

Estado Nutricional de Niños y Adolescentes de Acapulco

RESUMEN

La desnutrición, la urgencia silenciosa según Unicef, influye en 75% de las mujeres en edad pediátrica, afecta peso, talla y función, según intensidad, duración y tipo de la privación nutricional. En nuestro medio existe poca información sobre la desnutrición en grupos de 0 a 18 años. Desde abril de 1994 contamos con la somatometría aceptada en todo Iberoamérica (NCHS 1977, OMS, OPS), a través de la norma 008 SSA2" que nos sirve de parámetro para comparar con nuestras mediciones y con otras de otros estados y países tanto urbanos como rurales. Nuestra muestra consistió de 13,749 visitas de niños y jóvenes del grupo de 0 a 18 años de edad provenientes del área urbana a la consulta de pediatría y al módulo de orientación nutricional, crecimiento y desarrollo del HGISSSTEACA durante el periodo comprendido de enero de 1997 a diciembre de 1999. Nuestros resultados de desnutrición por peso fueron, 10.75% en menores de un año, 20.35%, 18.70%, 23.65% y 32.60% para grupos de edad de 1 a 4, 5 a 9, 10 a 15 y 16 a 19 respectivamente. En cuanto a talla baja también incrementa de 8.75% para menores de un año a 13.88%, 14.96%, 15.22% y 17.21% en los diferentes grupos de uno a 19 años respectivamente por el incremento progresivo de la desnutrición de 10.75% en menores de un año a 32.6% en el grupo de 16 a 19 años, las edades vulnerables son de 1 a 19 años. La escolaridad y los ingresos de los padres de familia son aceptables, por otro lado comparado con grupos similares en ingreso y escolaridad, la frecuencia de desnutrición en este estudio es alta. En general los jefes de familia de nuestro estudio tienen dos trabajos o más y pasan 10, 12, o más horas fuera de casa, quedando sus hijos en manos de la abuela o de otro menor de edad.

Palabras Clave: Estado nutricional, peso-talla-edad, urbano, rural, escolaridad, ingresos y supervisión paterna.

SUMMARY

There is little information on nutritional state of children in our area. Since April 1994, we have a standard to evaluate nutrition, growth and development in children and adolescents accepted in all Latin America (NCHS, 1997, WHO and PHO). In 1998, UNICEF considered malnutrition as a silent emergency, it influences 75% of the pediatric deaths. Malnutrition affects, weight, height and development according to intensity, duration and type of the nutritional deprivation. Our study total 13,749 visits ages 0-18 years seen in our out patient department in the well baby clinic, at the ISSSTE General Hospital of Acapulco, from January 1997 to December 1999, our patients of predominant urban origin. Our results of malnutrition by weight: 10.75% for under 1 year of age, 20.35%, 18.70%, and 23.65% correspond to age groups 1-15 years (the group of 16-18 years of age, was not statistically significant, due to the small example). In low height we also see increased frequency 8.75% for under 1 year, 13.88%, 14.96% and 15.22% for the different age groups. We can compare our urban study with a rural study of the State of Jalisco, where a 17% increase for under 1 year and another 17% increase for children 1 to 5 years, compared with our urban findings. The urban group have a regular income, and an average of 9-10 years of school, the rural group have 3-4 years of schooling and a very low income. Once again poor schooling and low income go with high frequency of malnutrition. In our urban study the malnutrition is high compared with groups of the same schooling and income, from northern states of our country, and South American countries. The average mother and father in our study have two or more jobs and stay away from home for 10-12 hours/day. Their children are in the hands of the grandmother or other adult (using inadequate child care), or even worse in the care of a minor.

Key Words: Nutritional state, weight-height-age, urban and rural, education, income, parent care.

Dr. Enrique Quirós-Buelna*
Dra. Mercedes Castañón-Apátiga**
Enf. Esp. Elvira González Soberanis***
Enf. Esp. Guadalupe Valdivia-Zúñiga****

Abreviaturas:

HGISSSTEACA, Hospital General ISSSTE de Acapulco;
 NCHS, Centro Nacional de Estadísticas de la Salud
 (National Center of Health Statistics);
 OMS, Organización Mundial de la Salud;
 OPS, Oficina Panamericana de la Salud.

* Médico pediatra Jefe de sección de Pediatría-Urgencias,
 8-16 hrs. HGISSSTEACA;

**Médico pediatra adscrita al servicio de Pediatría HGISSSTEACA;

***Enf. pediátrica jefa del servicio de Pediatría HGISSSTEACA;

****Enf. pediátrica encargada de la sala de Pediatría HGISSSTEACA.

OBJETIVO

Evaluar el estado nutricional de los niños y adolescentes de 0-18 años, del Hospital General del ISSSTE en Acapulco, Gro. Comparando nuestras mediciones con la norma 008 SSA2, para detectar los grupos de edad más vulnerables y estar en posibilidad de diseñar estrategias tendientes a disminuir su frecuencia.

INTRODUCCION

Según Unicef la desnutrición está involucrada en más de la mitad de las muertes infantiles del mundo, en tres cuartas partes de las muertes se encuentra desnutrición leve o moderada, al principio de las enfermedades pasa desapercibida, por lo que se ha llamado la urgencia silenciosa¹, y de ahí la importancia de la desnutrición en Iberoamérica^{2,3}. En México antes de 1993 usábamos la somatometría Ramos Galván^{4,5}, hoy para valorar el estado nutricional se utiliza la norma-008-SSA2-abril de 1993, que utiliza cifras del NCHS (National Center of Health Statistics) y por apoyo de la OMS y OPS, aceptada en todo Iberoamérica⁷, usando las mismas tablas de talla-edad, peso-edad y talla-peso para valorar el estado nutricional. En México hay datos del censo de deficit, talla muy baja comparado con zonas de alta frecuencia de desnutrición crónica de Ecuador y Bolivia⁷, comparado con 2.5 a 3% para estados norteros y del noroeste (Baja California, Sonora, Chihuahua). La alimentación y la calidad de la puericultura debe ser la diferencia entre nuestra población pediátrica y el hecho que algunos jefes de familias tienen dos trabajos y dejan a los niños 10 a 12 hs. Semiabandonados en manos de la abuela (por lo general de baja escolaridad) o de otro niño o adolescente. El ser madre soltera es otro factor de riesgo. La escolaridad de los padres por lo menos los derechohabientes del ISSSTE de Acapulco es muy similar a la del norte del país; pero por lo general las abuelas pesan mucho en las decisiones "del cuidado de la salud".

MATERIAL Y MÉTODO

Se determinó el estado nutricional de niños que asistieron a las 13,749 visitas hechas al módulo de orientación nutricional, crecimiento y desarrollo y la consulta pediátrica matutina entre enero de 1997 a diciembre de 1999 de 0 a 18 años; en el Hospital de Segundo Nivel del ISSSTE de Acapulco (HGISSSTEACA). Se utilizaron los parámetros de la norma 008-SSA2-de abril/1993: ocho visitas durante el primer año y dos por año hasta los 18 años. Se utiliza báscula mecánica de charola para peso hasta 16 kg. Con sensibilidad de 10 gramos, báscula con estadímetro para niños que cooperen para talla de pie, talla en menores en decúbito dorsal. Se toma talla-edad primero, si la talla es alta se utiliza la tabla talla-peso para evitar registro falso de

sobrepeso u obesidad, fuera de esta excepción se usa talla y peso-edad. Además en el módulo se promueve la lactancia materna y demás objetivos de hospital amigo del niño y de la madre; se exhiben videos, se contestan preguntas sobre puericultura, nutrición, infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, vacunas y otros. Utilizando los parámetros de la misma norma 008 se clasifican por desarrollo en normales, limítrofe anormal, atendidos por una enfermera pediátrica y apoyado por los médicos pediatras del turno matutino; lunes, miércoles y viernes un pediatra imparte una plática de 90 minutos sobre los temas mencionados y da entrevistas, para resolver dudas.

RESULTADOS

La muestra consistió de 13,749 visitas al módulo de orientación, crecimiento y desarrollo y a la consulta pediátrica matutina de HGISSSTEACA; pacientes de R.N.-18 años de edad de Acapulco y población de ambas costas y no derechohabientes alrededor del 1% por deficiencia de las formas de informe mensual, trimestral y anual hasta 1999 no se tabuló por sexo y si era consulta de primera vez y subsiguientes. Además de que hubo problemas para clasificar a los grupos etareos.

Nuestro estudio demuestra una frecuencia de peso normal de 67.7% de R.N. a 15 años, decreciendo de 76.5% en menores de un año de edad, 66.3% en grupo de 1-4 años de edad; 66.7% de 5-9 años de edad y 58.2% en 10 a 15 años de edad, lo anterior se refleja en la desnutrición de 10.8% en menores de año de edad aumentando a 20.38% de 1 a 15 años de edad, el grupo de 16 a 19 años la muestra es pequeña por lo que no se considera significativa (122 visitas). El incremento en la frecuencia de desnutrición es a expensas de tipo leve y moderado, según Unicef¹, estos tipos de privación nutricional influyen importantemente en la morbimortalidad de la infancia mundial.

Otro reflejo de la desnutrición es la talla baja 8.73% en menores de un año y al igual que el peso se incrementa con los diferentes grupos de edad 13.88% (1-4 años), 14.96% (5-9 años) y 15.22% (10-15 años). La talla alta oscila de 27.77% en menores de un año a 22.80%, 15.08% y 17.88% en los diferentes grupos de edad hasta los 15 años. La obesidad otra manifestación de mal estado nutricional, da cifras de 19.63%, 13.07%, 14.15% y 17.56% respectivamente en los diferentes grupos etareos, de 1 a 15 años de edad. El estado de desarrollo fueron detectados 15 niños limítrofes antes del año de edad y otros 15 repartidos de uno a quince años y anormales dos casos, total 32 y corresponden casi al mismo porcentaje de casos de desnutrición grave.

**CUADRO 1.
ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y
ADOLESCENTES DE 0-18 AÑOS. 1997-1999**

EDAD AÑOS	PESO NORMAL	PESO BAJO	TALLA BAJA	TALLA ALTA
AÑO	76.5%	10.8%	8.73%	27.77%
1 A 4	66.3%	20.4%	13.88%	22.80%
5 A 9	66.7%	18.7%	14.90%	15.08%
10 A 15	58.2%	23.65%	15.22%	17.88%

DISCUSIÓN

Nuestro estudio puede considerarse como de carácter urbano, de clase media y con buena escolaridad de los padres de familia.

Comparados con resultados rurales de Jalisco⁹ los niños con peso normal son mas frecuentes en el medio urbano que el rural, como en otros estudios de Iberoamérica⁷: nuestro estudio presenta peso normal de 17% más alto antes del año y 10% mayor hasta los 5 años comparado a reportes urbanos de Argentina.

En cuanto, al peso bajo en las diferentes grados al igual que la talla baja (cuadro I) se deteriora después del año de edad, esto puede deberse al alto número de ambos padres trabajando en dos o más lugares y pasan 10-12 o más horas fuera de su casa, los niños están en manos de otros menores o de las abuelas que en nuestro medio por lo general no siguen las indicaciones recibidas en el módulo de orientación nutricional.

Durante 30 años de entrevistas con padres de familia encontramos poco control sobre las horas de sueño (hora de acostarse 22 a 23 hs), horas de televisión, horas de estudio y la calidad de los alimentos, generalmente menos de 10 raciones de proteínas de origen animal a la semana y muchos alimentos chatarra, antojitos y golosinas y en muchas ocasiones solo un alimento completo al día o sea los niños manipulan a los padres. El grupo de consenso de estudio de crecimiento¹⁰, la Academia Mexicana de Pediatría, ha mencionado que se afecta la secreción de hormona de crecimiento y otras relacionadas con crecimiento por falta de cultura o creencias que afecten negativamente el entorno, buena puericultura, dieta, estímulos y no tener un ritmo de sueño ni en duración, ni a la hora del día indicado, ya que una gran mayoría de pre-escolares y escolares se duermen tarde (22 a 23 hrs.) posiblemente esta población urbana del ISSSTE por sus ingresos, nivel educativo relativamente alto, tienen la

frecuencia más alta de mal estado nutricional entre sus hijos. Comparada con otros grupos de hijos de burócratas en estados del norte del país el factor económico es básico, la búsqueda de un mejor nivel de vida, los maestros tienen hasta tres turnos de 3,5 hs., enfermeras con dos turnos al día, personal administrativo con 10 o más horas y así sucesivamente. Si consideramos que según el censo nacional de deficit de talla en Guerrero existe un 33% a nivel de primer año de primaria⁷ o sea desnutrición crónica, que a la larga constituye perder casi la tercera parte de la población productiva al circuito pobreza-desnutrición. Enfermedad-baja productividad-escolaridad-baja, enfermedad-pobreza.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio presenta peso normal de 17 % más alto antes del año y 10 % mayor hasta los 5 años comparado con estudios de area rural⁹; pero más bajo de 20 a 25 % comparados a reportes urbanos de otros países como argentina.

El deterioro del poder adquisitivo de las familias y la necesidad de que ambos padres trabajen dos o más jornadas al día condiciona que la dieta diaria del niño se descuide aunando a ello la falta de cultura médica o creencias que afectan negativamente el entorno, carencia de buena puericultura, dieta adecuada, insuficientes estímulos, ritmo de sueño inadecuado entre otros, son factores que coadyuvan a incrementar la frecuencia de desnutrición en estos grupos.

En lo que corresponde al personal de salud es necesario convencer a las autoridades para que se den más apoyos como son el contar con personal suficiente multidisciplinario para poder cubrir todos los turnos dando mayor difusión a los programas de "Hospital Amigo del Niño y de la Madre" y en caso necesario dar seguimiento a los pacientes de alto riesgo con visitas y apoyos a sus casas, lugares de trabajo, escuelas, iglesias, clubs de servicio, entre otros. En pocas palabras cumplir con nuestros compromisos y obligaciones de primer y segundo nivel de atención, dando prioridad a los aspectos de educación y medidas preventivas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- The Silent Emergency:** The State of the World's Children Unicef, 1998.
- 2.- Correspondencia con normas internacionales:** Medición del cambio del estado nutricional, OMS. Ginebra 1993, tomadas de NCHS, Birth to 18 years. Ctro de Desarrollo Psicomotor menores de 5 años y centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Clap-OPS/OMS.

3.- Cusminsky, Lejarraga, Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño, OPS, OMS, No. 8, 1996.

4.- Ramos Galván, Somatometría Pediátrica en niños de la Ciudad de México, archivos de Investigación Médica No. 6 supl. 1. 1975.

5.- Ramos Galván, Significado y Empleo de las Referencias Somatométricas de peso y talla en la práctica pediátrica y epidemiológica. Unesco, 1950.

6.- Norma 008-SSA2-Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente, diario oficial de la nación. Abril, 13, 1994.

7.- Censo de talla de escolares de primer grado, Provincia de Buenos Aires y Comparativo, Sistema Regional de la salud,

Ministerio de Salud, Programa materno-infantil, www.fmed.uba.ar/mspba/talla.htm.

8.- Censo Nacional de talla Niños de Primer Año de Primaria, Deficit de Talla, Estadísticas de Salud Escolar, SEP. SSA, 1993 y 1994.

9.- D. Rodríguez Medina, I.C. Bonilla-Rosales, A. Sedano-Ramos, Factores Asociados al Estado Nutricional en Niños 0 a 5 años, arch. De Invest. Ped. De Méx., vol. No. 2, Núm. 1, Oct-Dic. De 1999-Conapeme.

10.- Enfoque Diagnóstico del Crecimiento Normal y de sus Alteraciones: Grupo Mexicano de Consenso en Endocrinología, Academia Mexicana de Pediatría, A.C., Publicaciones Técnicas 1997, 23-32.