

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
DELEGACION No. 4 DEL D.F**

**"RECUPERACION DE PESO Y TALLA
EN NIÑOS CON BAJO PESO AL NACIMIENTO"**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. FRANCISCO CALIXTO PEREZ PEREZ

0352100



IMSS

MEXICO D. F.

JULIO DE 1998.

2005



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.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS :

Para Alma Rosa con todo mi amor, gracias por todo lo que hemos tenido que pasar juntos y porque has sido la mujer que ha llegado justo en el momento preciso a darle un gran impulso a mi vida, esta misma que deseo compartirte hasta el final de mis días , como esposos, construyendo juntos todos los días un hogar armonioso, junto con Roger y Angelito en una familia funcional cobijada de amor, respeto, solidaridad y lealtad.

A mi madre que me alimentó en su seno y con mucho amor.

A mi padre que desde el cielo cuida los pasos del hijo que además de darle su nombre le dió la sensibilidad para con sus semejantes.

A mis hermanos Jesús y Yolanda, lo mismo que los que ya partieron, por el amor que nos profesamos incondicionalmente.

A Leonel Augusto, Marcos Emmanuel y Estefania Eunice por ser unos hijos maravillosos y sirva este trabajo para fortalecer en ellos la vocación que elijan.

A mi abuelita Natalia que también desde el cielo reciba una vez más el reconocimiento de haber contagiado la vocación de servicio y el haber sido la curandera de su pueblo.

A mis suegros y toda la familia Amezcua Fierros por la confianza depositada.

A los compañeros, pacientes y profesores.

A todos los que participaron en la realización de este trabajo y a los lectores por sus sugerencias, gracias.

AUTORIZACION:



[Signature]
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DRA. MARTHA BOIJEANEAU CARDENAS FACULTAD DE MEDICINA
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21 U.N.A.M.
Vo. Bo.

[Signature]
DR. FELIX ROBERTO TAVERA GONZALEZ
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
Vo. Bo.

[Signature]
DR. JORGE MENESES GARDUÑO
SUBDIRECTOR MEDICO Y
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
Vo. Bo.

ASESOR DE LA TESIS:



DR. JORGE MENESES GARDUÑO
SUBDIRECTOR MEDICO Y
TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
UMF No.21
IMSS.

INDICE:

	PAGINA
INTRODUCCIÓN	1
HIPÓTESIS	4
OBJETIVOS	5
MATERIAL Y MÉTODOS	6
DISEÑO ESTADÍSTICO	6
RESULTADOS	7
CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFÍA	15

INTRODUCCION:

El crecimiento en niños prematuros y en nacidos de bajo peso para la edad, han sido objeto de múltiples estudios en los últimos decenios. En la actualidad resulta de gran interés debido a que cada día es mayor el número de niños nacidos con muy bajo peso que sobreviven (1, 10,11).

Los estudios referidos (2, 13, 15,16) a los recién nacidos de bajo peso para la edad gestacional, en general demuestran que existe un déficit permanente de crecimiento (3, 22,23).

En la actualidad los criterios para la evaluación a largo plazo de éstos niños se han modificado por el advenimiento de nuevas técnicas de tratamiento. Cada vez es menor el número de lesionados y las secuelas tienden a ser de menor gravedad, en especial si se previenen los períodos de hipoxia grave y si se administra un adecuado cuidado familiar durante los primeros años de vida (1, 12, 14, 17,18).

Los niños con bajo peso al nacimiento deben ser clasificados en función del peso al nacimiento y edad gestacional. Los dos términos básicos usados son "pretérmino" y "pequeño para la edad gestacional". El vocablo pretérmino se refiere a niños nacidos antes de 37 semanas completas desde el primer día del último período menstrual, mientras que la expresión pequeño para la edad gestacional se aplica a niños que se hallan por debajo del décimo percentil definido por peso al nacimiento y edad gestacional.

Corresponde al nacimiento antes del término una proporción importante de muertes perinatales, Fuchs (1975) indicó que 8% de partos ocurridos prematuramente dan razón a 75% de muertes perinatales (4).

A la fecha no existen patrones satisfactorios para la evaluación de los prematuros y de los recién nacidos de bajo peso. Por otra parte, es notoria la necesidad de los clínicos de poder diagnosticar en las sucesivas consultas, si las variaciones en peso, talla y perímetro cefálico, corresponden a las velocidades de crecimiento esperados en función de la edad y las medidas previas (1).

En la evaluación del estado de salud de la población en general, es muy importante el registro periódico del crecimiento físico del niño, es un indicador muy sensible y cercano a la evaluación real de la salud (5).

Para evaluar el crecimiento existen algunos métodos antropométricos, donde los parámetros más usados son: peso, estatura, perímetro cefálico y espesor del pániculo adiposo. Existen dos formas de obtener estimaciones de estas medidas a través de estudios transversales, o bien longitudinales. Estos últimos, consisten en la evolutiva de un individuo o del mismo grupo de individuos, considerando intervalos adecuados de tiempo. La representación gráfica del valor absoluto de las medidas en relación con la edad, constituyen la curva de crecimiento.

La consideración evolutiva de las medidas es la principal ventaja de los estudios longitudinales. Los inconvenientes derivan de problemas vinculados con la obtención de datos, dificultad para asegurar la concurrencia a cada cita, y que la captación final sea aproximada a la inicial (6).

A través de la historia los patrones de alimentación de los lactantes han variado mucho con respecto a la prevalencia y duración de la lactancia natural, el uso de leches origen animal, el momento en que se desteta al niño, la manera de hacerlo, la forma de efectuar la transición a una dieta de tipo adulto. A pesar de que hay pruebas convincentes de que los hábitos relacionados con la alimentación de los lactantes son fáciles de modificar, se suele creer lo contrario, especialmente si no se pueden ver rápidamente las ventajas y se requiere persistencia para lograr algún progreso (7,22).

La superioridad de la lactancia natural respecto a otros métodos de alimentación es bien conocida por su valor nutritivo, antiinfeccioso, anticonceptivo, emocional y por las ventajas económicas (8, 20, 21, 22, 23).

A pesar de sus grandes virtudes, la lactancia materna está disminuyendo en incidencia y duración, especialmente entre las mujeres de grandes zonas urbanas y de más alto nivel educativo.

Los profesionales de la salud, son los responsables del éxito de la promoción, apoyo y práctica de la lactancia natural (9,20).

Los primeros meses de vida son un período de crecimiento rápido. La leche materna es el único alimento que se adapta naturalmente a los requerimientos nutricionales cambiantes del niño.

En general, la leche materna es el alimento completo y perfectamente balanceado que satisface por sí sola, las necesidades de líquidos, energía y nutriente del niño hasta los 4 - 6 meses de edad.

Existen alternativas a la leche materna para la alimentación infantil durante ese período, por ejemplo; uso de otras leches, tés, atoles, etc. que se ofrecen por lo común en biberón. Sin embargo, la adopción de otras alternativas implica un aumento en el riesgo de enfermedad y muerte para el niño (9, 18, 20).

El propósito del presente trabajo, es resaltar la importancia que juegan los patrones de alimentación en el crecimiento a través de peso y talla en un grupo de infantes del Instituto Mexicano del Seguro Social durante los primeros seis meses de vida.

HIPOTESIS:

Existen diferencias de crecimiento en el peso y talla en niños nacidos con bajo peso para la edad gestacional y prematuros, alimentados con lactancia materna exclusiva, lactancia mixta y lactancia artificial en los seis primeros meses de vida.

OBJETIVOS:

Establecer si existe recuperación de peso a los seis meses en niños nacidos con bajo peso al nacimiento.

Comparar los patrones de recuperación de peso entre los niños que nacieron con bajo peso para la edad gestacional y prematuros.

Comparar los diferentes patrones de alimentación y la recuperación de peso a los seis meses.

MATERIAL Y METODOS:

El presente trabajo fué realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación 4 Sureste. El estudio es de tipo transversal, comparativo, observacional y retrospectivo.

Se estudiaron 41 niños de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: niños nacidos con bajo peso en el hospital de apoyo en el período comprendido de noviembre del 95' a octubre del 96' y que no tuvieran malformaciones congénitas y que en su expediente contaran con la forma MF-8 (Vigilancia del crecimiento y desarrollo en el niño de 0 a 4 años) donde tuvieran registrados el peso y la talla al nacimiento y a los seis meses de edad. De esta manera se obtuvo la información en 156 niños, de los cuales se excluyeron 115(89 que no tenían expediente, 20 con datos incompletos y 6 mortinatos).

Una vez aplicados los criterios de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana de la SSA (publicada en el Diario Oficial de la Federación, Abril 13, 1994) la determinación estadística del tamaño de la muestra, se realizó mediante la fórmula de proporciones:

$$N = \frac{Z \cdot (p \cdot q)}{D}$$

$$D = 10$$

$$P = 8.6 \text{ (reportado por el hospital de apoyo para 1996)}$$

$$q = 91.4$$

$$Z = 3.8416$$

sustituyendo:

$$N = \frac{3.8416 \times 8.6 \times 91.4}{100} = 35 \text{ casos}$$

$$100$$

Los pacientes se seleccionaron en forma no probabilística de tipo incidental y se estudiaron a todos los encontrados: 41.

RESULTADOS:

De los 41 casos casi tres cuartas partes fueron niños de pretérmino con peso adecuado para su edad gestacional y un 30% de término con bajo peso para la edad gestacional (Cuadro 1). En ambos grupos, la prevalencia del bajo peso sólo mejoró en aprox. un 5%, para el primero y del 12% en el segundo, a los seis meses de edad.

Cuadro 1
Estado nutricional de acuerdo al peso al nacimiento y a los seis meses
UMF 21
1995-1996
%

peso	al nacimiento	a los seis meses	diferencia
adecuado	70	76	5
desnutrición leve	20	22	5
desnutrición moderada	10	2	7
total	100	100	

Sin embargo, los que presentaron desnutrición leve se incrementaron en un 5%. No así los que presentaron desnutrición moderada que disminuyeron a un 5%. Observándose una mejoría en el peso del 5% en la tabla general.

Al observar el comportamiento del peso en relación al sexo masculino no hubieron cambios favorables a los seis meses de edad. (cuadro 2)

Cuadro 2

Estado nutricional en niños de acuerdo al peso al nacimiento y a los seis meses

UMF 21

1995-1996

%

peso	al nacimiento	a los seis meses	diferencia
adecuado	34	34	0
desnutrición leve	7	12	5
desnutrición moderada	7	2	5
total	48	48	

Sin embargo en el sexo femenino es donde observamos el incremento en el peso en aprox. 5%.(Cuadro 3)

Cuadro 3

Estado nutricional en niñas de acuerdo al peso al nacimiento y a los seis meses

UMF 21

1995-1996

%

peso	al nacimiento	a los seis meses	diferencia
adecuado	39	41.5	2.5
desnutrición leve	13	10.5	2.5
total	52	52	

Si comparamos a los varones con las mujeres podríamos decir que el grupo más favorecido fue el segundo, pero cabe mencionar que desde el nacimiento este grupo tuvo mejor peso y su comportamiento se mantuvo así

(Cuadro 4)

Cuadro 4
Estado nutricional en función del peso y sexo a los seis meses de edad
UMF 21
1995-1996
%

peso	femenino	masculino	diferencia
normal	41.5	34	7.5
desnutrición leve	10.5	12	1.5
desnutrición moderada		2	2
total	52	48	

Al observar el comportamiento de la talla, ésta mejoró en un 46% en general predominando en aquéllos que al nacimiento la tenían baja y ligeramente baja.(cuadro5)

Cuadro 5
Talla al nacimiento y a los seis meses de edad
UMF 21
1995-1996
%

talla	al nacimiento	a los seis meses	diferencia
ligeramente alta	0	7	7
normal	27	59	32
ligeramente baja	49	22	27
baja	24	12	12
total	100	100	

En los varones la talla mejoró en un 36% y en las mujeres en 44% (Cuadros 6,7 y 8).

Cuadro 6
Talla al nacimiento y a los seis meses de edad en niños
UMF 21
1995-1996.
%

talla	al nacimiento	a los seis meses	diferencia
normal	9	27	18
ligeramente baja	27	15	12
baja	12	6	6
total	48	48	

Cuadro 7
Talla al nacimiento y a los seis meses de edad en niñas
UMF 21
1995-1996
%

talla	al nacimiento	a los seis meses	diferencia
ligeramente alta	0	7	7
normal	17	32	15
ligeramente baja	22	7	15
baja	13	6	7
total	52	52	

Cuadro 8
Talla en función del sexo a los seis meses de edad
UMF 21
1995-1996
%

talla	femenino	masculino	diferencia
ligeramente alta	7	0	7
normal	32	27	5
ligeramente baja	7	15	8
baja	6	6	0
total	52	48	

En relación a los patrones de alimentación el 76% recuperó peso observándose mayor ventaja para la lactancia artificial con un 49%, lactancia materna con el 15% y 12% en la artificial.(Cuadro 9).

Cuadro 9
Recuperación de peso según el patrón de alimentación a los seis meses de edad
UMF 21.
1995-1996
%

Recuperó peso	lactancia exclusiva	lactancia mixta	lactancia artificial	total
si	15	12	49	76
no	7	7	10	24
total	22	19	59	100

Al comparar los diferentes patrones de alimentación en relación al sexo no encontramos diferencias significativas.(Cuadros 10, 11 y 12)

Cuadro 10
Recuperación de peso a los seis meses de edad en niños alimentados con lactancia
materna exclusiva por sexo

UMF 21
1995-1996
%

Recuperó peso	Femenino	masculino	diferencia
si	5	10	5
no	2.5	5	2.5
total	7.5	15	

Cuadro 11
Recuperación de peso a los seis meses de edad en niños alimentados con lactancia
mixta por sexo

UMF 21
1995-1996
%

Recuperó peso	Femenino	masculino	diferencia
si	5	7	2
no	5	2.5	2.5
total	10	10	

Cuadro 12
Recuperación de peso a los seis meses de edad en niños alimentados con lactancia
artificial por sexo

UMF 21
1995-1996

%

Recuperó peso	femenino	masculino	diferencia
si	32	17	15
no	2.5	7	5
total	34.5	24	

CONCLUSIONES:

En general los niños que nacieron con bajo peso no lo recuperaron a los seis meses, no existiendo ventajas entre los prematuros y aquéllos con bajo peso para la edad gestacional. En la literatura mundial se refiere entre un 8 y 30% la prevalencia de los niños con bajo peso al nacimiento, nosotros encontramos un 26% , es decir, uno de cada cuatro nacidos vivos, presenta bajo peso al nacimiento.-

A pesar de las nuevas políticas en Salud Reproductiva se siguen desdeñando las ventajas de la lactancia materna exclusiva y no se le está brindando la atención que merecen los niños con bajo peso al nacimiento a pesar de ya estar normado el procedimiento para su atención, lo mismo que para el uso de sucedáneos de la leche.

BIBLIOGRAFIA:

1. Marthell M, Bertolini LA, Nieto F, Tenzer SM. Crecimiento y desarrollo en los dos primeros años de vida postnatal. Washington, DC OPS; 1981(406):25-30.
2. Cashore WJR, Sedaghaton RH. Nutritional supplements with intravenously administered, proteins hydrolysate and glucose in small premature infants. Pediatrics; 1975: 56-8.
3. Cruise MO. A longitudinal study of growth of low birth weight infants. I. Velocity and distance growth from, birth to 3 years. Pediatrics; 1973:51-62.
4. Tambyrasa RL, Ratnam SS. Feto pequeño; crecimiento retardado y pretérmino. Clin Gin y Obst; 1982(3):495-514.
5. OPS. Salud materno infantil y atención primaria en las Américas. Hechos y tendencias; 1981 (406).
6. McCann M y Bender DE. Prácticas de alimentación materno-infantil en zonas rurales de Bolivia. OPS, 1993; 114(1):23-32.
7. Memorandum de una reunión de la UJH y la OMS. Investigación sobre las prácticas mejoradas de la lactancia para prevenir la diarrea o reducir su gravedad OPS.; 1991: 499-508.
8. Pimentel VP. El crecimiento de los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses de vida. OPS; 1991; 110 (4):311-8.
9. Rodríguez-García R. Nuevos conceptos de lactancia su promoción y la educación de los profesionales de la salud. OPS, 1991; 111(1); 1-15.

10. Loraine V. La alimentación infantil en México y su relación con la utilización de servicios de salud materna. *Sal Púb Méx*, 1992; 34(6); 593-606.
11. Aguirre-Beltrán G. Cuidados de la madre y el niño. México. D. F., Instituto indigenista Interamericano III. 1955; 77-87
12. Saurel CMJ, Kaminski. Pregnancy and its outcome among hospital personnel according to ocupación and working conditions. *J Epidemiol. Com Health*. 1985; 39: 129-34.
13. Joffe M. Bases on research on reproductions and women's work. *Int. J Epidemiol* 1985; 14: 1108-123.
14. Hartikainen SAL. Occupational and sociomedical factors in preterm birth. *Obstet Gynecol* 1989; 74: 13-6.
15. Güemez SJC, Bermudez. MI. Influencia de la situación laboral de la madre en el peso del recién nacido a término. *Med Hosp Infant Mex* 1990; 47: 321-4.
16. Chamberlain G, García J. Pregnant women at work, *Lancet* 1983; Y: 228-30.
17. Mamelle N, Laumon B, Lazar P. Prematurity and occupational activity during pregnancy. *Am J Epidemiol* 1984; 119: 309-22.
18. Murphi JF. Employment in pregnancy: Prevalence, maternal characteristics, perinatal outcome. *Lancet* 1984; 1: 1163-6.
19. Gutiérrez AG, Ladrón de Guevara AR. Hábito de fumar en la embarazada. Efectos en el recién nacido. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, 1989; 25-7.
20. Pérez-Escamilla R. Epidemiología de la lactancia materna en zonas rurales y urbanas de México. *OPS* 1993; 114(5): 399-405.

21. Pérez-Escamilla R. Autoalimentación con biberón en una población urbana de bajos ingresos en México. OPS 1995; 119(4): 283-91.

22. Leiva-Pacheco R. Variables asociadas a patrones de lactancia en Tijuana, México. Sal Públ Mex. 1994;36(2):161-7.

23. Jiménez-Guerra Alimentación, morbilidad y crecimiento en infantes de un grupo de madres primigestas. Sal Públ Méx. 1994; 36(4): 399-407.