

DISCUSIÓN

Esta investigación fue realizada en un centro de salud del Ministerio de Salud, Laura Rodríguez Dulanto, de la urbanización El Pinar, en el distrito urbano marginal de Comas. Esta urbanización es considerada como una zona pobre, pero no como una zona en extrema pobreza, la mayoría de los pobladores cuentan con servicios básicos y tienen acceso a los servicios de salud, esta conformada principalmente por emigrantes del interior del país quienes se dedican a actividades comerciales menores (6).

El grupo de madres de familia entrevistadas tienen la característica de ser madres jóvenes cuya ocupación es principalmente el de ama de casa, es decir están al cuidado de sus propios hijos. Su nivel de escolaridad (11.9 y 10.7 años en el grupo de curva normal y plana respectivamente) esta por encima del promedio nacional (6 años) (3), esto es característica de las poblaciones urbanas, que además tienen acceso a servicios básicos y servicios de salud. Muy pocas madres son madres adolescentes y la gran mayoría tienen familias estables, siendo estas no muy amplias. Aunque no se midió el ingreso mensual, estos datos muestran, que este grupo en particular, no es de los más desfavorecidos del país, perteneciendo a un área urbano marginal en un distrito emergente de la capital.

Una de las estrategias que tiene el país para cuidar y promover el desarrollo de los niños es el programa de Crecimiento y Desarrollo del Ministerio de Salud, cuyas normas establecen que todo niño menor de 1 año debe ser controlado en 7 oportunidades. En estas citas se evalúan el estado de inmunización, se pesan y tallan a los niños y se dan recomendaciones nutricionales y de cuidado (7).

Consideramos que uno de los hallazgos importantes de esta investigación es la ausencia de asociación entre el número de controles CRED y la presencia de una curva normal o plana de crecimiento. Las revisiones sistemáticas de la literatura existente en el impacto de los controles periódicos de peso y talla en morbi mortalidad infantil, en conocimientos nutricionales de la madre y en disminución de la desnutrición muestra resultados muy contradictorios, que sugieren fuertemente la revisión de estos programas que invierten gran cantidad de recursos humanos y financieros (8) (9) (10) (11).

Aunque el objetivo del estudio no fue evaluar el impacto de este programa, en este grupo en particular, en la ganancia ponderal de los niños de 6 meses a dos años, consideramos que esta estrategia debe de ser revisada. Recientemente el Ministerio de Salud incremento el número de controles a niños menores de 1 año, de 5 a 7 veces para ser considerado “niño controlado”. Medida que desde este punto de vista es discutible porque los niños con curvas planas de crecimiento no variaron su evolución con la intervención en el consultorio de crecimiento y desarrollo.

El análisis de correlación muestra asociación negativa entre la ganancia ponderal y el número de episodios de infecciones respiratorias agudas. Los episodios infecciosos agudos en niños menores de 2 años (principalmente EDAS e IRAS) son considerados como uno de los factores, que contribuyen a la pérdida de peso en este grupo etéreo y posteriormente a la desnutrición crónica (2) (12) (14) (18).

En esta investigación no se encontró asociación significativa con el número de episodios de diarreas, esto pudo ser porque la mayoría de las familias contaban con servicios básicos y porque el estudio fue realizado en una época donde la prevalencia de diarreas es menor.

El 100% de las madres encuestadas refirieron que no recibieron información nutricional en el consultorio externo, después de un episodio agudo como IRAS o EDAS. Se desprende la importancia de la recuperación ponderal posterior. La población estudiada tiene acceso a los servicios de salud, por lo que el potencial de estos establecimientos y de los profesionales de la salud que atienden a niños para intervenir en este problema, es grande. Hemos observado que algunas madres cuyos niños tenían curvas planas de crecimiento y se les dio información específica, la curva de crecimiento mejoró en sus próximos controles mensuales.

En el análisis de regresión lineal el modelo con las variables edad del niño y peso del nacimiento son significativas. Los problemas de desnutrición como la desnutrición crónica son acumulativas con la edad del niño (2) (13).

En este estudio un niño con mayor peso al nacimiento tiene una mejor curva de crecimiento posteriormente, esto apoya las estrategias que plantea que el problema de la desnutrición debe de ser afrontada desde la concepción e incluso antes en las condiciones de salud de la futura madre (2) (13) (16) (17).

El análisis de regresión logística demostró que el antecedente referido por la madre de “problemas para comer”, considerada en este estudio como: signo de alarma, es un predictor de que el niño tiene una curva plana de crecimiento y que requiere una evaluación e intervención al respecto. Los niños con problemas del apetito no son priorizados o minuciosamente evaluados por los profesionales de la salud que atienden niños (15), más aún en el sector público. El motivo de consulta en tres de los niños con curvas planas de crecimiento fue: “problemas para comer” referido por las madres.

Hemos elegido como variables dependiente a “la curva plana de crecimiento”, considerando a esta como una de los primeros pasos previos hacia la desnutrición, esta definición no es igual a la definición de falla en el crecimiento (“failure to thrive”) que incluye a los niños con peso para la edad por debajo del percentil 3 según las tablas del NCHS (17). Debe considerarse que esta definición incluye a una proporción de niños normales, se ha descrito que hasta el 30% de niños normales entre 3 meses y 18 meses experimentan una disminución normal en su curva de crecimiento, siendo la edad promedio la de 13 meses (17). Ninguno de los niños de nuestra muestra tenía desnutrición aguda. No se midió otras variables que influyen en la curva de crecimiento como la talla materna.

Tres de los niños con curvas planas de crecimiento tenían claras muestras de provenir de familias en extrema pobreza en quienes la causa era el problema de seguridad alimentaria y que en consecuencia requerían asistencia alimentaria.

Las variables de familia y de salud mental de la madre no se asociaron a curva plana de crecimiento, creemos que podría plantearse un mejor diseño para medir estas variables. Estas podrían tener algún nivel de causalidad (18).

Concluimos que los niños que tienen referencia de sus madres “problemas para comer” probablemente tienen curvas planas de crecimiento y deben de ser rigurosamente evaluados e idealmente en forma multidisciplinaria. Se debe considerar la recuperación de la pérdida de peso posterior a los episodios repetitivos de infecciones respiratorias agudas. El peso del nacimiento contribuye a la ganancia ponderal posterior. La estrategia estatal de intervención de crecimiento y desarrollo probablemente no tiene impacto.