

Editorial

La nutrición en México

La investigación en nutrición y alimentación en pediatría es un asunto de prioridad no sólo nacional sino internacional. Por un lado es cada vez más necesario contar con evidencias sólidas sobre cómo debe ser alimentado el niño y qué nutrimentos debe recibir en sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo, para mantenerse saludable. Por el otro, es indispensable profundizar en los diferentes componentes del síndrome de mala nutrición, a saber: deficiencias nutrimentales específicas (hierro, zinc, vitamina A, etc.); la desnutrición proteínico-energética primaria y secundaria tanto aguda como crónica; el consumo de dietas que lo dañan (grasas saturadas, trans, uso de conservadores, aditivos, hormonas, etc.); la obesidad, la gran epidemia del presente siglo XXI de consecuencias muy graves en el individuo, la familia y la sociedad; y, los trastornos de conducta alimentaria cada vez más frecuentes en nuestro país, sobre todo en niñas adolescentes. Estas tareas aún pendientes, nos obligan a profundizar en el conocimiento de la nutrición y alimentación y a obtener experiencias nacionales bien fundamentadas que nos permitan conocer con mayor profundidad el problema y de esa manera establecer las pautas de diagnóstico, manejo y pronóstico más efectivas en el corto, mediano y largo plazo.

Los artículos sobre nutrición y alimentación que aparecen en este número de la revista *Pediatría de México* tienen gran importancia por los objetos de estudio que analizan. Santos y cols¹ describen las características de un fenómeno de trascendencia en la vida postnatal de los seres humanos: los hábitos de alimentación del lactante en una cohorte de décadas madre-hijo. Particularmente, se enfocan a las prácticas de lactancia materna en un programa con 15 años de experiencia del Hospital Amigo de la Madre y el Niño. No obstante que la Organización Mundial de la Salud (OMS)² recomienda lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que la incidencia de lactancia fue de 89%, la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) fue sólo de 54, 50 y 49% a los dos, cuatro y seis meses de edad. Ahora bien, si agregamos la lactancia parcial (leche humana + fórmula) entonces, se logró que 89, 79 y 62% de los lactantes experimentaron la lactancia materna durante los mismos meses del periodo estudiado. De ahí concluyen que las prácticas de la lactancia materna han mejorado, pero reconocen que el destete y la introducción precoz de alimentos distintos a la leche humana continúa aún, son frecuentes

y por tanto, insisten en que se deben ampliar los esfuerzos para promover las recomendaciones de la OMS de ofrecer LME por seis meses en todos los niveles de atención de los sistemas de salud en México.

Una fortaleza del trabajo de Montesinos³ fue la evaluación del incremento ponderal de 1,146 lactantes menores de dos meses de edad alimentados con LME que cumplieron con sus criterios de inclusión en su estudio realizado en un Hospital Regional del ISSSTE. Sin embargo, es conveniente señalar que la Norma Oficial Mexicana⁴ reconoció desde 1994 la necesidad de utilizar un estándar de referencia que fuera comparativo con el crecimiento normal de niños de diferentes partes del mundo y por ello se aceptó como referencia para el crecimiento de niños mexicanos el adoptado por la OMS desde 1983.⁵ Sin embargo, en 2006⁶ fueron publicados los estándares de crecimiento recomendados por la OMS a partir de una cohorte de recién nacidos alimentados de manera exclusiva por seis meses y seguidos de manera longitudinal los primeros cinco años de vida. Éste sería el estándar de crecimiento adecuado para evaluar a los niños mexicanos desde el nacimiento, tanto aquellos que reciben el privilegio de la lactancia materna de manera exclusiva como quienes reciben lactancia materna mixta o un sucedáneo de la leche humana.

El estudio de casos y controles realizado por Aguilar y cols⁷ es interesante por varias razones: explora factores psicológicos y sociales de manera puntual en un grupo de niños de 8 a 15 años, población reconocida de alto riesgo de sobrepeso y obesidad. Fue notorio que de una serie de variables divididas en distintas dimensiones: conductuales, de familia, socioeconómicas, de la dieta y de actividad física, relativamente pocas estuvieron asociadas a estas condiciones mórbidas y pre-mórbidas del exceso de peso. Mientras que sólo algunas, como el antecedente de padres con obesidad y la exposición a varias horas viendo TV sí ganaban apareciendo, como se ha observado en otros estudios,⁸ como factores de riesgo del exceso de peso. Cabe enfatizar hallazgos interesantes entre los factores de riesgo: divorcio de los padres, no dormir lo recomendado y no desayunar. Por tanto, considero que se trata de un estudio valioso que podría mostrar datos más relevantes, sobre todo en las dimensiones conductuales y de la familia, si se separara claramente la entidad mórbida: la obesidad, de la entidad pre-mórbida: el sobrepeso.

El estudio de Medina y Landa,⁹ sobre la evaluación del estado nutricional en niños con enfermedad crónica del sistema urinario es interesante porque incluye 140 niños con

diferentes afecciones del sistema urinario e insuficiencia renal. Efectivamente, como fue encontrado por los autores mencionados, la prevalencia de alteraciones en los indicadores antropométricos, ya sea por exceso o déficit difiere significativamente cuando se utiliza el patrón de referencia de la Norma Oficial Mexicana⁴ vs el estándar de crecimiento de la OMS.⁵ La razón más importante de esta discrepancia para establecer los límites de normalidad con cada criterio es que el criterio de la OMS es más específico mientras que el de la NOM más sensible. Es sabido que los puntos de corte de normalidad son necesariamente arbitrarios, con frecuencia sometidos a consensos nacionales y/o internacionales, y muchas veces obedecen a razones estratégicas de prevención y/o de políticas de salud mundial o de un país determinado. Por otra parte, el estándar de crecimiento publicado y recomendado por la OMS en el 2006⁶ difiere significativamente del elaborado por el Centro Nacional de Estadísticas en Salud (NCHS por sus siglas en inglés)¹⁰ y adoptado por la OMS en 1983⁵ y por la NOM en 1994.⁴ Quizá la mayor debilidad del presente trabajo es la muestra relativamente pequeña de casos, por lo que cada una de las celdas de diagnóstico identifica un número mínimo o muy bajo de casos, especialmente con el indicador que establece

el diagnóstico de desnutrición aguda o emaciación (peso para la talla). Por tanto, sería recomendable que agrandaran su muestra y separaran los casos de insuficiencia renal de los casos de trastornos de vías urinarias que, como los propios autores reconocen, son entidades patológicas distintas con una repercusión sobre el estado nutricional y el crecimiento linear también diferentes.

Lo más estimulante de estos cuatro trabajos es observar a profesionales de la salud e investigadores de diferentes latitudes del país, interesados en escudriñar los hábitos de alimentación, el estado nutricional y los factores que influyen en ellos en la población pediátrica, tanto en la salud como en la enfermedad. Estoy seguro que por este camino se irán llenando los vacíos de información en el mapa nacional de las condiciones nutricionales que prevalecen en el niño mexicano sano y con patología y proponer los mecanismos de intervención más eficaces y efectivos para mejorarlas.

Edgar M. Vázquez Garibay

Director

Instituto de Nutrición Humana

Universidad de Guadalajara

inhu@cucs.udg.mx

BIBLIOGRAFÍA

1. Santos-Torres MI, Vázquez-Garibay EM, Troyo-Sanromán RR, Méndez-De León E. Prácticas de lactancia materna en los primeros seis meses en un hospital con 15 años de práctica del Programa Hospital Amigo. *Pediatría de México* 2010; 12(2): 57-62.
2. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation. Geneva: World Health Organization, 2001. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf.
3. Montesinos-Ramírez C. Incremento ponderal en menores de dos meses de edad alimentados al seno materno exclusivo y registros antropométricos de Rafael Ramos Galván. *Pediatría de México* 2010; 12(2): 63-66.
4. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA-1993. Control de la Nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México: Diario Oficial (primera sección); 13 de abril de 1994: 9-49.
5. World Health Organization. Measuring change in nutritional status. Guidelines for assessing the nutritional impact of supplementary feeding programmes for vulnerable groups. Geneva: 1983.
6. WHO. The WHO Child Growth Standards. Obtenido el 03-01-09. Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>
7. Aguilar-Navarro HJ, Pérez-Cortez P, Díaz LGE, Cobos-Aguilar H. Factores psicosociales asociados a sobrepeso y obesidad. En niños de 8 a 15 años. *Pediatría de México* 2010; 12(2): 67-73.
8. Sandoval MIE, Romero VE, Vázquez GEM, González RJL, Martínez RHR, Sánchez TE, Troyo SR. Obesidad en niños de 6 a 9 años: Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción de la dinámica familiar. *Rev Med IMSS* 2010; 48(5): 485-490.
9. Medina-Escobedo M, Landa-Galván H. Evaluación del estado nutricional en niños con enfermedad crónica del sistema urinario. *Pediatría de México* 2010; 12(2): 74-81.
10. National Center for Health Statistics. Growth curves for children birth-18 years. Washington, DC: National Center for Health Statistics. [Vital and Health Statistics. Series 11: # 165 (DHEW Publication # 78-1650)], 1977.

www.medigraphic.org.mx