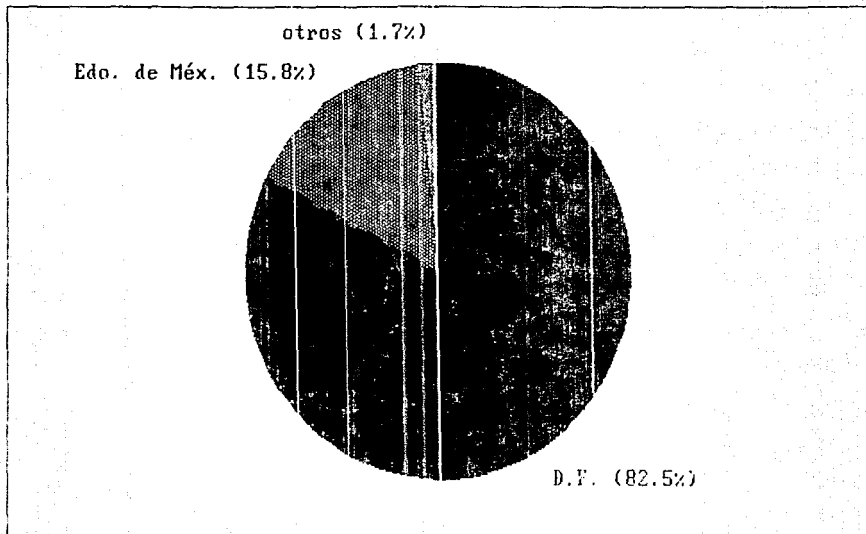
NUTRICION AL EGRESO
Nutrición al nacimiento.

Gráfica 2.



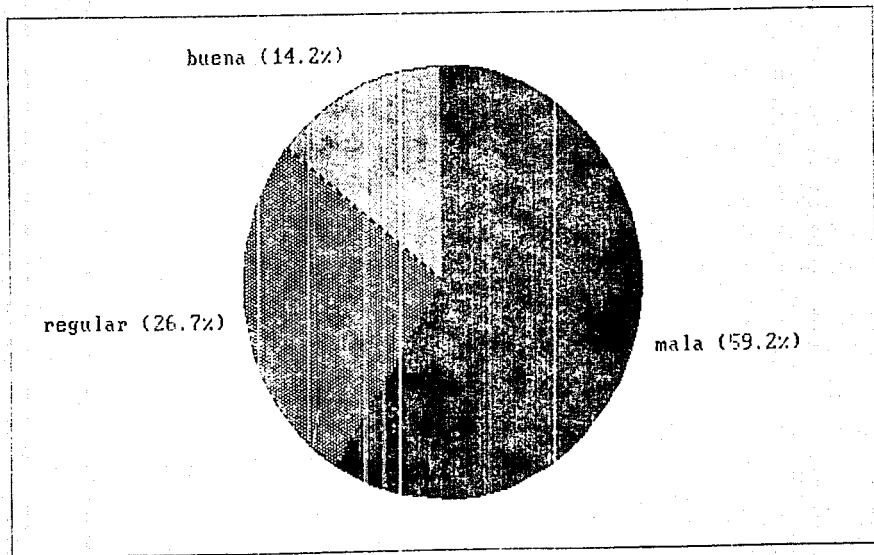
NUMERO DE PACIENTES
Procedencia

Gráfica 3.



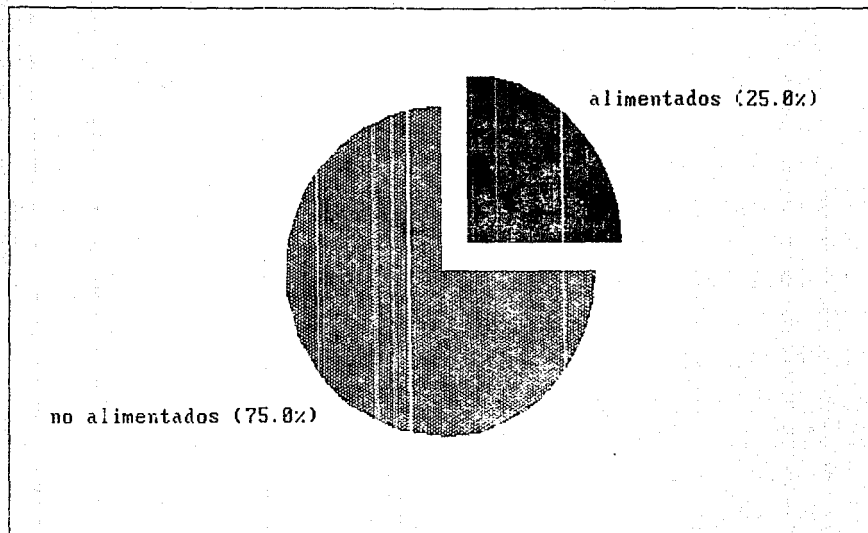
NUTRICION AL EGRESO
Calidad de Alimentación Familiar

Gráfica 4.



NUTRICION AL EGRESO
Alimentación al seno materno.

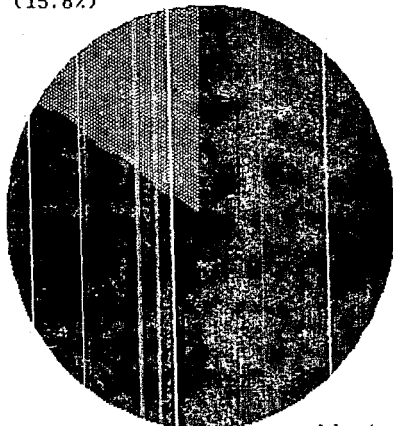
Gráfica 5.



NUTRICION AL EGRESO
Ablactación.

Gráfica 6.

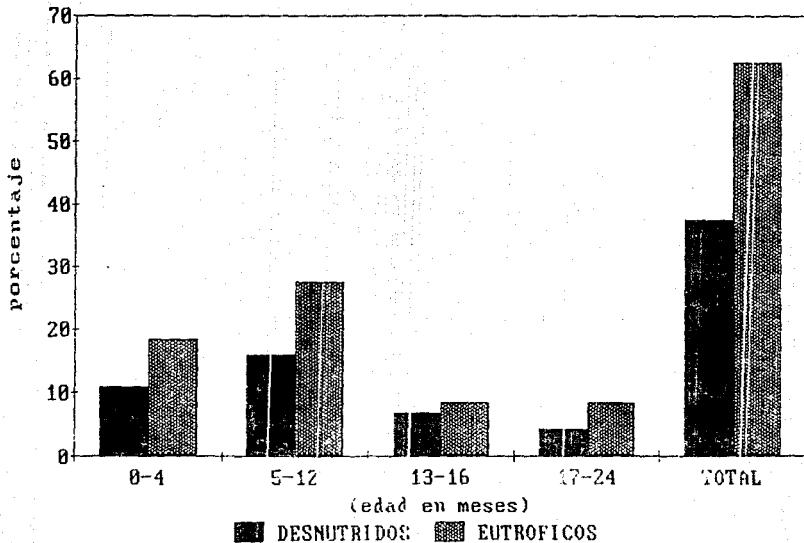
no ablactados (15.8%)



ablactados (84.2%)

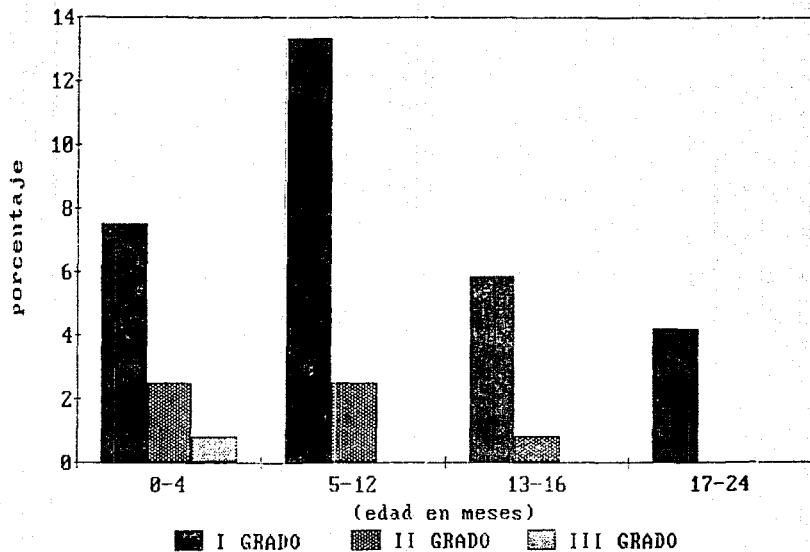
NUTRICION AL EGRESO
Estado Nutricional al Ingreso.

Gráfica 7.



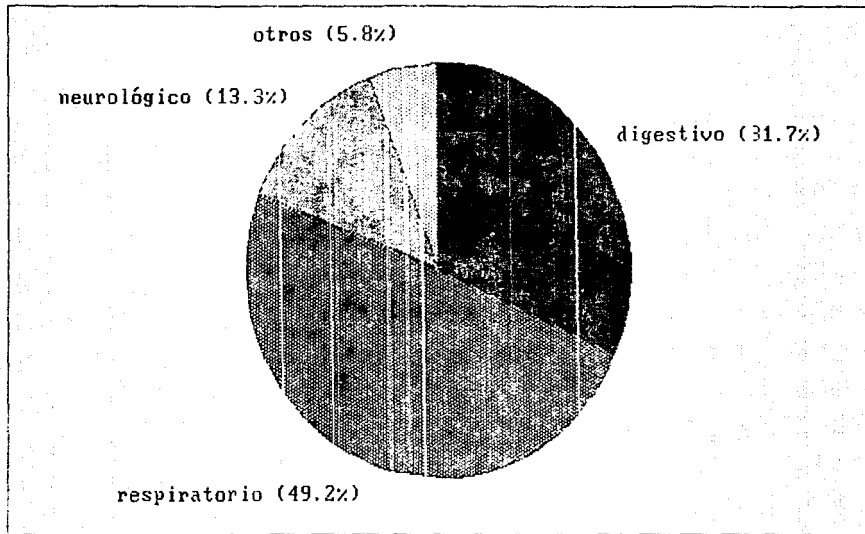
NUTRICION AL EGRESO
Tipo de Desnutrición al Ingreso.

Gráfica B.



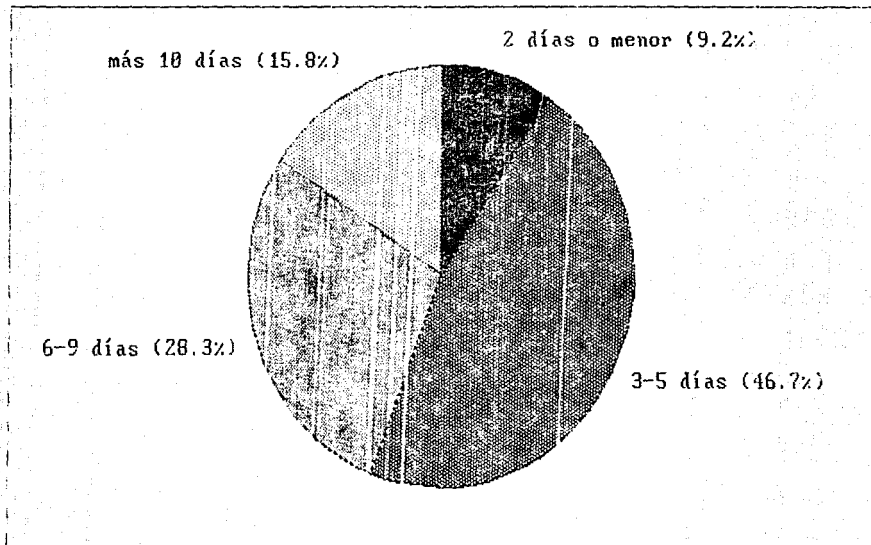
NUTRICION AL EGRESO
Diagnóstico al Ingreso.

Gráfica 9.



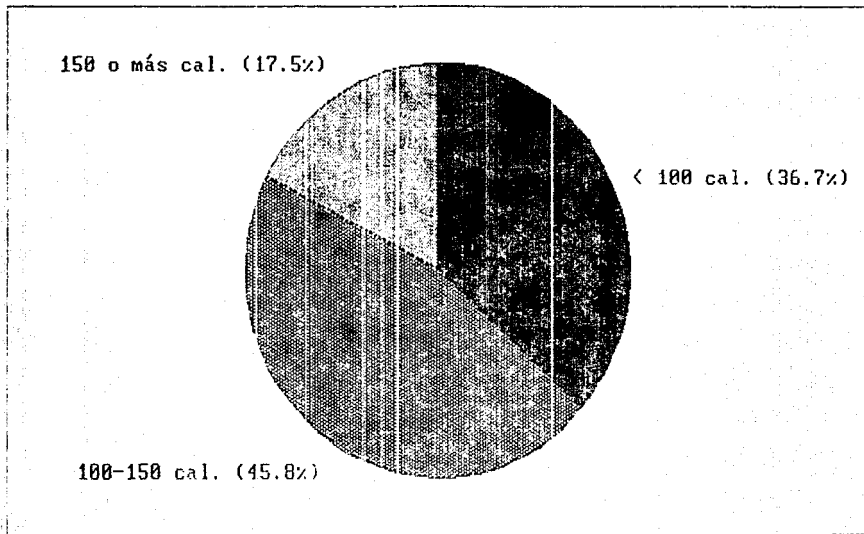
NUTRICION AL EGRESO
Estancia Hospitalaria.

Gráfica 10.



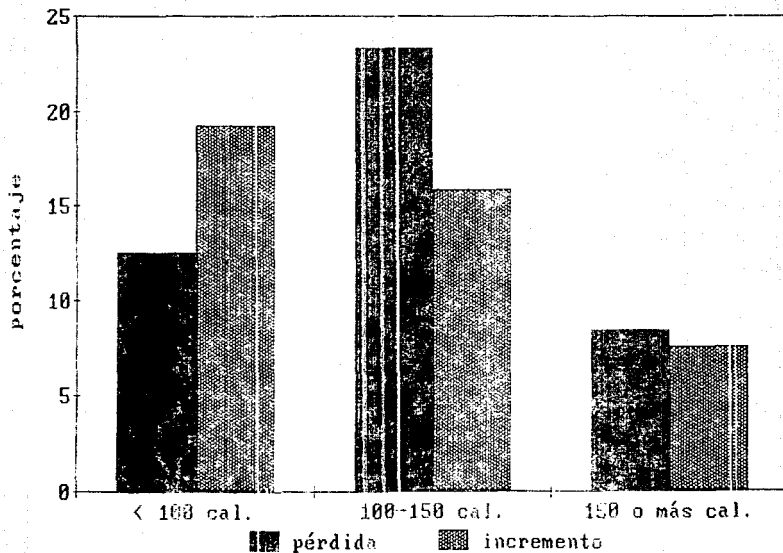
NUTRICION AL EGRESO
Aporte calórico.

Gráfica 11.



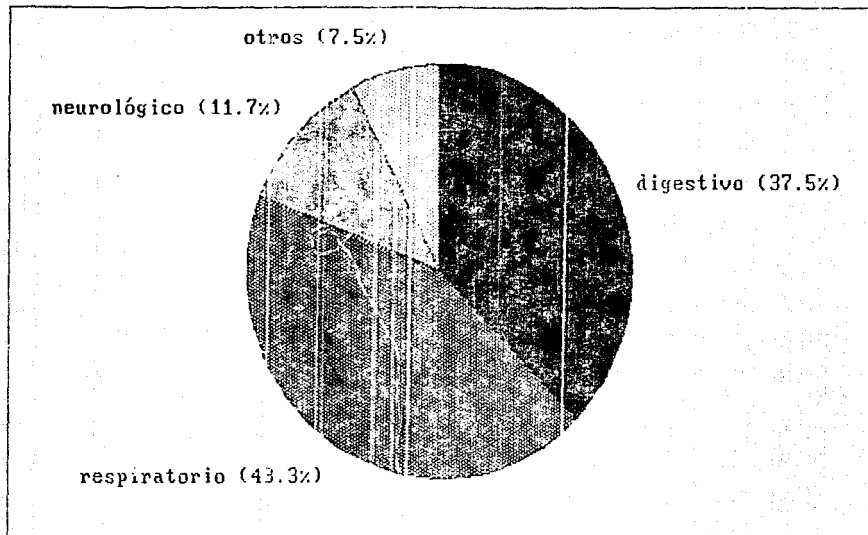
NUTRICION AL EGRESO
Modificación de Peso y Aporte calórico

Gráfica 12.



NUTRICION AL EGRESO
Diagnóstico de Egreso.

Gráfica 13.



NUTRICION AL EGRESO

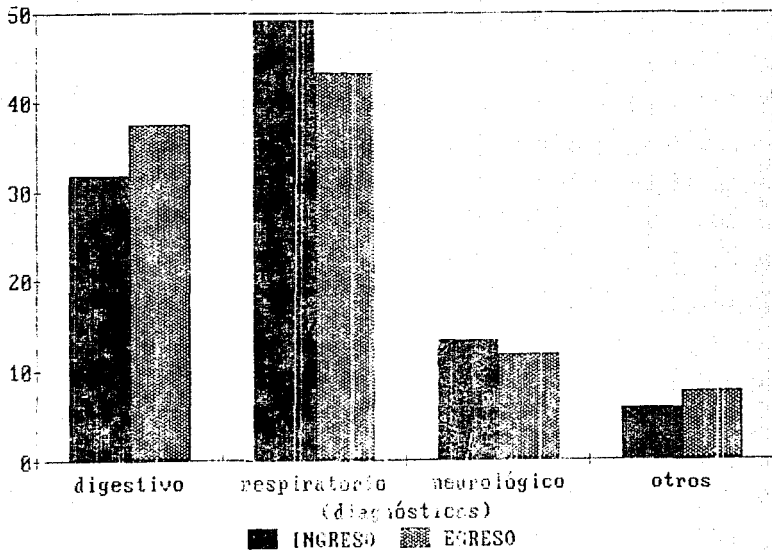
Diagnósticos Ingreso-Egreso

Gráfica 141

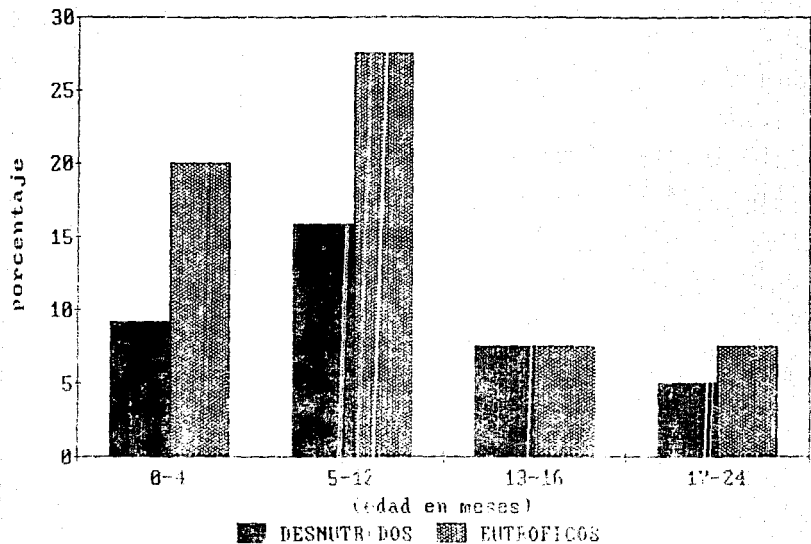
porcentaje

- 29 -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

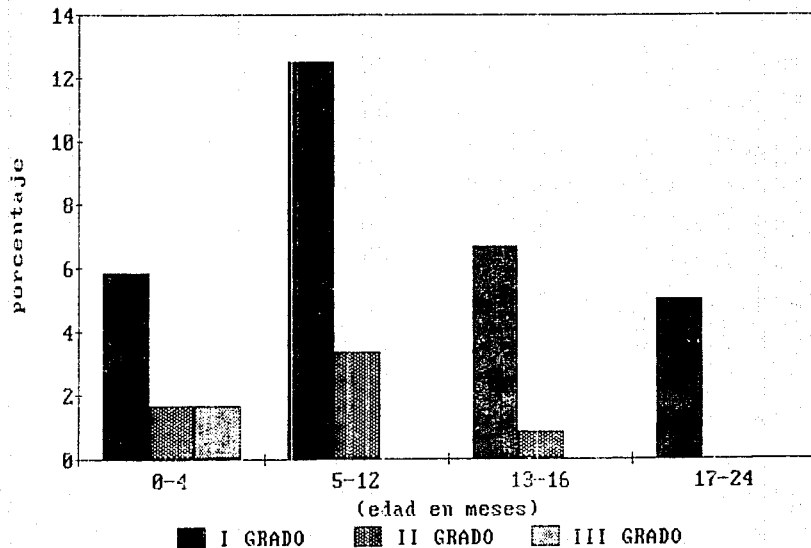


NUTRICION AL EGRESO
Estado Nutricional al Egreso.



NUTRICION AL EGRESO

Tipo de Desnutrición al Egreso.



VII: ANALISIS.

Existió un predominio de niños sobre las niñas; la edad más frecuente de 0 a 4 meses; en su mayoría fueron eutróficos al nacimiento.

La mayor proporción correspondió a los que radican en el Distrito Federal y Estado de México.

La edad materna fluctuó principalmente en el grupo de edad de 20 a 29 años, con una escolaridad de primaria completa en el 35.8%, secundaria completa en el 23.3%, preparatoria completa en 1.6% y solo 5% analfabeta.

La escolaridad paterna se encuentra con mayor número de analfabetas, siendo la instrucción primaria, secundaria y preparatoria más completa que en la materna.

La ocupación materna en el 83% dedicadas al hogar, mientras que los padres en un 47.5% son empleados; el medio socioeconómico es bajo en un 94%, con alimentación familiar mala en el 59.16%, con derecho a medicina institucional en un 16%; las inmunizaciones referidas como completas en una tercera parte.

La primera y segunda gesta en un 6%, del total 76% parto eutócico, con control prenatal en el 34% y atención del parto hospitalario en un 85%. El 70.8% no presentaron complicaciones al nacimiento y el 28.3% sí, de los atendidos hospitalariamente y el 1.6% de los no atendidos en hospital.

La alimentación al seno materno es un 25%, en el período de 2 a 15 meses con un 1.5% a 5%. Su ablactación fue en un 84.16%, siendo en el tercer mes un 35%.

Sin antecedentes de hospitalizaciones previas en el 75% de los casos.

Enfermedades diarreicas previas, sin antecedentes en el 71.6%, y el resto si los tiene.

El estado nutricional al ingreso, el 62.5% son eutróficos, desnutridos el 37.5%, con un 30% de desnutridos de I grado, 6% de segundo grado.

El diagnóstico de ingreso, patologia respiratoria en un 49% y digestiva en un 31.6%, predominando la primera.

La estancia hospitalaria: de 3 a 5 dias 46.66%, de 6 a 9 dias 28.3%, más de 10 dias 15.83%, igual o menor a 2 dias 9.16%.

Las modificaciones de peso en relación a la estancia se aprecia del tercero al quinto dia en un 40%, el 87% se modificó.

El aporte calórico de 100 a 150 cal. es un 45%, de 100 o menos un 36% y más de 150 cal. un 19%.

Las modificaciones de peso en relación al aporte calórico fue: de 100 a 150 cal. solo aumentaron 15.83%; de 150 o más el 7.5% incrementó, solo el 23.33% aumentaron del peso.

Diagnóstico de egreso: se comprobó patologia respiratoria en el 43.3%, digestiva en el 37.5%, lo que representó un aumento del 5.9% en esta última; neurológico confirmado en el 12%, disminución del 1% del padecimiento; otros con 7.5% y un aumento del 1.6%.

La nutrición al egreso: eutróficos 62.5%, desnutridos 37.5%, encontrandose incrementos en la desnutrición de tercer grado, sin modificación aparente de los eutróficos y desnutridos de primer grado.

VIII: CONCLUSIONES.

La población atendida en el presente estudio, predomina la radicada en la zona conurbada. los padres en un 94% saben leer y escribir, las madres con mayor instrucción educativa y permanencia en su domicilio. los padres empleados en la mayor parte, que a pesar del salario mínimo su medio socioeconómico es bajo, con mala alimentación familiar y una minoría con servicio médico institucional.

El grupo mayoritario materno es el comprendido de 20 a 29 años, en etapa reproductiva, con gestaciones de una y dos, únicamente una tercera parte con buen control prenatal y tres cuartas partes atendidas en medio hospitalario, lo que pudiera correlacionarse con la mayor disponibilidad de atención hospitalaria de Hospitales Generales y Materno Infantiles.

A pesar de haber sido alimentados al seno materno y ablactados en etapa temprana, presentaron desnutrición en relación al nacimiento, únicamente con hospitalizaciones previas en un 25%, encontrándose a su ingreso los eutróficos en mayor proporción que la esperada y menor que al nacimiento, con prevalencia de la desnutrición de I grado secundaria a mala alimentación familiar, medio socioeconómico bajo, ablactación temprana inadecuada o insuficiente. Las patologías presentes digestivas en menores de un año de vida, y las respiratorias en mayores de 13 a 24 meses.

La estancia hospitalaria se asoció con las modificaciones en peso, siendo a mayor estancia mayor pérdida de peso, a pesar de aporte calórico adecuado, siendo más frecuente en las patologías

respiratorias, las cuales sufren complicación con cuadro enteral. Además que en los desnutridos de primero, segundo y tercer grado el aporte calórico fué insuficiente, causa probable de sus modificaciones(50, 56 y 60 cal./kilo/día). Se menciona intolerancia a la lactosa en un 10%, aunque no fundamentada, manejandose con harina de soya. El desnutrido de II grado que evolucionó a tercer grado, fué un pequeño de 2 meses con dos ingreso previos por cuadro enteral, madre de 18 años, padre de 32 años, con peso normal al nacimiento, no ablactado, que durante su estancia presenta intolerancia a la lactosa, manejandose con soya y un aporte calórico de 56 calorías/kilo/día hasta su egreso, de ahí la importancia de realizar lo siguiente:

Un control mejor y adecuado de la Patología de Ingreso.

Un aporte calórico acorde con la edad y necesidades del menor(individuales).

Establecer criterios de manejo médico y dietético, en relación a la patología presente.

Formación de grupos para adiestrar a las madres en el manejo y preparación adecuada de los alimentos, con un balance de nutrientes.

Aprovechar que el 95% de los padres son alfabetas, y establecer una Clínica de Nutrición.

Que los médicos aprendan el manejo de una buena nutrición, acorde con las Leyes de la Alimentación.

Participación de Medicina Preventiva, en programas de planificación familiar, campañas de vacunación, fomento de

alimentación al seno materno por un mínimo de 6 meses, orientación en la ablactación, tiempo y alimento.

Todas estas medidas realizadas en forma multidisciplinaria, tanto por Dietología. Trabajo Social, Médicos, Paramédicos, Familiares y Medicina Preventiva, para la rehabilitación de los pacientes a su egreso.

IX: BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Noel W Solomone NW Assessment of nutritional status. Functional indicators of pediatric nutriture. *Pediatr. Clin. North. Am.* 1985; 32: 319-335.
- 2.- Leopoldo Vega Franco. El papel de las Instituciones de asistencia social en la atención del niño desnutrido. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 1989; 2; 80-82.
- 3.- Rubén Fuentes Rojas, Augusto Winter Elizalde, Elba Mateluna Gárate y col. Estimulación psicosensorial intensiva en niños desnutridos. Efectos en el desarrollo psicomotor y crecimiento físico. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 1989; 5; 308-315.
- 4.- Edgar N Vázquez Garibay, María Irene Santos Torres y Francisco Nápoles Rodríguez. Evaluación del estado nutricional de niños que acuden al ONI de Guadalajara. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 1989, 12; 771-778.
- 5.- Carmen Soria Rodríguez, Antonio Arbo Sosa, Gloria Basurto Celaya y José Ignacio Santos. Capacidad de reconocimiento opsónico de los neutrófilos polimorfonucleares de niños desnutridos. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 1990; 2; 65-71.
- 6.- Samuel Flores Huerta, Salvador Villalpando y Arturo Fajardo Gutiérrez. Evaluación antropométrica del estado nutricional de los niños. Procedimientos, estandarizaciones y significado. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 1990; 10; 725-735.
- 7.- Ana Leticia Salcedo Rocha y Carlos Alberto Prado Aguilar. Factores asociados a la desnutrición aguda en preescolares migrantes de la zona cañera de Jalisco. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 1991; 3; 131-139.

- 8.- Rogelio Rea Castañeda, José Natalio Gutierrez Garcia, Guillermo S Diaz Mejía, Nina Kobashi Sánchez, Pedro Castro Hernández. Estructuración de los capítulos de protocolo de investigación según el tipo de estudio. Revista Médica del Distrito Federal. 1987; 3: 137-150.
- 9.- Robert N Suskind. El Niño Malnutrido. Nestlé Nutrition. XIX Seminario. 1986.
- 10.- Abbot Laboratorios. Nutrición enteral completa y equilibrada. 1982; 1-2.
- 11.- RH Valenzuela, J luengas. Desnutrición. Kwashiorkor. Marasmo. Manual de Pediatría. Interamericana 10a Edición. 1985; 255-261.
- 12.- Rogelio Rea Castañeda, José Natalio Gutierrez Garcia, Nina S Kobashi Sánchez, Pedro Castro Hernández. Paquete de autoaprendizaje para la elaboración de un protocolo de investigación. Dirección de Enseñanza e Investigación. Subdirección de Investigación. U.D. de Apoyo Científico. DCSMDDF. 1988.
- 13.- Max Salas Alvarado, Jaime A Ramirez Mayans. Nutrición del niño normal y anormal. Síndromes Pediátricos. Interamericana. Edición 3a. 1987; 116-151.
- 14.- Leopoldo Vega Franco. La desnutrición como expresión de enfermedad social. Alimentación y Nutrición en la Infancia. Edición F. Méndez Cervantes. 1991; 139-151.