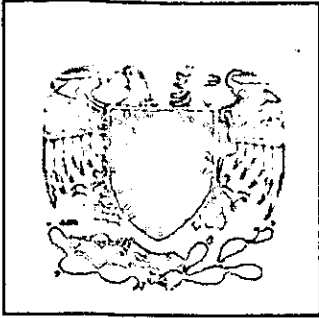


11237

173



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

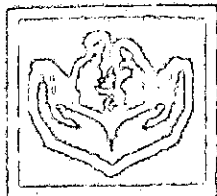
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LOS RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL "LIC.
ADOLFO LÓPEZ MATEOS"

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA LA DRA. GUILLERMINA SÁNCHEZ MORENO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA



ISSSTE

180087

México, D. F. , a 30 de Octubre del 2000.



Universidad Nacional
Autónoma de México

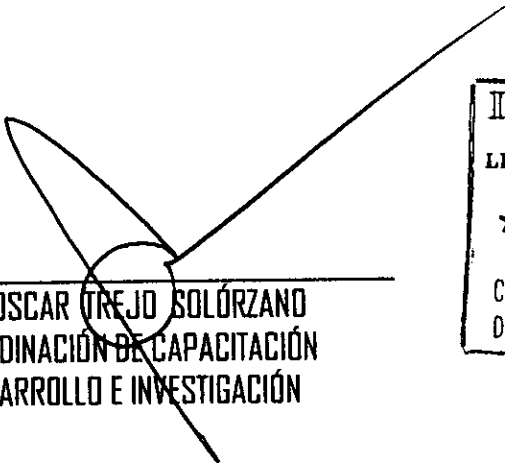


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL


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

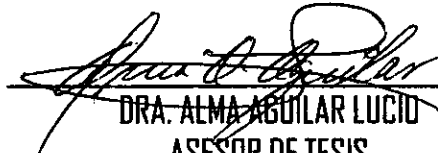
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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


DR. OSCAR TREJO SOLÓRZANO
COORDINACIÓN DE CAPACITACIÓN
DESARROLLO E INVESTIGACIÓN

I. S. S. S. T. T.
HOSPITAL GENERAL
LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS
☆ OCT 23 2003 ☆
COORDINACIÓN DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION


ENTRADA
31 OCT 2003
Subdirección de
Enseñanza e
Investigación


DR. BALTAZAR BARRAGÁN HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO


DRA. ALMA AGUILAR LUCIO
ASESOR DE TESIS


DR. SERGIO BARRAGÁN PADILLA
VOCAL DE INVESTIGACIÓN


M. EN C. HILDA RODRÍGUEZ ORTIZ
JEFE DE INVESTIGACIÓN

NOV. 30 2019
JEFATURA DE
INVESTIGACION


DR. JULIO CESAR DÍAZ BECERRA
JEFE DE ENSEÑANZA

ÍNDICE

1. Resumen en español.....	1
2. Resumen en inglés.....	2
3. Introducción.....	3
4. Material y Métodos.....	6
5. Resultados.....	7
6. Discusión.....	13
7. Bibliografía.....	14

RESUMEN

Objetivo: Conocer el estado nutricional de los Recién Nacidos del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos y estatificar a esta población según diagnóstico nutricional, en base a las curvas de crecimiento intrauterino de Lubchenco.

Material y métodos: Se registraron a los Recién Nacidos en la Unidad Toco quirúrgica del Hospital, en un periodo de seis meses, de marzo a agosto del 2000, se obtuvo información sobre la somatometría. Se clasificó al Recién Nacido según sexo, peso, talla y edad gestacional, de acuerdo a las gráficas de crecimiento intrauterino de Lubchenco. Se utilizó análisis estadístico, de acuerdo a promedio, moda, mediana y desviación estándar. Se obtuvo información de la escolaridad y nivel socioeconómico materno y se exploró de forma general su asociación con la somatometría del Recién Nacido.

Resultados: Se registraron un total de 1257 nacimientos, de los cuales 633 fueron del sexo masculino y 624 del sexo femenino. De estos 1151 (91.5%) se encuentran con peso adecuado para la edad gestacional; 26 (2.0%), con peso bajo para la edad gestacional y 80 (6.3%) con peso elevado para la edad gestacional, según Lubchenco. De acuerdo a la gráfica percentilar para peso, la mayor cantidad de Recién Nacidos 386 (30.7%) se encuentran en la percentil 50 y para la talla 459 (36.5%) se encuentran en la percentil 75. Para la escolaridad el mayor porcentaje de las madres 336 (26.9%) cuentan con educación media superior y el nivel socioeconómico predominante es el medio bajo con 716 (56.9%), en donde probablemente una mejor preparación escolar y este nivel socioeconómico favorezca que los Recién Nacidos tengan mejor peso y talla al nacimiento.

Conclusiones: La población de Recién Nacidos en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos se encuentra dentro de la normalidad para peso y talla, de acuerdo a las gráficas de crecimiento intrauterino de Lubchenco. El peso y la talla al nacer son indicadores de salud en el Recién Nacido; tienen un fuerte impacto en la sobrevivencia neonatal, infantil y posterior; así como en la salud, el crecimiento y el desarrollo.

Palabras clave: estado nutricional, recién nacido, crecimiento intrauterino.

SUMMARY

Objective: To know the nutritional state of those Newborn ones of the Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos to make a standar to population according to nutritional diagnosis, based on the curves of intra-uterine growth of Lubchenco.

Material and methods: They registered to those New born ones in the maternal unit of the Hospital, in a period of six months, of March to August of the 2000, information was obtained on the grow chart. It was classified to the Newborn one according to sex, weight, height and gestational age , according to the graphs of intra-uterine growth of Lubchenco. You uses statistical analysis, according to average, fashion, medium and standard deviation. It was obtained information of the education and maternal socioeconomic level and it was explored in a general way their association with the grow chart of the Newborn.

Results: They registered a total of 1257 births, of which 633 were of the masculine sex and 624 of the feminine sex. Of these 1151 (91.5%) they meet with appropriate weight for the age gestation; 26 (2.0%), with weight under for the age gestation and 80 (6.3%) with high weight for the age gestation, according to Lubchenco. According to the graphic percentilar for weight, the biggest quantity of Newborn 386 (30.7%) they are in the percentile 50 and for the size 459 (36.5%) they are in the percentile 75. For the education the biggest percentage in the mothers 336 (26.9%) they have superior half education and the predominant socioeconomic level is the low means with 716 (56.9%). where probably a better school preparation and this socioeconomic level favors that those newborn ones have better weight and it height to the birth.

Conclusions: The population of Newborn in the Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos you it is inside the normality for weight and it height, according to the graphs of intra-uterine growth of Lubchenco. The weight and the size when being born are indicative of health in the newborn one; they have a strong impact in the survival neonatal, infantile and later; as well as in the health, the growth and the development.

WORDS KEY: Nutritional state, newborn , intra-uterine growth.

INTRODUCCIÓN

La evaluación del Recién Nacido (RN) al igual que en los niños mayores, requiere el conocimiento de los antecedentes del niño. Debe recordarse que el niño tiene una historia pasada porque en realidad no es "nuevo" sino recientemente nacido. Es imposible resaltar suficientemente la importancia de esta historia pasada (que es la historia materna antes de la concepción y durante el embarazo, la evolución del trabajo de parto y cualquier signo de sufrimiento fetal) porque el niño reflejará la suma total de este pasado genético y ambiental y las lesiones menores o mayores a las que estuvo expuesto. (2)

El desarrollo normal del feto está amenazado por numerosos factores, simples y combinados. Las complicaciones maternas (factores obstétricos) desempeñan un papel importante, pero de mayor importancia son los factores ambientales (condiciones sociales desfavorables, deficiencias nutricionales, etc.). Se produce una interacción entre varios de estos factores y perjudican el índice de mortalidad perinatal y la calidad de sobrevivida. Algunos fetos se dañan tempranamente y otros en etapas más tardías, muchos niños nacerán prematuros o serán inusualmente pequeños para la edad gestacional. Unos pocos serán grandes o habrán permanecido in útero durante un lapso excesivo. Cada situación posee riesgos especiales.

Las características del desarrollo físico del hombre son únicas; su peso, su talla, su silueta, la duración de la etapa expansiva de la vida y de sus subetapas, etc., son herencia de una especie. La herencia es también el factor determinante de mayor importancia en las diferencias biológicas que se observan entre los hombres. (8)

El peso al nacer es un indicador de salud del RN; tiene un fuerte impacto en la sobrevivencia neonatal, infantil y posterior, así como en la salud, el crecimiento y el desarrollo. La longitud al nacer, otro indicador de salud fetal, añade información sobre las condiciones intrauterinas y también influye en el crecimiento subsecuente. (6)

Los factores determinantes del peso al nacer se conocen cada vez más, en tanto que se tiene menos información sobre los relacionados con la longitud al nacer. La nutrición materna es uno de los principales determinantes del peso al nacer y del retardo en el crecimiento intrauterino, pero éste no distingue el peso de la longitud del neonato. En países en desarrollo la desnutrición materna podría explicar hasta 50% de la incidencia del retardo en el crecimiento intrauterino. (6)

La baja talla materna se toma generalmente como un indicador antropométrico maternos de riesgo de bajo peso al nacer. Sin embargo, hay otras variables antropométricas que se asocian mejor con esta variable, como son el peso pregestacional o la circunferencia de la pantorrilla. No existen acuerdos ni recomendaciones nacionales respecto a los puntos de demarcación de indicadores antropométricos maternos por debajo de los cuales hay un mayor riesgo de que presenten peso al nacimiento o longitud al nacimiento insuficiente.

La prevalencia de la desnutrición en el ámbito nacional y en la ciudad de México en mujeres de edad fértil es alta. Dada la estrecha relación que se ha encontrado entre el estado de nutrición

materno y el tamaño del infante al nacer, cabe esperar que en estas regiones un alto porcentaje de peso bajo al nacer se explique por la desnutrición materna. (6)

En la literatura sobre el tema no existen datos acerca del efecto de la desnutrición materna de la longitud al nacimiento; lo que hasta ahora se sabe, se ha encontrado del efecto en peso, o en peso para la longitud.

La longitud al nacer, independientemente del peso es un valioso indicador de salud del neonato y tiene una estrecha relación con la talla del preescolar y del adolescente especialmente cuando se asocia a la desnutrición crónica, se relaciona con un crecimiento intelectual inferior, mal desempeño escolar y menos capacidad física para el trabajo. (6)

Las medidas de crecimiento, como el peso, talla y perímetro cefálico indicarán el estado de los niños en relación con otros niños de su misma edad, pero solo las medidas secuenciales expresarán el normal o anormal dinamismo de los procesos, a través de los cuales el niño alcanza su crecimiento potencial.

El estudio del crecimiento y desarrollo del ser humano en el periodo perinatal es relativamente nuevo, las técnicas para visualizar al feto, seguirlo en estos aspectos tiene un desarrollo reciente sobretodo con la introducción del ultrasonido, las curvas antropométricas de crecimiento fetal para clasificar al RN, de acuerdo a la edad gestacional, peso, talla y perímetro cefálico realizadas por Lubchenco en Denver Colorado, vinieron a revolucionar el concepto de la clasificación del RN con todas las implicaciones de morbilidad y mortalidad que aportaron. Así mismo, con la antropometría de superficie se han logrado establecer indicadores de evaluación somática que facilitan la observación del crecimiento en evolución constante.

El crecimiento infantil ha sido motivo de múltiples investigaciones, dada la importancia que este tiene en el campo de la pediatría. En la vida del sujeto en crecimiento, converge una gran cantidad de variables que influyen en la configuración del biotipo. Desde el proceso de diferenciación celular, hasta llegada a la etapa adulta. El crecimiento corporal del ser humano, en particular durante la vida intrauterina, está determinado por tres circunstancias básicas: la primera corresponde al momento, es decir, la convergencia de factores que contribuyen al desarrollo de órganos predeterminado genéticamente. En segundo término, la velocidad la cual está determinada por factores genéticos y más tarde por su interacción con el medio ambiente. La tercera circunstancia es el ritmo de crecimiento, esta variable se caracteriza por los cambios funcionales (hiperplasia) y el aumento de la masa del tejido (hipertrofia), que se manifiestan hasta expresar las dimensiones morfológicas llegando hasta un límite adaptativo. Las interacciones del momento, la velocidad y el ritmo dan como resultado la armonía corporal.

Las medidas antropométricas determinadas con exactitud y aplicados a índices o comparadas con tablas son uno de los mejores indicadores del estado de nutrición tanto de bebés como en niños más grandes, puesto que son de gran ayuda para la evaluación del crecimiento en esta etapa de la vida. Estas medidas pueden incluir talla o longitud supina, peso, pliegues cutáneos, perímetro braquial, entre otros. El peso y la talla, son generalmente considerados como las medidas más importantes para evaluar el crecimiento y estado de nutrición normales, sin embargo,

también se incluyen las medidas de perímetros y pliegues cutáneos, a pesar de que requieren de una estandarización más exacta en la toma de medidas. El avance en el estudio exacto y cuantitativo del crecimiento se basa sobre todo en la introducción de técnicas precisas no invasivas para reconocer y medir las observaciones aplicando a los datos así obtenidos al análisis gráfico, numérico y estadístico.

Cuando se está ante un RN, después de la asistencia primaria, se procede a las características físicas y neurológicas, a valorar la edad gestacional según diferentes sistemas (Usher, Dubowitz, Ballard, Capurro), para que de acuerdo a ella y a la somatometría, clasificar al RN en las curvas de Lubchenco, en que se considera a inmaduros a los menores de 28 semanas, por lo que quedan cuatro grupos de acuerdo a la edad gestacional (inmaduros, prematuros, de término y postmaduros) y tres grupos de acuerdo a somatometría (mayor, adecuado o menor para la edad gestacional). (1)

La ventaja de la clasificación de acuerdo a edad gestacional y somatometría es que permite predecir el tipo de morbimortalidad que presente, ya que en el recién nacido inmaduro el fallecimiento generalmente ocurre por la tríada inmadurez-insuficiencia respiratoria- hemorragia intraventricular, mientras que en el postmaduro con peso bajo la mortalidad estará condicionada por encefalopatía hipóxica aguda y/o síndrome de aspiración de meconio.(1)

Se reconoce y acepta generalmente la relación entre la velocidad de crecimiento y la adecuación del desarrollo físico y a la capacidad funcional física. Comparando las medidas físicas de determinado niño durante un periodo de tiempo con los de otros niños sanos es posible determinar, dentro de ciertos límites, si se desarrolla convenientemente. (10)

El crecimiento fetal es un complejo fenómeno en el que convergen múltiples variables, cada una de ellas con sus respectivos efectos, y se convierten en el punto de partida para la óptima presentación del producto al nacer, en el que se puede traducir el bienestar general de una población y las condiciones a futuro de una sociedad en su conjunto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un trabajo de investigación longitudinal, prospectivo, descriptivo y transversal, durante un periodo de seis meses, en la Unidad Toco-quirúrgica del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, mediante la recolección de datos, en un formato previamente diseñado, en el cual se incluyen datos generales de la madre, escolaridad y ocupación, así como la somatometría del recién nacido.

La hoja fue llenada, con la colaboración del Médico Residente de primer año, el cual se encuentra de manera permanente en la Unidad Toco-quirúrgica.

Para la toma de peso se calibró la báscula pesa-bebé (<12kg), y se pesó al recién nacido sin ropa. La talla se tomó con una cinta graduada en cm y mm tomando como referencia la parte más prominente de la región occipital al talón.

Para clasificar al recién nacido se utilizaron las curvas de crecimiento intrauterino de Lubchenco, en las que se consideraron inmaduros a los menores de 28 semanas, quedando cuatro grupos de acuerdo a la edad gestacional (inmaduros, prematuros, de término y postmaduros) y tres grupos de acuerdo a la somatometría (mayor, adecuado o menor para la edad gestacional).

De acuerdo a ello, las centilas 10 a 90 cubren el 80% de los nacimientos; aquellos que quedan en somatometría por arriba de la centila 90 son los grandes para la edad gestacional y los que quedan por debajo de la centila 10 son los considerados pequeños para la edad gestacional. Se incluyeron a todos los recién nacidos durante el periodo del 01 de marzo al 31 de agosto del 2000. Fueron excluidos los recién nacidos con malformaciones mayores, óbitos, edad gestacional menor a 28 semanas y peso menor a 1000 grs.

Los datos fueron agrupados de acuerdo a la relación peso-talla, peso-edad gestacional y talla-edad gestacional, mediante el sistema de paloteo, posteriormente con las gráficas de Lubchenco se procedió a clasificar al recién nacido.

Se utilizaron medidas de tendencia central: media o promedio, mediana y moda. Y como medida de dispersión se utilizó a la desviación estándar.

RESULTADOS

Se registraron 1257 nacimientos en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, en un periodo de seis meses, comprendido del 01 de marzo al 31 de agosto del 2000, de estos 633 fueron del sexo masculino y 624 del sexo femenino.

Se clasificó a los RN por sexo, peso y talla para la edad gestacional.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que el mayor porcentaje de los recién nacidos se encuentra con peso y talla adecuados para la edad gestacional, ya que las centilas 10 a 90 cubren el 90.6 % para peso y 90.6 % para talla en el sexo masculino (tabla II y IV) y 88.9 % para peso y 92.4 % para talla en el sexo femenino (tabla VI y VIII), lo cual se muestra en las gráficas 1 y 3.

La prevalencia de bajo peso al nacer en la población en estudio fue de 4.2 % en el sexo masculino (tabla II) y de 6.4 % en el sexo femenino (tabla VI).

El peso elevado para la edad gestacional se presentó en mayor porcentaje en los niños (5.0 %) en comparación con las niñas (4.6 %), sin embargo se desconoce la causa probable de este evento.

En cuanto a la talla, llama la atención que ambos sexos, se encuentran ubicados en la percentil 75, es decir, discretamente elevada al promedio esperado para las condiciones de nuestra población, sin llegar a tener talla elevada para la edad gestacional (tabla III y VII y gráfica 6). Afortunadamente en menor porcentaje muestra talla baja. La talla elevada corresponde aproximadamente a la misma frecuencia que el peso elevado para ambos sexos.

Las gráficas 2 y 4 corresponden a la clasificación para talla comparada en ambos sexos, en la que el mayor porcentaje de la población muestra talla adecuada para la edad gestacional.

La gráfica 5 muestra la clasificación percentilar para peso, en donde el mayor porcentaje de pacientes se ubica en el percentil 50 en ambos sexos.

La gráfica 6 muestra la relación de peso/ edad gestacional, en donde se observa que los pacientes que nacen al inicio de la semana de gestación, es decir; a las 38.1 o 39.1 por ejemplo, muestran menos peso al nacer que los que nacen al final de la semana, es decir; a las 38.6 o 39.6, en este estudio no se muestran las probables causas, sin embargo sería interesante investigar los factores relacionados.

La distribución de peso al nacer de estos 1257 recién nacidos, mostró una media de 2943.15 gramos para los niños y 2850.49 gramos para las niñas, una talla promedio de 49.5 cm para los niños y 48.8 cm para las niñas, no existiendo diferencias significativas entre uno y otro sexo.

La edad gestacional promedio fue adecuada a niños de término, siendo esta de 39.2 SDG para los niños y 39.1 SDG para las niñas (gráfica 6).

La desviación estándar de la población es de 536.9 gramos y los percentiles 10 y 90, de 1000 gramos y 3800 gramos respectivamente.

Se registraron durante este periodo 11 embarazos gemelares, con peso y talla adecuados para la edad gestacional.

Se excluyo a un paciente con diagnóstico de Síndrome de Down, 9 pacientes con peso menor a 1000 grs y de estos 6 tenían edad gestacional menor a 28 semanas.

La escolaridad materna más frecuente es el nivel bachillerato (336 pacientes) y el nivel socioeconómico más frecuente es el medio bajo (715 pacientes), esto probablemente les permite a las madres tener conocimiento y tomar conciencia de la importancia que representa un control prenatal regular, alimentación adecuada, por lo que sus hijos presentan peso y talla adecuados al nacimiento (tabla IX y X).

Se observa también que existe una buena cantidad de pacientes con nivel técnico y socioeconómico medio alto, esto debido a las características de la población de derechohabientes del ISSSTE.

RECIÉN NACIDOS DEL SEXO MASCULINO

Peso promedio: 2943.15245 gramos

Mediana: 2800.5 gramos

Moda: 2900.5 gramos

Talla promedio: 49.5387 cm

Mediana: 45.5 cm

Moda: 50 cm

Edad gestacional promedio: 39.2 SDG

TABLA I. CLASIFICACIÓN POR PERCENTILES PARA PESO

PERCENTILES	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
ABAJO DE 10	27	4.2
10	37	5.8
25	142	22.4
50	194	30.6
75	124	19.5
90	77	12.1
ARRIBA DE 90	32	5.0
TOTAL	633	99.6

Fuente: Hoja de recolección de datos

TABLA II. CLASIFICACIÓN SEGÚN LUBCHENCO

	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
PESO BAJO PARA LA EDAD GESTACIONAL (PBEG)	27	4.2
PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL (PAEG)	574	90.6
PESO ELEVADO PARA LA EDAD GESTACIONAL (PEEG)	32	5.0
TOTAL	633	99.8

Fuente: Hoja de recolección de datos

TABLA III. CLASIFICACIÓN PERCENTILAR PARA TALLA

PERCENTILES	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
ABAJO DE 10	9	1.4
10	12	1.8
25	74	11.6
50	126	19.9
75	230	36.3
90	132	20.8
ARRIBA DE 90	50	7.8
TOTAL	633	99.6

Fuente: Hoja de recolección de datos

TABLA IV. CLASIFICACIÓN SEGÚN LUBCHENCO

	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
TALLA BAJA PARA LA EDAD GESTACIONAL (TBEG)	9	1.4
TALLA ADECUADA PARA LA EDAD GESTACIONAL (TAEG)	574	90.6
TALLA ELEVADA PARA LA EDAD GESTACIONAL	50	7.8
TOTAL	633	99.8

Fuente: Hoja de recolección de datos

REGIÓN NACIDOS DEL SEXO FEMENINO

Peso promedio: 2850.49679 gramos

Mediana: 2805.5 gramos

Moda: 2900.5 gramos

Talla promedio: 48.8685 cm

Mediana: 45.4 cm

Moda: 50 cm

Edad gestacional promedio: 39.1 SDG

TABLA V. CLASIFICACIÓN POR PERCENTILES PARA PESO

PERCENTILES	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
ABAJO DE 10	40	6.4
10	68	10.8
25	131	20.9
50	192	30.7
75	115	18.4
90	49	7.8
ARRIBA DE 90	29	4.6
TOTAL	624	99.6

Fuente: Hoja de recolección de datos

TABLA VI. CLASIFICACIÓN SEGÚN LUBCHENCO

	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
PESO BAJO PARA LA EDAD GESTACIONAL (PBEG)	40	6.4
PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL (PAEG)	555	88.9
PESO ELEVADO PARA LA EDAD GESTACIONAL (PEEG)	29	4.6
TOTAL	624	99.9

Fuente: Hoja de recolección de datos

TABLA VII. CLASIFICACIÓN POR PERCENTILES PARA TALLA

PERCENTILES	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
ABAJO DE 10	17	2.7
10	25	4.0
25	111	17.7
50	133	21.3
75	229	36.6
90	79	12.6
ARRIBA DE 90	30	4.8
TOTAL	624	99.7

Fuente: Hoja de recolección de datos

TABLA VII. CLASIFICACIÓN SEGÚN LUBCHENCO

	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
TALLA BAJA PARA LA EDAD GESTACIONAL (TBEG)	17	2.7
TALLA ADECUADA PARA LA EDAD GESTACIONAL (TAEG)	577	92.4
TALLA ELEVADA PARA LA EDAD GESTACIONAL	30	4.8
TOTAL	624	99.8

Fuente: Hoja de recolección de datos

DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LA POBLACIÓN EN GENERAL: 536.912211

MEDIA: 3135.0237

RELACIÓN PESO - TALLA

La relación peso - talla se encuentra entre los percentiles 10 y 90 para la mayoría de los recién nacidos, con un promedio de 2.56 (percentil 50) para ambos sexos.

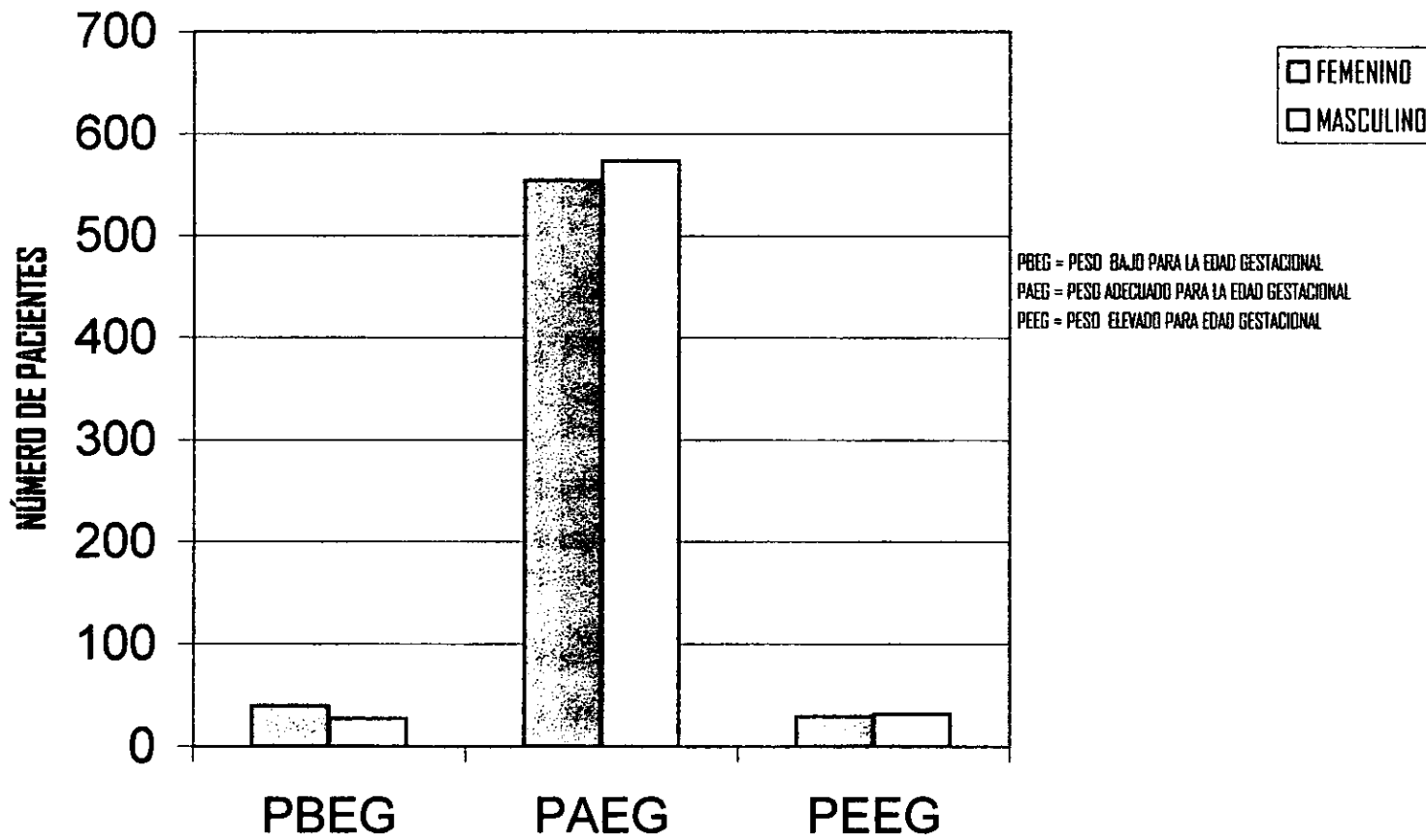
TABLA IX. ESCOLARIDAD MATERNA

PRIMARIA	SECUNDARIA	BACHILLERATO	NIVEL TÉCNICO	LICENCIATURA	TOTAL
115	253	336	317	225	1246

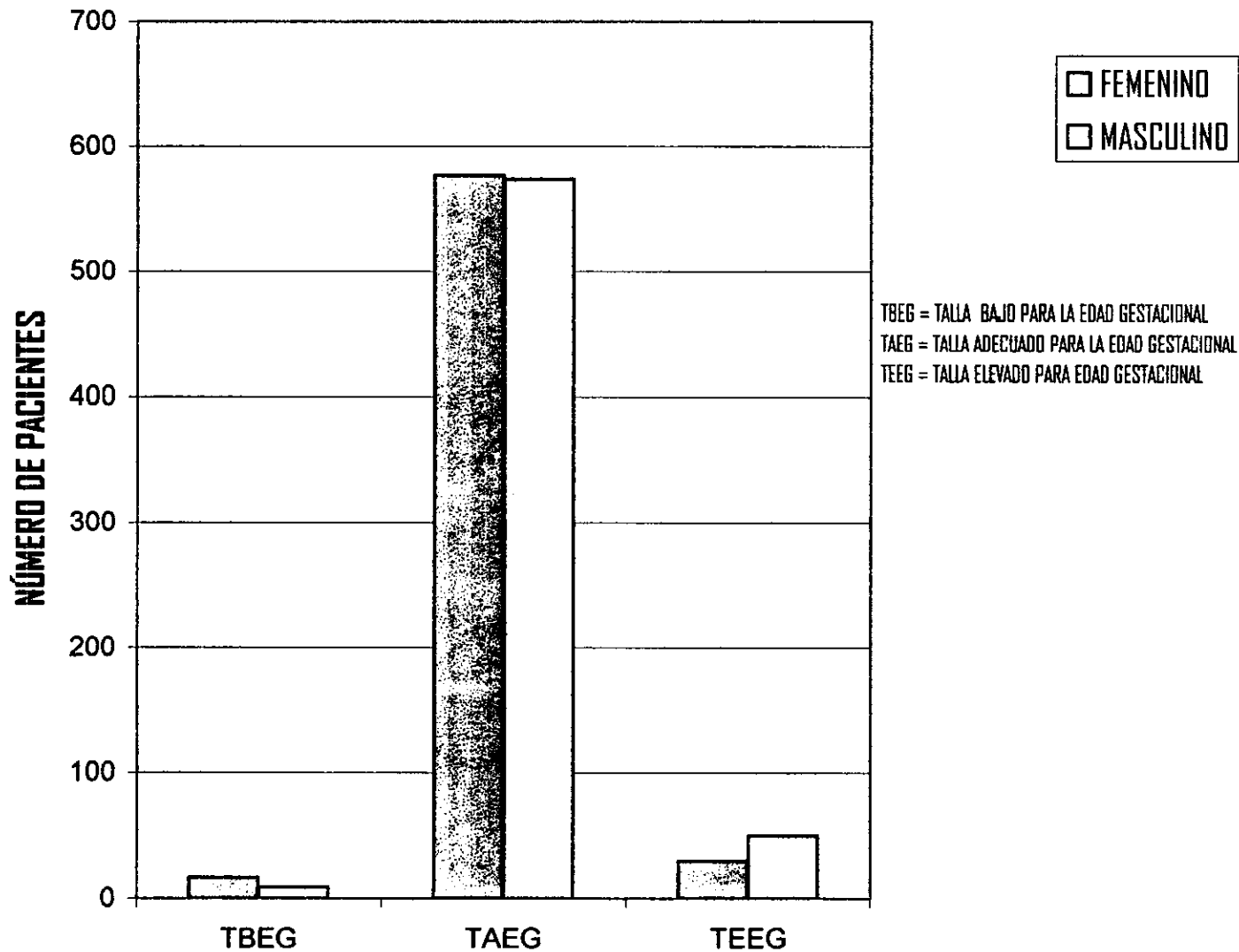
TABLA X. NIVEL SOCIOECONÓMICO

ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BAJO	BAJO	TOTAL
0	424	715	107	1246

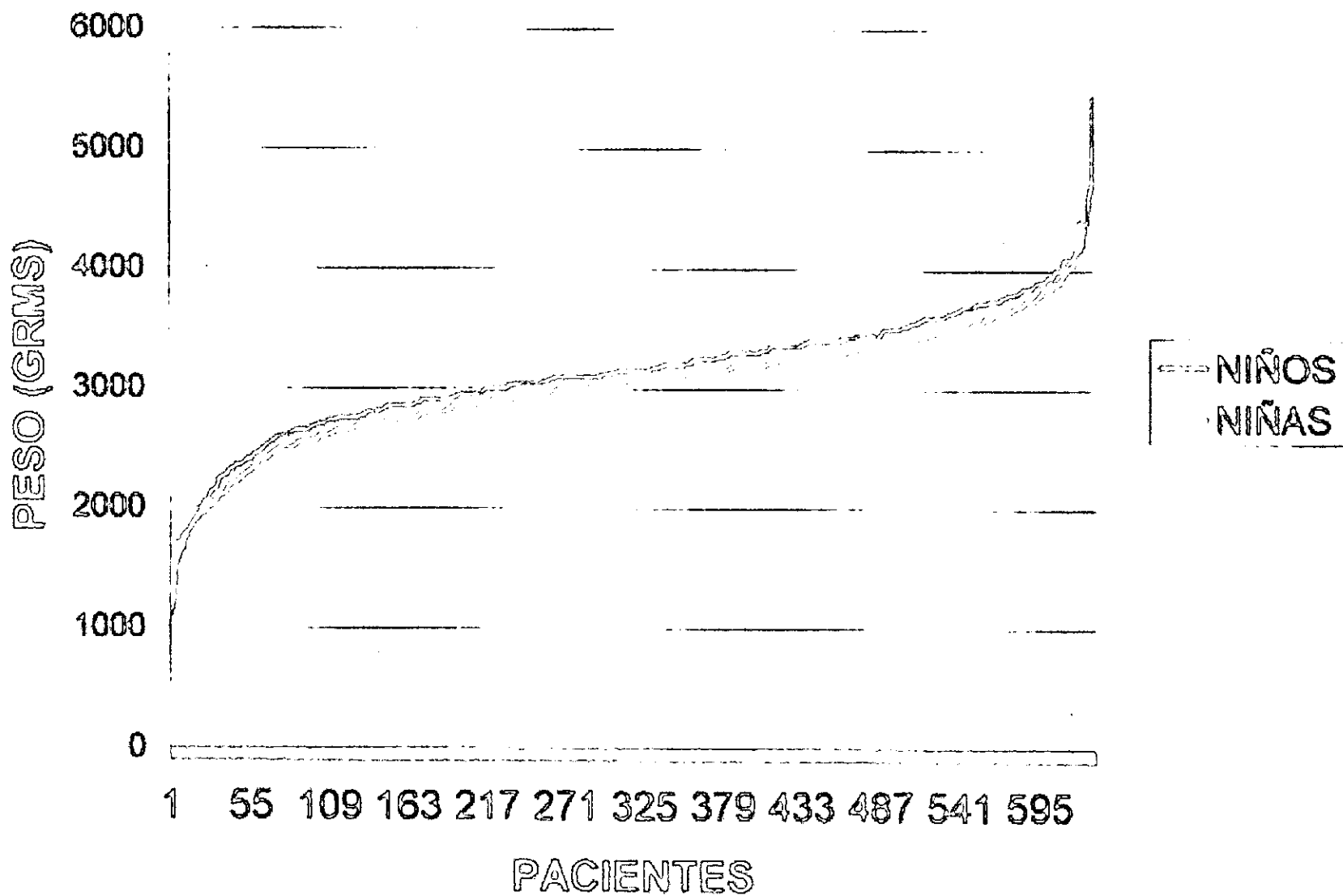
CLASIFICACIÓN POR PESO DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN LUBCHENCO



CLASIFICACIÓN POR TALLA DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN LUBCHENCO

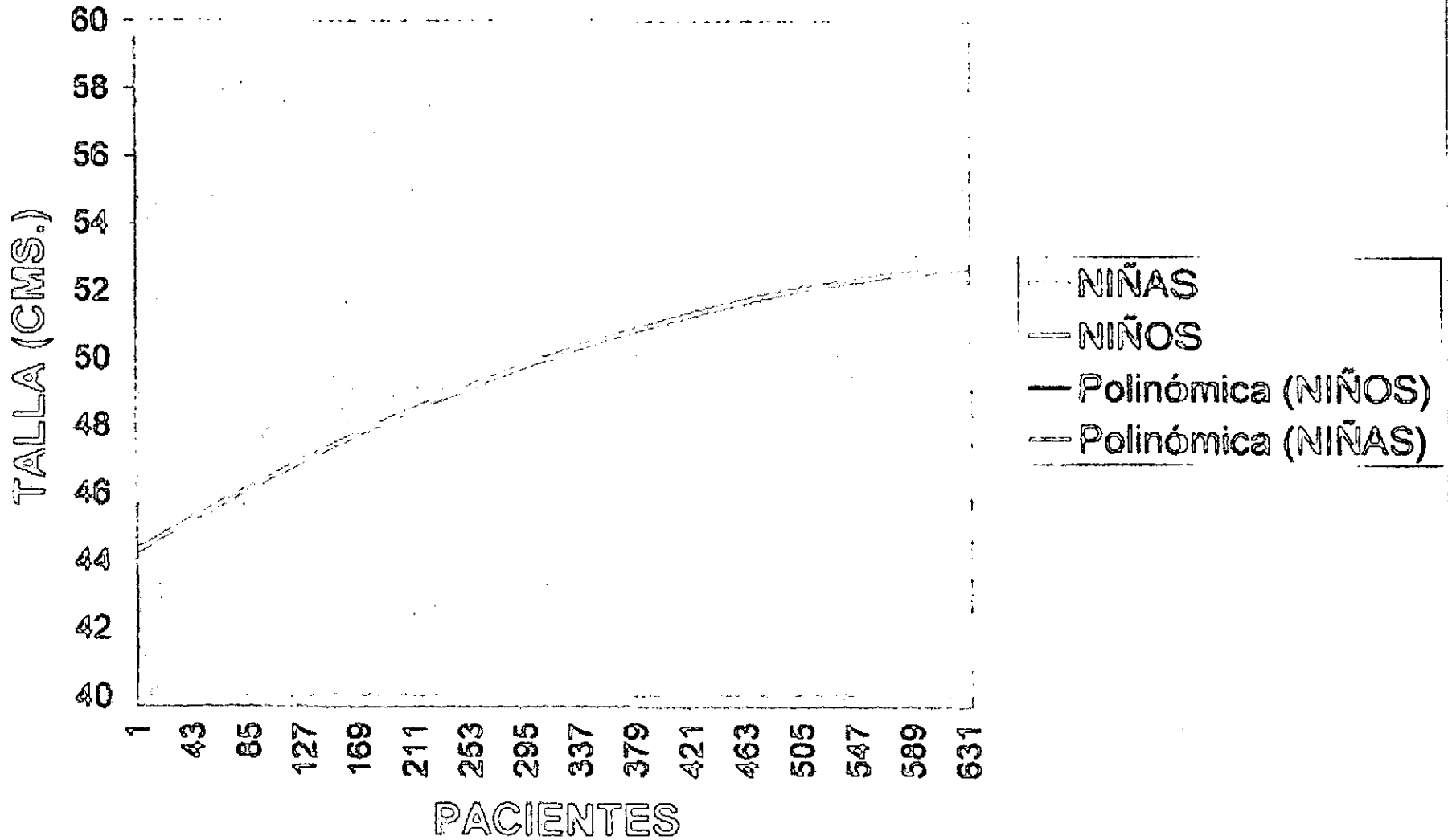


PESO AL NACIMIENTO



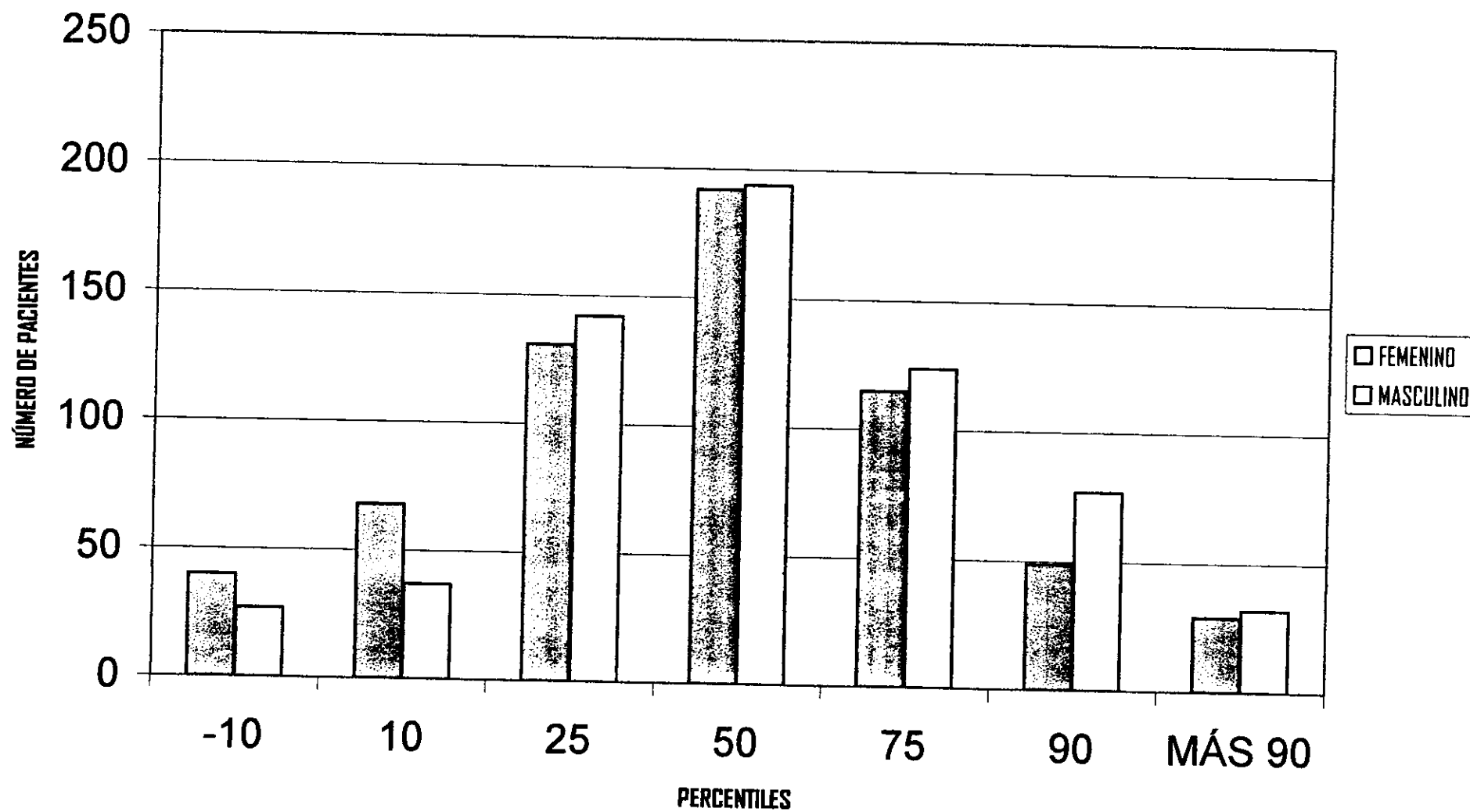
GRÁFICA 3

TALLA AL NACIMIENTO



GRÁFICA 4

GRÁFICA PERCENTILAR PARA PESO EN RECIÉN NACIDOS

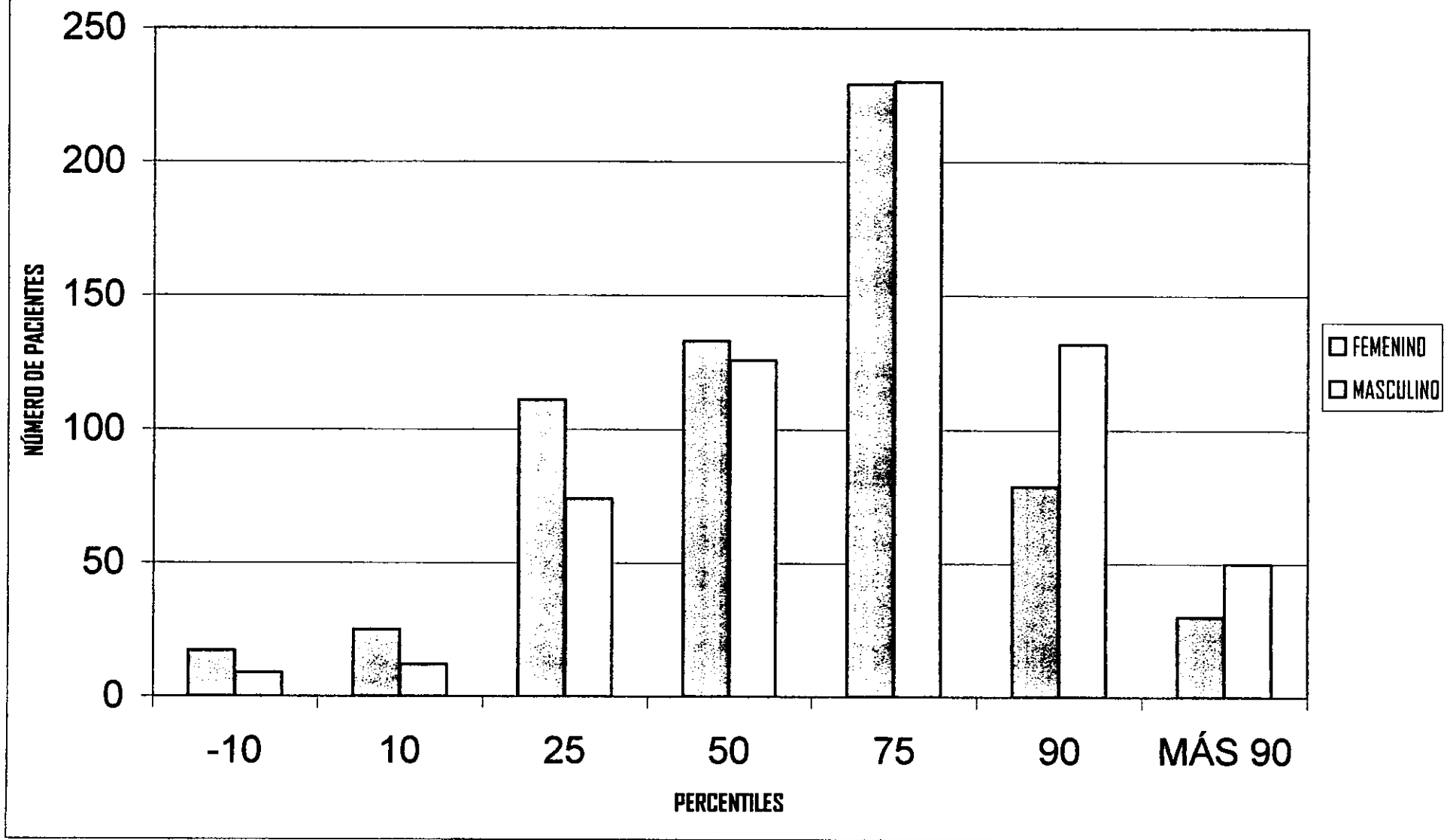


HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS
I.S.S.S.T.E.

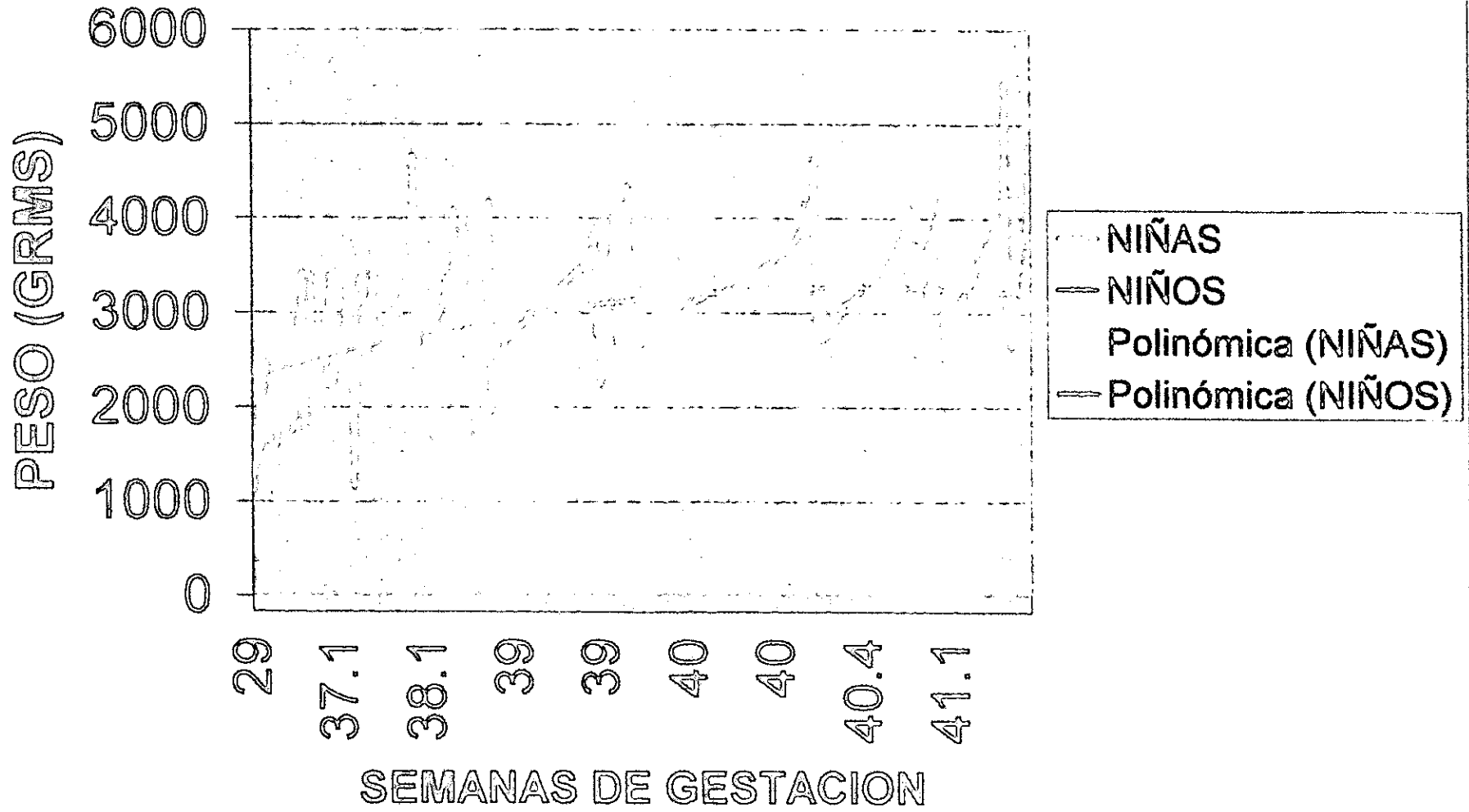
01/03/2000 - 31/08/2000

GRÁFICA 5

GRÁFICA PERCENTILAR PARA TALLA EN RECIÉN NACIDOS



PESO/EDAD GESTACIONAL



GRÁFICA 7

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue iniciar un proyecto a largo plazo, que lejos de buscar el descubrimiento de algo novedoso, simplemente pretende dar a conocer datos sobre algo tan importante y relevante como las condiciones nutricionales del recién nacido, que durante muchos años han sido estudiadas a nivel nacional o en otros hospitales, sin embargo, en nuestro hospital no existe conocimiento ni registros oficiales de esta situación.

Quizá el estudio se encuentra únicamente limitado a clasificar al recién nacido en cuanto a peso, talla y edad gestacional y la relación entre estos y no abarca de manera profunda los factores de riesgo asociados a las alteraciones de peso y talla (edad y estado nutricional maternos, infecciones , ingesta de fármacos, enfermedades crónicas, etc.) que nos darían una visión más amplia del panorama que rodea al recién nacido desde el momento de la concepción hasta el nacimiento.

Los resultados sugieren y confirman lo esperado para nuestra población, que los recién nacidos se encuentran con peso y talla adecuados para la edad gestacional y que el peso y talla bajos son menos frecuentes. En otros estudios se ha observado que el estado de nutrición de la madre es un determinante preponderante del peso y también de la longitud del neonato.

Conviene señalar, que este estudio puede ser el inicio de un trabajo a largo plazo, que involucre otras variables, con las mencionadas, que nos permitan tener estimaciones de la incidencia de bajo peso y talla al nacer en nuestro hospital.

El potencial de beneficiar el estado de nutrición y la calidad de vida a largo plazo se limita a ciertas etapas de la vida. Estas ventanas de oportunidad se presentan, sobre todo a partir de la concepción y hasta los dos o tres primeros años de vida. Únicamente mediante la identificación de los factores determinantes de la longitud y el peso al nacer insuficientes, se podrán establecer de manera adecuada las intervenciones para prevenir su ocurrencia y secuelas.

La búsqueda de indicadores pronósticos de crecimiento sensibles y específicos es de gran importancia práctica, ya que la detección temprana y oportuna de disarmonías o alteraciones en el patrón de crecimiento permite una intervención que disminuya la presencia de secuelas en la estructura básica somatológica.

El estudio y la valoración del crecimiento serían difíciles de realizar si no existieran patrones de referencia obtenidos a través de la medición de longitudes, circunferencias, diámetros y las relaciones que existen entre ellos.

La información sobre el peso al nacer es importante porque las estimaciones nacionales y regionales de la incidencia de bajo peso al nacer se reconocen a nivel internacional como indicadores de bienestar de los neonatos; dichas estimaciones proveen información sobre la salud de las embarazadas y evolución del desarrollo fetal y como es sabido, el peso al nacer es uno de los factores principales que determinan la probabilidad que tiene un neonato de sobrevivir.

CONCLUSIONES

La somatometría o antropometría es una de las herramientas más útiles para evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños; así como su estado de nutrición.

Las tablas o curvas de crecimiento son representaciones gráficas del fenómeno más importante e interesante en el campo de la pediatría, que permiten a un niño ser comparado contra sí mismo, contra otros niños y con la población en general. Son una medida de desarrollo somático y de las cuales se puede inferir y calcular otras variables como son el estado nutricional.

Medir el desarrollo físico o funcional es importante en la salud pública y en la práctica pediátrica, entre otras razones, porque la desaceleración o la detención en esos procesos constituye fenómenos aceptados como manifestaciones universales de la desnutrición.

El conocimiento de los factores determinantes del bajo peso al nacer en recién nacidos y la identificación de los correspondientes a la longitud al nacer son útiles para orientar ciertas políticas nutricionales como ayuda alimentaria a los grupos más vulnerables y con mayor potencial de beneficio en la salud y en la sobrevivencia. A su vez el tamaño al nacer (peso y talla) puede ser un instrumento para evaluar el impacto de las políticas e intervenciones nacionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Manuel
TEMAS SELECTOS SOBRE EL RECIÉN NACIDO PREMATURO
Distribuidora y Editora mexicana, SA de CV
México 1990
Páginas 18 a 25
2. Waldo E. Nelson
TRATADO DE PEDIATRIA
Salvat Editores, SA
Tomo I
13ª Edición
Páginas 13-33
3. Gerón Mireles Prudencia, Sánchez Constanza Ivette: Condiciones de trabajo materno y bajo Peso al nacer. Salud Pública de México. Enero-Febrero 1997. Vol. 39, No. 1:2-10.
4. Bortman, Marcelo: Factores de riesgo de bajo peso al nacer. Revista Panamericana de Salud Pública 3 (5), 1998: 314-321.
5. J.T. Boerma, K.I. Weinstein: Datos sobre el peso al nacer en países en desarrollo: ¿son útiles las encuestas?. Salud Pública de México, Vol. 41, No. 2 marzo-abril de 1999: 101-109
6. González-Cossio teresa, Sanín Luz Helena: Longitud y peso al nacer: El papel de la nutrición materna. Salud Pública de México. Vol. 40, No. 2, marzo-abril 1998: 119-125
7. Fernández Carrocera Luis Alberto, Peñuela Olaya Marco Antonio: Crecimiento y neurodesarrollo del recién nacido de alto riesgo. Bol Med Hosp. Infant Mex. Vol 56. No. 11, Noviembre 1999: (623-633)
8. Ramos-Galván R.
SOMATOMETRÍA PEDIÁTRICA
Archivos de Investigación Médica (Mex) 1975; (Supl 1): 83-396
9. Calzada León Raúl. REPERCUSIONES DEL MEDIO AMBIENTE EN EL CRECIMIENTO México. Pag 217-250
10. E. H. Watson. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO
Editorial Trillas
México 1995
Páginas 56 - 83.
11. Moreno Altamirano Laura
FACTORES DE RIESGO EN LA COMUNIDAD
Universidad Nacional Autónoma de México
México 1991
Páginas 265 - 299.