

Trabajo original

Policlínica Docente Mario Gutiérrez Ardaya. Holguín

Caracterización del fallo de medro en menores de un año

Failure to Thrive Behavior in Infants

*Tania Borrás Santisteban*¹, *Mirtha Santiesteban Santiesteban*²

- 1 Médico. Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Policlínica Mario Gutiérrez Ardaya
- 2 Médico. Especialista de Primer Grado en Pediatría. Metodóloga del Departamento de Investigación de la Universidad Médica

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal, en los 24 consultorios pertenecientes al Grupo Básico de Trabajo II, de la Policlínica Mario Gutiérrez Ardaya, municipio Holguín, en el período de enero a diciembre de 2008, con el objetivo de caracterizar el fallo de medro en los niños menores de un año. El universo de trabajo estuvo constituido por 162 pacientes, de ellos se escogieron 72 (muestra) con diagnóstico de fallo de medro. Se confeccionó una encuesta, que fue aplicada a las madres previo consentimiento informado donde se tuvo en cuenta las variables: edad, sexo, situación geográfica y principales causas. La mayoría de los pacientes pertenecieron al grupo de edad de tres a cinco meses y 29 días, al sexo femenino y de procedencia urbana. La causa más frecuente fue la ferropenia, diagnosticada a través de lámina periférica, complementarios donde se obtuvo mayor positividad.

Palabras clave: fallo de medro, niño

ABSTRACT

A cross-sectional study in 24 consulting rooms that belong to Basic Work Group II, from Mario Gutiérrez Ardaya Polyclinic, Holguín municipality, from January to December 2008 was carried out, aimed at assessing failure to thrive behavior in infants. The universe comprised 162 patients and the sample 72 infants with this diagnosis. The previous informed consent was taken into account and a survey was done. The variables age, sex, geographical situation and main causes were studied. The age group between 3 and 5 months was the most affected one as well as the female sex, from urban origin. Iron deficiency anemia was the most frequent cause.

Key words: failure to thrive, child

INTRODUCCIÓN

El fallo de medro (FM) es un problema frecuente en la práctica pediátrica y su incidencia es muy variable, que depende de la definición aceptada y de la población estudiada ⁽¹⁾.

No existe una definición homogénea, se plantea como la incapacidad para sostener una velocidad de crecimiento normal, tanto en peso como en talla en menores de tres años.

Firmun, en 1993 lo define como lactantes y niños menores de tres años que cumplen las dos condiciones siguientes:

- Incremento de peso menor de dos desviaciones estándar durante un intervalo mayor o igual de tres meses para mayores de seis meses.
- Relación peso/talla (P/T) menor del percentil tres para edad y sexo.

Zenel en 1997, lo considera cuando:

- a) Un niño menor de dos años tiene un peso menor al tercer percentil para la edad en más de una ocasión
- b) Un niño menor de dos años, cuyo peso es menor del 80% del peso ideal para su edad
- c) Un niño menor de dos años y su peso cae dos percentiles a lo largo del tiempo en una gráfica de crecimiento estandarizado

Para realizar el diagnóstico se deben realizar como mínimo dos somatometrías separadas por un intervalo mínimo de tiempo ⁽²⁾.

Para su definición se utilizan, además de los criterios antropométricos, datos sociodemográficos ^(3, 4, 5, 6). Es un problema común de origen multifactorial ⁽⁷⁾.

En las revisiones realizadas en la literatura son escasos los estudios sobre esta temática, internacionalmente se reportan investigaciones en la década de los años 1980, 1990 y algunas luego del 2000.

Otros autores como Steward y colaboradores ⁽⁸⁾, plantean que es aquella condición en la cual el paciente presenta un crecimiento por debajo del tercer percentil o desciende en dos percentiles de peso para la talla en poco tiempo; hace referencia al niño cuyo crecimiento físico es significativamente menor al de sus iguales y a menudo conduce a un trastorno del desarrollo y del funcionamiento socio-emocional; se refieren al crecimiento insuficiente o retardo de crecimiento que fisiológicamente puede identificarse como la incapacidad para sostener una velocidad de crecimiento normal, tanto en peso como en talla, el crecimiento es continuo y un único registro es insuficiente para poder catalogar a un niño.

Para su definición se utilizan, además de los criterios antropométricos, datos sociodemográficos ^(3, 4, 5,6.). Es un problema común de origen multifactorial ⁽⁶⁾.

Recientemente el Instituto Nacional del Desarrollo de Niños y Hermanos en New York indica que el 89% de los niños tiene fallo de medro ^(9, 10) y que el fallo en la ganancia de peso es extremadamente común.

En estudios realizados en diferentes países, se plantea que la nutrición es causa, pero deben descartarse patologías orgánicas y se concede importancia a su diagnóstico precoz pues interviene en el desarrollo del intelecto, hiperactividad y se concluye como un predictor que ayuda a determinar la inteligencia ⁽¹¹⁾.

En el fallo de medro se describen causas orgánicas, no orgánicas y mixtas ^(5,6,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21).

Teniendo en cuenta la repercusión del FM, esta investigación es necesaria y oportuna. Por la experiencia médica se define como el síndrome que se presenta con mayor frecuencia en la atención primaria de salud, excluyendo cuadros respiratorios y diarreicos, por lo que la autora se motivó a realizar la investigación con el objetivo de caracterizar el fallo de medro en los niños menores de un año, pues su diagnóstico e intervención temprana son importantes para la prevención de la malnutrición y el desarrollo de secuelas.

MÉTODOS

Para la realización de esta investigación se elaboró un proyecto de investigación básica.

Se hizo un estudio transversal, en los Consultorios del Médico de la Familia (CMF) pertenecientes al GBT II del área de salud de la Policlínica Mario Gutiérrez Ardaya, municipio Holguín, en el período comprendido de enero a diciembre de 2008.

El universo estuvo constituido por todos los niños menores de un año pertenecientes a los consultorios del Grupo Básico de Trabajo II y la muestra por los 72 niños con diagnóstico de fallo de medro, se consideró este síndrome cuando el lactante menor de seis meses en 15 días ganó menos de 400g (200g semanal) y cuando el lactante mayor de seis meses en un mes ganó menos de 400 g, (100 g semanal).

Se habilitó una consulta con una frecuencia quincenal (martes 1.30 p.m.) en la policlínica, donde asistieron todas las madres con los niños a los cuales se les diagnosticó la enfermedad, donde fueron valorados y confirmada la existencia del FM, por la autora.

Se revisaron las historias clínicas individuales. Se realizaron las mensuraciones y la determinación de las valoraciones nutricionales según las tablas cubanas.

El método estadístico utilizado fue la estadística descriptiva, tablas de distribución de frecuencia simple y la técnica estadística aplicada fueron números absolutos y porcentaje.

Las variables seleccionadas fueron: edad, sexo, procedencia y principales causas.

Se consideraron urbanas: el Reparto Harlem y la Plaquita (nueve CMF) y rurales: Seis Columnas, Recreo de Guirabo, El 71, Oscar Lucero, El Jardín, ITH, Carralero, Damián, Las Cabañas, La Anguila y Cuatro Caminos (15 CMF).

En cuanto a las causas orgánicas tuvimos en cuenta las más frecuentemente descritas: ferropenia, anemia carencial por déficit de hierro, cardiopatías congénitas, reflujo gastroesofágico, otitis, parasitismo intestinal.

Entre las causas no orgánicas (determinadas por aspectos psicosociales) se obtuvo: madre ocupada en otras labores (cuidado de otros niños, estudio, trabajo), consumo de medicamentos y hábitos tóxicos (ingestión de alcohol,

hábito de fumar), madre con retraso mental o enfermedad psiquiátrica y otros como no disponibilidad adecuada de alimentos y tabúes alimentarios.

Las causas mixtas se valoraron cuando coincidieron orgánicas y no orgánicas.

Los textos se procesaron con Word XP, las tablas y gráficos se realizaron con Excel XP mediante la utilización de una computadora Hanel.

Para tener en cuenta los aspectos éticos se solicitó a las madres de los pacientes el consentimiento informado, para lo cual se confeccionó un modelo, teniendo en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

En cuanto a los grupos de edad, la mayoría de los niños se encontraban en el grupo de tres a cinco meses (29 pacientes para un 40,4%), le siguió en orden de frecuencia el grupo de seis a ocho meses con 22 pacientes para un 30,5%.

En la distribución de los pacientes según sexo predominó el femenino (48 casos que significó un 66,7%).

Se apreció que la mayoría de los pacientes pertenecían al área urbana, con 55 casos (76,4%) y 17 (23,6%) a la rural. También se investigaron las causas del fallo de medro, las cuales fueron clasificadas en orgánicas, no orgánicas y mixtas. En el estudio el fallo de medro por causas orgánicas estuvo representado en 33 pacientes para un 45,8%; no orgánicas en 15 (20,8%) y mixtas en 24 para un 33,4%.

En relación con las principales causas orgánicas (tabla I), resultó la más frecuente la ferropenia, diagnosticada a través de la lámina periférica con 16 enfermos para un 22,2%, En orden de frecuencia le siguió la anemia carencial por déficit de hierro con 12 pacientes para un 16,6%. En dos casos la causa fue la cardiopatía congénita, CIV de repercusión; en otro la oxiuriasis. En un caso la combinación de anemia ferripriva y otitis y en otro anemia y reflujo gastroesofágico.

TABLA I. Principales causas orgánicas

Causas	No	Porcentajes
Ferropenia	16	22,2

Anemia	12	16,6
CIV	2	2,8
Parasitismo intestinal	1	1,4
Anemia y otitis	1	1,4
Anemia y RGE	1	1,4
Total	33	45,8

Fuente: historia

clínica individual

Respecto al comportamiento de las principales causas no orgánicas (tabla II) en la investigación se encontró que el cuidado de otros niños es la causa más frecuente en ocho casos que significan un 11,1%. En otros dos pacientes (2,8%) fueron los tabúes alimentarios debido a madres que por creencias erróneas no cumplían una adecuada alimentación del bebé; otro por la ocupación de la madre en estudios y en cuatro coincidió el cuidado de otros niños y la no disponibilidad de alimentos.

TABLA II. Principales causas no orgánicas

Causas	No	Porcentajes
Madres que cuidaban otros niños	8	11,1
Madres que cuidaban otros niños y no tenían disponibilidad de alimentos	4	5,5
Tabúes alimentarios	2	2,8
Madre ocupada en estudios	1	1,4
Total	15	20,8

Fuente: historia clínica individual

En el presente estudio ocuparon el segundo lugar las causas mixtas (tabla III), predominaron la combinación de ferropenia y el cuidado de otros niños con 12

casos para un 16,6% en orden de frecuencia le siguió la ferropenia y la no disponibilidad de alimentos con siete pacientes (9,7%).

En la minoría, las causas mixtas que aparecieron fue la combinación de anemia, madre soltera y no disponibilidad de alimentos; anemia y no disponibilidad de alimentos; otitis y no disponibilidad de alimentos; anemia, no disponibilidad de alimentos y cuidado de otros niños; ferropenia, madre soltera y no disponibilidad de alimentos.

TABLA III. Causas mixtas (orgánicas y no orgánicas)

Causas	No	Porcentajes
Ferropenia y cuidado de otros niños	12	16,6
Ferropenia y no disponibilidad de alimentos	7	9,7
Anemia y no disponibilidad de alimentos	1	1,4
Otitis y no disponibilidad de alimentos	1	1,4
Anemia, madre soltera y no disponibilidad de alimentos.	1	1,4
Anemia, cuidado de otros niños y no disponibilidad de alimentos	1	1,4
Ferropenia, madre soltera y no disponibilidad de alimentos	1	1,4
Total	24	33,3

Fuente: historia clínica individual

DISCUSIÓN

El predominio del grupo de edad consideramos está en relación con el hecho de que en este período la mayoría de los pacientes estaba alimentado con lactancia mixta y no se mantuvo la lactancia materna exclusiva (LME) hasta el sexto mes que tan ventajosa resulta para un adecuado estado nutricional y

crecimiento y desarrollo. En el estudio realizado por Drewett RF y otros, se utiliza la variable edad pero no se especifica su comportamiento en los resultados y conclusiones ⁽²²⁾.

El predominio del sexo femenino pudiera estar en relación con que generalmente las hembras son más caprichosas para comer. No se encontró literatura que hiciera referencia al sexo.

En relación con la procedencia de los pacientes, los resultados reflejan que los niños del campo son más saludables, además en el área urbana predominó la lactancia mixta y en la rural la LME y la complementada.

Drewett RF y otros también utilizaron la variable situación geográfica pero no se especifican resultados ⁽²²⁾. En estudios realizados en EUA se plantea que cuando la población no es urbana se elevan los porcentajes de FM ^(9,10), no coincidiendo esto con lo obtenido en nuestra investigación.

La ferropenia, como causa orgánica más frecuente, se relaciona con el abandono precoz de lactancia materna, introducción precoz de lactancia artificial y ablactación inadecuada.

Ruiz González y colaboradores ⁽²³⁾ plantean la ferropenia como causa frecuente del FM, resultado similar al de este estudio. Olsen plantea que la minoría de los pacientes con fallo de medro fue por causas orgánicas ⁽¹³⁾, no coincidiendo con los resultados de la investigación donde la mayoría fueron orgánicas. Suss-Burghart refiere como causas orgánicas más frecuentes las enfermedades crónicas y reflujo gastroesofágico ⁽²²⁾.

Nancy Lee Harris y colaboradores atribuyen como causa orgánica más frecuente las cardiopatías congénitas, no sucedió así en nuestro estudio ⁽¹⁾. Se describen otras entidades como hipotiroidismo.

En relación con las causas no orgánicas coincidió que eran madres de tres o más hijos y que desviaron su atención a otros niños, lo que influyó en el estado ponderoestatural de los pacientes. Respecto al cuidado se insiste que debe ser por igual para todos los hijos pero se debe prestar atención diferenciada al que en su preciso momento lo requiera; respecto a la disponibilidad de alimentos es necesario insistir en que la alimentación del lactante es la prioridad uno y hay que garantizar su suministro porque en la mayoría de los casos refieren no disponibilidad de alimentos, pero realmente no se los suministran de la forma adecuada.

En algunos estudios ^(10, 24, 25) se señalan los problemas sociales como los responsables de las causas no orgánicas. Las causas mixtas según la literatura son las más frecuentes, sin embargo en la investigación ocuparon el segundo lugar. Olsen EM, plantea la etiología multifactorial ^(5,6, 15, 19, 26).

CONCLUSIONES

1. En la investigación realizada predominaron las causas orgánicas en los pacientes con fallo de medro.
2. La ferropenia, como causa orgánica más frecuente, se relacionó con el abandono precoz de lactancia materna, introducción precoz de lactancia artificial y ablactación inadecuada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrio Merino A, Calvo Romeo C. Evaluación del niño con Fallo de Medro. PloS Genet 2007; 3(12): 235.
2. Vázquez Diéguez S. Fallo de Medro en el lactante. Mesa Redonda. Protocolos de Relación entre Atención Primaria y Especializada. Ciudad de la Habana, 2005.
3. Olsen EM, Skougaard AM, Weile B, Jorgensen T. Risk factors for failure to thrive in Infancy depend on the anthropometrie definitions used: The Copenhagen. County Child Cohort Paediatr Perinatal Epidemiol 2007; 21(5): 418-31.
4. Olsen EM, Peterson J, Skougaard DM, Weile B, Jorgensen, Wright CM. Failure to Thrive: the prevalence and concurrence of anthropometric criteria in a general infant Population. Arch Dis Child.2007; 92(2): 109-14.
5. Nancy Lee MD, Ebeling S, Ellender SM, Christine C. Hypospadias and Failure to thrive. New Engl J Med 2004; 25: 351(22): 2319-2326.
6. Block RW, Krebs NT. Failure to thrive as a manifestation of child neglect. Pediatrics 2005; 116(5): 123-47.
7. Black MM, Dubowitz H, Kirshnakumar A, Star NH J. Early intervention recovery Among children with failure to thrive: follow-up at age 8. 2007. Jul; 20(1):59-69.
8. Steward DK, Ryan-Wenger NA, Boyn. Selection of growth parameters to define Failure to thrive. J Pediatr Nurs 2003; 18(1): 52-9.

9. Dusick AM, Poindexter BB, Ehrenkranz RA, Lemans JA. Growth failure in the preterm infant: can we catch up. *Sem Perinatol.* 2003; 27(4): 302-10.
10. Fleischman A, Brue C, Poussaint TY, Kieran M. Diencephalic syndrome: a cause of partial growth hormone resistance, *Pediatrics.* 2005; 115 (6): 742-8.
11. Gale CR, O Cakaghan FJ, Bredow M, Mortyn CN; Aron Longitudinal. Study of Parents and children Studt Team. The influence of head growth in fetal life, infancy, and childhood on intelligence at the ages of 4 and 8 years. *Pediatrics* 2006; 118(4): 1486-92.
12. Krugman SD, Dubowits H. Failure to thrive. *Am Fam Physician* 2003; 68(5):879-84.
13. Gale CR, O Cakaghan FJ, Bredow M, MortynCN; Aron Longitudinal. Study of Parents and children Studt Team. The influence of head growth in fetal life, infancy, and childhood on intelligence at the ages of 4 and 8 years. *Pediatrics* 2006; 118(4): 1486-92.
14. Lee Harris N, Anne Shepard N. Infant with Hypospadias and Failure to thrive. 2004; 351 (22): 2319-2326.
15. Olsen EM, Skougard DM. Psychosomatic failure to thrive in infants and toddlers. 2002; 164 (48): 5631-5.
16. Fisher D, Baird J, Poyne L, Lucas P, Kleijnen Failure to thrive. [Artículo en línea]. *J Reprod Med.* 2007; 52(8): 689-95. <<http://www.Aeped.es/pdfdocs/miraflores.pdf>>. [Consulta: 18 de octubre 2007].
17. Bithoney WG, Mc Junkin J, Michalek J, Egan H, Smyder J, Munier A. *J Dev Behav Pediatr* 2003; 10 (1): 27-31.
18. Lee Harris N, Shepard A. Infant with Hypospadias and Failure to thrive. 2004; 351 (22): 2319-2326.
19. Olsen EM, Skougard DM. Psychosomatic failure to thrive in infants and toddlers. 2002; 164 (48): 5631-5.
20. Daniel M, kleis L, Cemeroglu AP. Etiology of Failure to thrive in infants and Toddlers Referred to a Pediatric Endocrinology Outpatient Clinic. *Clinic Pediatr* 2008; 47(2): 158-62.
21. 14.-Krugman SD, Dubowitz H. Failure to thrive. *Am Fam Physician* 2003; 68(5): 879- 84.

- 22.-Blair PS, Drewett RF, Emmett PM, Ness A, Emond AM. Family, socioeconomic and prenatal factors associated with failure to thrive in The Aron Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Int J Epidemiol.* 2004; 33 (4): 847-8.
- 23.Drewett RF, Kasese-Hera M, Wright C. Feeding behaviour in young children who fail to thrive. *Appetite.* 2003; 40(1): 55-60.
- 24.Ruiz González M, Rosich Garcia L, Pico Bergantiños M. Ferropenia en niños de seis a 24 meses de edad con hemoglobina normal. [Artículo en línea]. *J Reprod Med;* 2007; 52(8): 689-95. <<http://bases.bireme.LILACS.html>> [Consulta: 3 julio 2007].
- 25.Breitman F, Frano V, Escobar N. Programa de atención interdisciplinaria de lactantes con retardo de crecimiento no orgánico. *Arch. Argent.Pediatr.*1999; 97(6): 365-76.
- 26.Drewelt R, Blair P, Enmetl P, Eminel A. Failure to thrive in the term and preterm infants of mothers deprese in the postnatal perive: a population-basse birth cohort study. *Child Psychal Psychiatry.* 2004; 45(2):359-66.
Suss Burghart H. Feeding disorders and failure to thrive in smoll and/ or Handicapped children. *Z. Kinder Jugend ssychiatr Psychother.* 2000; 28(4): 285-96.

Correspondencia: Dra. Tania Borrás Santisteban

Dirección: Cervantes 211. Apto 3. Entre Arias y Agramonte. Holguín

Teléfono: 42 3942

Correo electrónico: taniab@crystal.hlg.sld.cu