

Tesis de Licenciatura



La alimentación y el crecimiento de niños nacidos prematuramente en la actualidad

MARÍA CONSTANZA GONZÁLEZ

Tutora: Prof. Lic. Mariana Jimena Rinaldi

Cotutora: Lic. Camila Iturralde

Asesoría metodológica: Dra. Mg. Vivian Minnaard

Año 2018



LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“La mejor manera de encontrarte a ti mismo es perderte en el servicio de los demás”.

- Mahatma Gandhi.

Dedicado a mis papas y a mi hermana por acompañarme y confiar en mí en cada paso que doy en la vida.

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a mis papas y a mi hermana por haberme acompañado y guiado en este camino que tuvo momentos hermosos como así también momentos difíciles, quienes confiaron en mí desde el primer día y que sabían que lo iba a lograr. Hoy una parte de mi logro es logro de papá y mamá ya que sin ellos no hubiera podido ser posible.

A mi familia por la confianza y el apoyo incondicional.

A mis compañeras de facultad quienes a través de los años terminamos formando una gran amistad, nuestro apoyo previo a cada examen o final nos empujó a estar logrando nuestro objetivo común y a poder estar donde me encuentro hoy, compartiendo nuestro amor por la profesión.

A mis amigas de la vida que siempre fueron mi oído y cable a tierra, compartiendo mis alegrías y logros.

A mi tutora Prof. Lic. Mariana Rinaldi por acompañarme y guiarme en este proceso de aprendizaje.

A mi cotutora Lic. Camila Iturralde por la ayuda y la predisposición brindada abriendo sus puertas donde ejerce para poder llevar a cabo mi intervención.

A Dra. Mg Vivian Minnaard por la calidez, guía y compromiso brindado en la realización de cada paso del presente trabajo.

Al Comité de Investigación y Ética de la Municipalidad de Mar del Plata por permitirme llevar a cabo mi tesis.

A las madres de los niños que acudieron a los CAPS de la ciudad de Mar del Plata participando amablemente de la encuesta.

A todas aquellas personas que colaboraron con la tesis de alguna forma, impulsándome en todo momento a poder finalizarla.

Resumen

El nacimiento de un niño prematuro abarca una amplia variedad de dimensiones a tener en cuenta. En Argentina, el 8,5% de los nacimientos anuales corresponde a partos prematuros en quienes la sobrevivencia se encuentra en aumento gracias a las mejoras en las técnicas y tratamientos destinados a los mismos desde el instante mismo del nacimiento. La nutrición y el crecimiento son los dos pilares fundamentales sobre los cuales se deben basar todas las intervenciones a realizar en los recién nacidos prematuros y a lo largo de toda su infancia. La llegada del niño prematuro tiene un impacto emocional grande en la familia y por lo tanto, el equipo médico debe orientar sus esfuerzos a prevenir posibles complicaciones.

Objetivo general: Analizar el crecimiento y la alimentación de niños nacidos prematuros que son menores a 5 años en la actualidad y asisten a un CAPS de la ciudad de Mar del Plata en el año 2018, e indagar la percepción de las madres en cuanto al cuidado de sus hijos.

Metodología: Se trata de un Estudio de Caso, de carácter descriptivo no experimental, de corte transversal. Se contó con la participación voluntaria de cuatro madres de niños nacidos prematuros que actualmente son menores a 5 años y asisten a un CAPS.

Resultados: Se observó el crecimiento de los cinco niños encontrando en uno de los casos una baja longitud corporal para la edad corregida. Con respecto a la variable de perímetro cefálico, los 5 casos estuvieron en la normalidad. En lo relacionado a la alimentación, en el período de lactancia solo uno de los niños consumió leche materna exclusiva, otro de los niños recibió fórmula artificial y los tres casos se alimentaron de manera mixta combinando fórmula artificial y leche materna. En el período de ablactación, se observó un consumo anticipado de la primera papilla previo a los 6 meses en 4 de los 5 casos. Con respecto a la alimentación actual del niño, las madres consideraron un apetito normal y en su mayoría evaluaron que sus hijos llevaban una alimentación de tipo variada. Por otro lado, las emociones y sentimientos que recuerdan desde el nacimiento y por la condición de prematuros, las madres coincidieron en los miedos y nervios durante la estadía de sus hijos en la UCIN, así como también las ganas de que ellos ya estuvieran en el hogar con la familia.

Conclusión: Es de gran importancia el cuidado y seguimiento de los recién nacidos prematuros, teniendo en cuenta que año tras año aumenta el número de los mismos. Los riesgos propios de la prematurez se ven disminuidos a través del correcto seguimiento en los controles médicos. En lo que respecta a la alimentación y crecimiento, es importante el correcto asesoramiento de las familias desde el momento del nacimiento del niño prematuro teniendo en cuenta la tríada familia-niño-profesional de la salud, en la búsqueda constante y continua de mejorar y preservar la correcta nutrición y crecimiento de ese niño.

Palabras claves: prematuro – alimentación – crecimiento – cuidados y emociones maternas.

Abstract

The birth of a premature child covers a wide variety of measures to consider. In Argentina, 8.5% of births per year corresponds to premature births in which the survival is on rise due on the improvement in the techniques and treatments from the moment of birth. Nutrition and growth are the main pillars on which all the interventions have to be carried out in premature children and throughout their childhood should be based. The arrival of the premature child has a great emotional impact on the family, so the medical team should guide their efforts to prevent possible complications.

General propose: Analyze the growth and feeding of preterm infants who are under 5 years of age and attend a CAPS in Mar del Plata in 2018 and investigate the perception of mothers regarding the care of their children.

Methodology: This is a cross-sectional Case Study, of a non-experimental and descriptive study. There were voluntary participation of four premature child's mothers. Their children are currently under 5 years old and attend in a CAPS in Mar del Plata.

Results: The research of 5 children showed that one of them had short stature for the age. About the cephalic perimeter variable, all of them were normal. Related to food, in the period of breastfeeding alone, one of the children consumed exclusive breast milk, other one received the artificial formula and the rest cases were fed in a mixed way, combining the artificial formula and breast milk. In the ablation period, the consumption of the first pap was recorded before the 6 months in 4 of the 5 cases. In regard to the actual feeding of the child mothers, considered a normal appetite and mostly assessed that the children had a varied diet. On the other hand, the emotions and feelings that they remember from birth and for the condition of premature, the mothers coincided in the fears and nerves during the stay of their children in the UCIN, as well as the desire that they were at home with the family.

Conclusion: The care and monitoring of premature newborns is really important, taking into account that year after year the number of them increases. The risks of prematurity are decreasing through proper follow-up in medical check-ups. In regard to food and growth, it is important to provide proper advice to families from the moment the premature child is born, taking into account the family-child-health professional triad, in the constant and continuous search to improve and preserve the correct nutrition and growth of that child.

Key words: premature - feeding - growth - maternal care and emotions.

~Índice~

Introducción.....	p. 1
Capítulo I	
Recién Nacido Prematuro (RNPT).....	p.6
Capítulo II	
Nutrición y crecimiento.....	p. 19
Diseño metodológico.....	p.27
Análisis de datos.....	p.42
Conclusión.....	p.71
Bibliografía.....	p.75



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, nacen aproximadamente 15 millones de bebés pretérmino por año en el mundo, más de uno por cada 10 nacimientos. En los países con bajos ingresos per cápita, aproximadamente el 12% de los nacimientos corresponde a niños pretérmino, mientras que en los de más altos ingresos se encuentran cifras de entre un 5 y un 9% de nacimientos prematuros (Organización Mundial de la Salud, 2015). Por lo que, es de vital importancia el estudio sobre este grupo de riesgo, considerando además que a nivel mundial es la tercera causa de muerte en niños menores de 5 años (Cardonet, 2010).

Determinado como recién nacido prematuro (RNPT):

...a todo niño nacido antes de las 37 semanas completas de gestación o menores a 259 días a partir del primer día de la última menstruación. El nacimiento prematuro a su vez, puede subdividirse según la edad gestacional en: Prematuro extremo: <28 semanas. Muy prematuro: 28 a 32 semanas. Prematuro moderado: 32 a 34 semanas. Prematuro tardío: 34 a 37 semanas (Abeyá Gilardon, y otros, 2015).

La supervivencia de los niños nacidos pretérmino ha mejorado en las últimas décadas. La morbi-mortalidad, gracias al avance en los conocimientos y cuidados en la sala de neonatología, se concentra en la población con extrema prematuridad (Arce, y otros, 2003). En Argentina, el 8,5% de los nacimientos anuales se corresponden con partos prematuros, en quienes la sobrevivencia aumentó en el 2011 al 64%, pero aún se encuentra lejos de valores de referencia internacionales (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2015).¹

La nutrición tiene como principal objetivo abastecer de nutrientes para mantener un crecimiento mientras perdure la etapa intrauterina y garantizar, por lo tanto, un correcto desarrollo en todos los aspectos. Por lo que, “una dieta y un estado nutricional inadecuado durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos” (Darnton-Hill, 2013).²

¹ El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia o UNICEF es un programa de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) con base en Nueva York y que provee ayuda humanitaria y de desarrollo a niños y madres en países en desarrollo. La base sobre la que guía su trabajo es la Convención sobre los Derechos del Niño y su labor está centrada en cinco esferas prioritarias de trabajo: supervivencia y desarrollo infantil, educación e igualdad de género, la infancia y el VIH/sida, protección infantil y promoción de políticas y alianzas.

² Darnton-Hill Ian es un profesor especializado en nutrición y elaboro trabajos relacionados a temas como la obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular, metabolismo y consumo de macronutrientes.

~ Introducción ~

Entonces, el estado nutricional en el embarazo, juega un papel importante en el posible impacto en el niño por nacer, y por lo tanto, aumentando la probabilidad de morbi-mortalidad en el prematuro, con posibles complicaciones a corto y largo plazo (Rasmussen & Yaktine, 2009).³

Dentro de las complicaciones y discapacidades propias de la prematuridad en el corto plazo se encuentran: las dificultades alimentarias y del crecimiento, infección, apnea, trastornos del neurodesarrollo, retinopatía y distonía transitoria. Mientras que a largo plazo se hallan principalmente: problemas de conducta, enfermedad pulmonar crónica, dificultades de aprendizaje, crecimiento incompleto, necesidad de cuidados médicos especiales, déficit sensorial y parálisis cerebral (Perkin Elmer, 2009).

Dentro de los factores de riesgo predisponentes a aumentar la probabilidad de parto prematuro la bibliografía refiere: abortos previos, la gestación múltiple, las técnicas de reproducción asistida y la hospitalización con necesidad de tocólisis (Losa, Gonzalez, & Gonzalez, Risk factors for preterm birth, 2006), como así también peso, talla y edad materna (Calderon Guillen, Vega Malagon, Velasquez Tlapanco, Morales Carrera, & Vega Malagon, 2005).⁴

En cuanto a los riesgos que debe afrontar el recién nacido prematuro al momento del nacimiento se encuentran, en primer lugar, el riesgo biológico neonatal en donde se comprenden enfermedades pulmonares, enteritis necrotizante, retraso del crecimiento intrauterino, bajo peso y patologías cerebrales. En segunda instancia, se halla el riesgo psicoemocional, en donde se incluyen madre soltera, familias con problemáticas en sus miembros, bajo nivel educativo de padres, edad de los progenitores, nivel socioeconómico, cónyuges divorciados, embarazo no planificado y dificultad para afrontar el estrés generado por la situación traumática del recién nacido prematuro (Gonzalez-Serrano, y otros, 2012).⁵

Cuando el recién nacido se adelanta a la fecha de parto, genera un estrés psicoemocional en los progenitores, quienes se encuentran sobrepasados emocionalmente (Druon, 1996).⁶

³ En el mismo trabajo se hizo hincapié en la revisión de las guías existentes, cuando sea necesario, incluyendo la necesidad de en la recomendación de pautas específicas de peso durante el embarazo para mujeres y adolescentes con peso insuficiente, peso normal y obesos y mujeres con gemelos o bebés de alto orden.

⁴ El estudio llevado a cabo por Calderón Guillen, y otros, buscó determinar los factores de riesgo maternos asociados con el parto prematuro en el Hospital General Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro. El artículo puede ser encontrado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16164851>

⁵ González-Serrano, y otros realizaron un estudio en profundidad sobre los riesgos propios del nacimiento prematuro desde la perspectiva materna y la del niño.

⁶ Catherine Druon fue una de las primeras psicoanalistas en trabajar en neonatología ya que consideraba la necesidad de implementar correcciones en la triada familia – recién nacido – profesional de la salud.

~ Introducción ~

A su vez, gracias a los adelantos y nuevas prácticas en materia de obstetricia y neonatología hay un importante aumento en la sobrevivencia de estos pacientes (Jimenez Martin, Servera Ginard, Roca Jaume, Frontera, & Perez Rodriguez, 2008)⁷, mientras que a pesar de la importancia del rol de la madre en el cuidado así como también de los profesionales de la salud presentes en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), la recopilación de casos desde la visión, el relato y la percepción de estos actores es significativa, a partir de allí radica la relevancia de la investigación.

En lo que refiere a lo atravesado por la familia desde el momento en el que se enteran del adelanto en la fecha de parto, resulta relevante profundizar en lo que la madre del niño relate, desde donde se partirá con los cuidados directos al recién nacido prematuro en el hogar, desde que llegó hasta la actualidad, y el camino por el cual esa madre curso para la adaptación tanto de ella como de su bebé, la percepción que tienen de ellas mismas, las necesidades y problemáticas que refieren tener y todas aquellas cuestiones que consideren relevantes a relatar.

Por ende, se tendrán en cuenta los supuestos de la madre para la construcción de la calidad de vida del niño, basándose en lo que la madre percibe en cuanto a la relación con su hijo, la evolución en la alimentación, los cuidados y las situaciones complejas que hayan sucedido.

A partir de las consideraciones anteriores se plantea:

“¿Cómo ha sido el crecimiento y la alimentación de niños nacidos prematuramente que son menores a 5 años en la actualidad y asisten a CAPS de la ciudad de Mar del Plata en el año 2018, y cuál es la percepción de las madres en cuanto al cuidado de sus hijos?”

El objetivo general propuesto es:

Analizar el crecimiento y la alimentación de niños nacidos prematuramente que son menores a 5 años en la actualidad y asisten a CAPS de la ciudad de Mar del Plata en el año 2018, e indagar la percepción de las madres en cuanto al cuidado de sus hijos.

⁷ En el estudio se evaluaron 116 prematuros con pesos igual o menor a 1000gr. Se encontró como secuela más prevalente el retraso de crecimiento ponderal. Cerca del 14% sufrieron parálisis cerebral en diferentes grados, Las alteraciones oftalmológicas y auditivas graves son poco frecuentes y el desarrollo psicomotor y del lenguaje es normal en la mayoría de estos niños. Enlace para ampliar la lectura del artículo: <https://medes.com/publication/40121>

~ Introducción ~

Del mismo se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Caracterizar aspectos sociodemográficos de la familia del niño (edad y escolaridad materna, paridad, antecedentes de parto prematuro, composición familiar).
- Registrar las diferentes etapas de la alimentación del niño desde el nacimiento (la lactancia, la incorporación de los primeros alimentos y la incorporación del niño a la dieta familiar).
- Analizar lo que la madre refiere respecto al crecimiento de su hijo y los datos registrados en la historia clínica (tipo de prematuro, peso de nacimiento, edad biológica, edad corregida y curvas de crecimiento, identificación de posibles patologías o secuelas).
- Describir la percepción de las madres en cuanto al cuidado del niño en lo que refiere al cuidado de los niños en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, así como también los miedos e inseguridades una vez que el hijo llega al hogar.



CAPÍTULO I

Recién nacido prematuro

Capítulo I

Recién Nacido Prematuro (RNPT)

Se entiende como recién nacido prematuro (RNPT) a todo bebe nacido antes de las 37 semanas completas de gestación o menores a 259 días a partir del primer día de la última menstruación (Abeyá Gilardon, y otros, 2015).⁸ Por lo tanto se considera nacimiento en término cuando el niño nace entre la semana 38 y la semana 42 de gestación, y postérmino, cuando el nacimiento se produce posterior a dicha semana.

En el pasado, se consideraba a un niño como prematuro en base únicamente a su peso de nacimiento, por lo tanto aquellos bebes que habían nacido con menos de 2500 gr eran considerados prematuros. Luego se pudo comprobar que no todos los recién nacidos con pesos inferiores a 2500 gr eran prematuros, por lo tanto se debió comenzar a considerar la edad gestacional para diferenciar un recién nacido prematuro de un recién nacido bajo peso (Lorenzo, y otros, 2007).⁹

Ahora bien, por edad gestacional se entiende a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido y que puede ser determinada tanto por métodos prenatales como postnatales.

Dentro de lo que concierne a la determinación prenatal realizada por el obstetra se encuentran: la fecha de la última menstruación, los latidos del feto, la altura uterina y la percepción de movimientos fetales (Gil Almira, 2008). Por otro lado, la determinación de la edad gestacional una vez que el niño ya ha nacido es practicada por el pediatra e incluye la observación de parámetros físicos y neurológicos que generalmente tienen una buena correlación con la edad gestacional. Se suelen utilizar scores para los métodos postnatales en las cuales se incluyen: score de Farr¹⁰, Score de Dubowitz¹¹, Score de Ballard¹², Score de Usher¹³, Score de Capurro¹⁴ (Lorenzo, y otros, 2007).

⁸ En el año 2015, la dirección Nacional de Maternidad e Infancia de la República Argentina realizaron un documento que tiene como propósito facilitar la atención nutricional de niños prematuros en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, así como su seguimiento posalta contribuyendo a unificar criterios de atención, monitoreo y evaluación nutricional del niño prematuro que procuren así mejorar su salud y calidad de vida actual y futura.

⁹ La Dr. Fernández Pérez, junto con sus colaboradores realizaron una revisión histórica de la evolución del concepto de prematuridad en el artículo llamado "Caracterización clínica epidemiológica del bajo peso al nacer" publicado en el año 2014 en la Revista Cubana de Medicina General Integral. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252015000100005&script=sci_arttext&lng=en.

¹⁰ El score de Farr permite clasificar diferentes elementos morfológicos (aspecto de la piel, edema, lanugo, apariencia de las orejas, órganos genitales externos, tejido mamario, pliegues plantares). Estos elementos se clasifican de 0 a 4, entonces el total comparado con la referencia da una edad gestacional.

¹¹ El score de Dubowitz es un método para estimar la edad gestacional de los bebés. Fue ideado por Lilly Dubowitz, un pediatra británico de origen húngaro, y el neurólogo británico Victor Dubowitz. Este examen evalúa tanto las características físicas como las características neurológicas y, en conjunto, estima la edad gestacional del bebé dentro de 1-2 semanas de la edad gestacional verdadera.

¹² Score de Ballard es una técnica clínica comúnmente usada para el cálculo indirecto de la edad gestacional de un recién nacido. El test le asigna un valor a cada criterio de examinación, la suma total del cual es luego extrapolado para inferir la edad gestacional del neonato. Los criterios se dividen en físicos y neurológicos y la suma de los criterios permite estimar edades entre 26 y 44 semanas de embarazo. Dentro de los criterios físicos se evalúa: piel, oreja, ojos, pelo, esbozo mamario y genitales. Por otro lado, en los criterios neurológicos se observa: postura, ventana cuadrada, rebote del brazo, ángulo poplíteo, signo de la bufanda y talón a la oreja.

¹³ Test de Usher también sirve para hacer evaluación de la edad gestacional, pero en este caso evalúa 5 criterios puramente físicos, los cuales son: cabello, pabellón auricular, pezón, genitales y pliegues plantares.

¹⁴ Score de Capurro permite estimar la edad gestacional del neonato. Los parámetros fisiológicos que se tienen en cuenta son forma de la oreja, tamaño de la glándula mamaria, formación del pezón, textura de la piel y pliegues plantares.

~ Capítulo I: Recién Nacido Prematuro ~

Ya en conocimiento de la edad gestacional del recién nacido prematuro es que se lo puede considerar según se visualiza en la tabla 1.

Tabla N° 1 Tipo de prematuro según edad gestacional

Prematuro extremo	Menos de 28 semanas de gestación
Muy prematuro	De 28 a 32 semanas
Prematuro moderado	De 32 a 34 semanas
Prematuro tardío	De 34 a 37 semanas de gestación.

Fuente: Adaptada de Abeyá Gilardon, y otros (2015).¹⁵

En relación con la edad gestacional puede esperarse la inmadurez de diversos sistemas orgánicos en recién nacidos y cuanto mayor sea la prematurez menor será el grado de desarrollo.

Además de la edad gestacional, en los recién nacidos prematuros es de gran importancia la determinación del peso de nacimiento ya que puede servir para predecir problemas en el recién nacido. Como sostiene Fernández Pérez, et al. (2014), el bajo peso es concluyente en las posibilidades del neonato de sobrevivir y poder alcanzar un correcto crecimiento y desarrollo.

Como se puede observar en la Tabla 2, las definiciones utilizadas en función del peso del neonato.

Tabla N °2 Catalogación de los pesos en los recién nacidos

Macrosomía	4000 gr o mas
Peso normal	2500 gr a 4000 gr
Bajo peso al nacer	Menor a 2500 gr
Muy bajo peso al nacer	Menor a 1500 gr

Fuente: SAP (2013)¹⁶

Por lo tanto, los RN se pueden clasificar en: prematuros de peso adecuado para la edad gestacional (PAEG), prematuros de bajo peso para la edad gestacional (BPEG) y a término con bajo peso para la edad gestacional (a término BPEG) (Lorenzo, y otros, 2007)¹⁷.

La prematurez al ser una problemática mundial y al encontrarse los países en la búsqueda de disminuir su número e impacto en la sociedad, se han logrado establecer derechos para esta población.

¹⁵ Enrique O. Abeya Gilardon trabaja en la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación en Argentina

¹⁶ La SAP es la Sociedad Argentina de Pediatría fundada el 20 de octubre de 1911, la cual congrega a los médicos pediatras y a interesados en el estudio y la atención del ser humano en su período de crecimiento y desarrollo. El lema de la SAP "por un niño sano en un mundo mejor" señala no sólo la mirada integradora de la pediatría sino su compromiso con una realidad histórico social que le confía su futuro. La SAP, a través de su cooperación con otros organismos internacionales (UNICEF, OPS) y su integración a la Asociación Latinoamérica (ALAPE) y a la Asociación Internacional de Pediatría (IPA), participa del movimiento pediátrico mundial.

¹⁷ Jessica Lorenzo Prof. Lic. en Nutrición de la Universidad de Buenos aires, con una reconocida trayectoria en Argentina.

~ Capítulo I: Recién Nacido Prematuro ~

Desde el año 2010, en Argentina, UNICEF¹⁸ viene llevando a cabo la campaña “Semana del Prematuro”¹⁹, en la cual colaboran y participan Ministerios de Salud Provinciales, Municipales y también el Ministerio de Salud Nacional, junto con las familias de niños prematuros, sociedades científicas y maternidades de todo el país. Este proyecto tiene como objetivo principal el de crear conciencia sobre los derechos del recién nacido prematuro, las familias, los equipos de salud y la sociedad en general para poder asegurar el cumplimiento de los mismos. Se definieron diez derechos esenciales, y anualmente cuando se lleva a cabo la semana del prematuro se hace hincapié en uno en particular.

Ahora bien, la cuestión lleva a pensar en dónde radica la importancia y la atención de los nacimientos pretérmino. Si bien se pueden mencionar infinidad de complejas situaciones que implican al niño, la madre, la familia, la sociedad y el sistema de salud, es un problema a nivel mundial de gran importancia.

Cuadro N° 1: Diez derechos del niño prematuro

Derecho 1: Controlar el embarazo. Es muy importante para la salud tanto del niño como de la madre, se puede prevenir en muchos casos la prematuridad y otras complicaciones.

Derecho 2: Nacer y ser atendidos en lugares adecuados. Si ya se conoce el riesgo de tener un parto prematuro se debe asesorar sobre cuál es el hospital/maternidad más apropiado.

Derecho 3: Recibir atención adecuada a sus necesidades. Se debe considerar y conocer sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro.

Derecho 4: Recibir cuidados de enfermería de alta calidad. Deben ser orientados a proteger el desarrollo de los bebés y a cuidar a su familia. La familia tiene derecho a solicitar información sobre los beneficios del contacto piel a piel y que se les enseñe todas las maneras posibles de cuidar a su hijo durante la internación en el hospital.

Derecho 5: Tienen derecho a ser alimentados con leche materna. Sabiendo que es el mejor alimento que el niño puede recibir ya que aumenta las defensas, favorece su crecimiento y brinda bienestar emocional para la madre y niño.

Derecho 6: Prevenir la ceguera por retinopatía (ROP). El control debe realizarse en la neonatología y luego del alta hospitalaria. Los controles de fondo de ojo deben ser realizados por un oftalmólogo. En caso de que el bebé necesite oxigenoterapia debe contar con un saturómetro con alarmas para controlar la dosis segura.

Derecho 7: Acceder a un programa de seguimiento. Tienen la finalidad de prevenir y atender las dificultades que se presentan en el crecimiento, desarrollo, aprendizaje, movimiento, visión y audición. Necesidad de un equipo multidisciplinario.

Derecho 8: Recibir información y participar en la toma de decisiones. La familia debe formar parte del equipo de salud. Los padres brindan apoyo, contención, control y estimulación para su bebé.

Derecho 9: Ser acompañado por su familia todo el tiempo. La permanencia de los padres junto al bebé favorece el crecimiento, apego, seguridad y confianza.

Derecho 10: Aquellos niños que evolucionan con discapacidades tienen derechos por ley a una vida social plena.

Fuente: Adaptado de información provista por www.unicef.org²⁰

¹⁸ UNICEF: desempeña su labor en más de 190 países y territorios para proteger los derechos de todos los niños. UNICEF lleva 70 años trabajando para mejorar la vida de los niños y sus familias. Defender los derechos de los niños a lo largo de sus vidas requiere una presencia mundial a fin de obtener resultados y comprender sus efectos. A pesar de los desafíos notorios en todo el mundo, los miembros del personal de UNICEF luchan en favor de los derechos humanos de todos los niños que buscan un refugio seguro, alimentos, protección frente a desastres y conflictos, e igualdad.

¹⁹ “Semana del prematuro” El objetivo de esta campaña es instalar en la agenda pública la problemática de la prematuridad desde la defensa de los derechos del prematuro, y con la participación tanto de los equipos de salud como de la familia y la comunidad.

²⁰ Todos los años se celebra en Argentina la Semana del Prematuro y en cada celebración se hace especial hincapié en un derecho en especial.

~ Capítulo I: Recién Nacido Prematuro ~

Realizando una revisión de bibliografía formalizada estadísticamente se puede ver la preocupación a nivel mundial por encaminar los esfuerzos hacia la prevención y el correcto tratamiento oportuno de estos niños.

En el año 2012, se realizó un informe multidisciplinario encabezado por el Secretario General de las Naciones Unidas Ban Ki-moon, en donde participaron más de 40 organizaciones y 11 países, llamado “Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros”²¹. En el presente trabajo se destaca el nacimiento de 15 millones de prematuros nacidos por año en el mundo, de los cuales 1 millón muere debido a complicaciones propias del nacimiento prematuro y muchos otros padecen discapacidades por el resto de su vida. Por otro lado, el 80% de los nacimientos prematuros ocurren entre las semanas 32 y 37 de gestación y tienen mayor sobrevivencia con atención especial del recién nacido.

Asimismo, la prematuridad es la primera causa de muerte en niños recién nacidos (antes de las 4 semanas de vida) y la segunda causa de muerte de niños menores de 5 años (Howson, Kinney, & Lawn, 2012)²². Estas estadísticas demuestran una realidad que asusta pero que debe motivar y encaminar a los esfuerzos a no solo mejorar la atención de los niños prematuros, sino que también debe generar inversiones en la salud de la madre, la importancia de la planificación familiar y un mejor empoderamiento de la mujer en cuanto a conocimientos y cuidados propios del período por el que transita. Actualmente los nacimientos pretérmino si bien tienen lugar en todo el mundo, el 60% está concentrado en Asia meridional y África, demostrando también la desigualdad entre países desarrollados y como en países

La razón por la que se utiliza esta dinámica es para visibilizar y dar relevancia a cada uno de los diez derechos del niño prematuro mencionados anteriormente.

En la Semana del Prematuro se realizan charlas informativas y de concientización, se realizan spots publicitarios y asiste a maternidades para promover y dar a conocer los derechos.

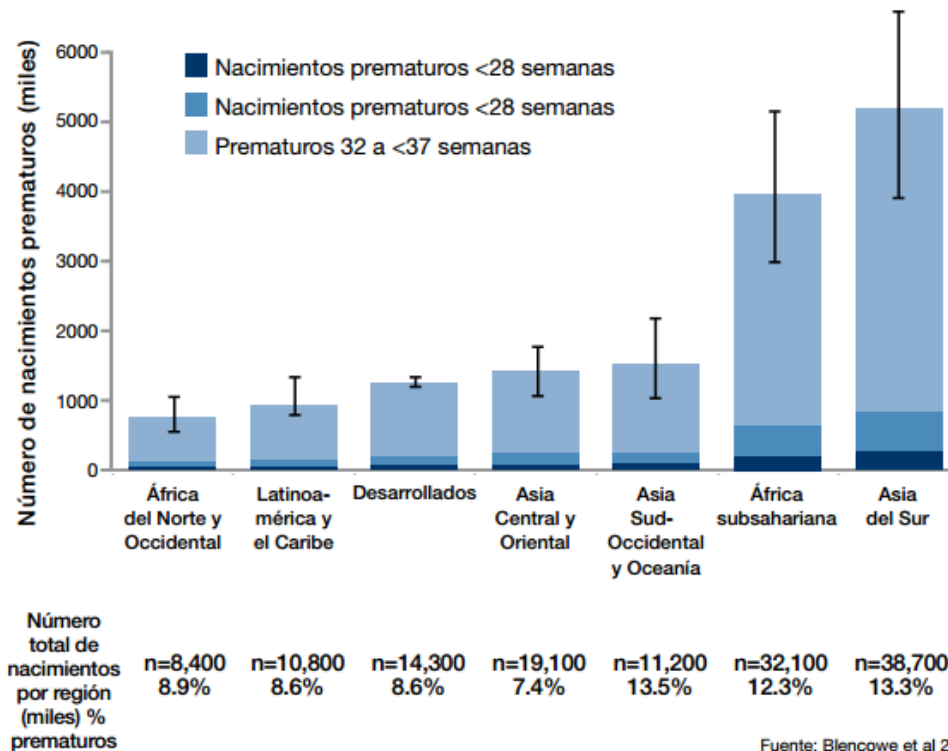
²¹ El informe citado “Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros” se puede encontrar en inglés el informe completo y español el resumen ejecutivo. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/es/

²² El parto prematuro es una de las principales causas de muerte y una causa importante de pérdida a largo plazo del potencial humano entre los supervivientes de todo el mundo. Las complicaciones de parto prematuro son la causa única más grande directa de las muertes neonatales, responsable del 35% de los 3,1 millones de muertes en el mundo al año, y la segunda causa más común de los menores de 5 muertes después de la neumonía. En casi todos los países de ingresos altos y medios del mundo, el parto prematuro es la principal causa de muerte infantil. El hecho de nacer prematuro también aumenta el riesgo de morir de un bebé debido a otras causas, especialmente de infecciones neonatales con parto prematuro estimado como un factor de riesgo en al menos el 50% de todas las muertes neonatales. Abordar el parto prematuro es esencial para acelerar el progreso hacia el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4. Además de su importante contribución a la mortalidad, el efecto del parto prematuro entre algunos supervivientes puede continuar durante toda la vida. Más información en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828585/>

~ Capítulo I: Recién Nacido Prematuro ~

de menores ingresos se encuentran en un peligro aún mayor.²³ Las diferencias en el nivel socio-económico y educacional entre los países desarrollados y los que están en vías de serlo se traduce en la cantidad y calidad de recursos destinados a la prevención, atención y tratamiento del parto prematuro.

Gráfico N° 1 Nacimientos prematuros por edad gestacional y región en el año 2010.



Fuente: Blencowe, y otros (2012).

Ahora bien, para conocer la situación actual de los recién nacidos prematuros en la República Argentina se recurre al informe anual de Estadísticas Vitales realizado por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación²⁴, actualmente disponiendo del llevado a cabo en el año 2015 y publicado en diciembre del año 2016.

²³ Blencowe et al (2012) realizaron un análisis sistemático nacional, regional y mundial de tasas de nacimiento prematuro en el año 2012. En él se puede observar la diferencia entre los distintos países y como la distribución mundial de los nacimientos prematuros. El documento fue utilizado posteriormente en el informe "Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros". Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22682464>

²⁴ La Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación tiene como objetivos producir, difundir y analizar estadísticas relacionadas con condiciones de vida y problemas de salud, suministrando datos sobre Hechos Vitales (Nupcialidad, Natalidad y Mortalidad), Morbilidad y Rendimientos Hospitalarios, disponibilidad y utilización de los Recursos de Salud, así como también difundir y publicar la información estadística actualizada de salud a nivel nacional e internacional.

~ Capítulo I: Recién Nacido Prematuro ~

En la Figura 3 se recabó información relevante para tal fin.

Tabla N° 3 Nacidos vivos registrados según tiempo de gestación, por jurisdicción de residencia de la madre. República Argentina – Año 2015²⁵

JURISDICCION DE RESIDENCIA DE LA MADRE	TOTAL NACIDOS VIVOS	TIEMPO DE GESTACION (en semanas completas)								
		Subtotal	PRETERMINO					TERMINO	POSTERMINO	Sin
			Menos de 22	22 a 23	24 a 27	28 a 31	32 a 36	37 a 41	42 y más	Especi- ficar
REPUBLICA ARGENTINA	770.040	64.262	135	334	2.270	5.820	55.703	691.261	4.093	10.424
Ciud. Aut. de Buenos Aires	41.866	3.405	4	10	112	299	2.980	37.400	122	939
Buenos Aires	287.523	23.373	22	85	849	2.110	20.307	255.560	1.595	6.995
Partidos del Aglom. GBA	202.781	16.415	14	64	641	1.504	14.192	179.510	1.294	5.562
Catamarca	6.835	442	2	2	22	28	388	6.230	19	144
Córdoba	58.558	4.582	2	19	162	428	3.971	53.630	104	242
Corrientes	20.658	1.682	7	16	76	168	1.415	18.549	188	239
Chaco	25.952	2.389	2	8	61	244	2.074	23.162	107	294
Chubut	9.858	785	0	1	19	65	700	9.054	18	1
Entre Ríos	23.572	2.449	0	16	61	210	2.162	20.405	535	183
Formosa	12.331	1.141	2	5	33	123	978	11.127	58	5
Jujuy	13.265	927	9	9	18	93	798	12.092	243	3
La Pampa	5.398	379	2	3	18	36	320	5.015	3	1
La Rioja	6.274	521	1	2	20	65	433	5.648	14	91
Mendoza	35.476	2.351	4	16	104	219	2.008	33.055	46	24
Misiones	27.168	2.207	2	15	72	163	1.955	24.538	317	106
Neuquén	11.838	951	0	8	65	90	788	10.873	9	5
Río Negro	12.734	1.146	2	1	41	108	994	11.506	52	30
Salta	28.379	2.212	20	28	88	141	1.935	26.026	132	9
San Juan	15.168	910	3	5	31	83	788	14.247	6	5
San Luis	8.101	714	0	4	28	72	610	7.305	16	66
Santa Cruz	6.336	521	1	5	22	53	440	5.725	20	70
Santa Fe	57.439	5.626	9	27	191	608	4.791	51.446	72	295
Santiago del Estero	19.061	2.041	3	2	33	126	1.877	16.683	304	33
Tucumán	30.188	2.999	38	41	117	233	2.570	26.949	63	177
Tierra del Fuego	3.037	229	0	3	10	18	198	2.756	39	13
Otros Países	364	38	0	2	1	7	28	320	3	3
Lugar no especificado	2.661	242	0	1	16	30	195	1.960	8	451

Fuente: Extraído de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (2015).

²⁵ Según la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, por lo que refiere a nacidos vivos registrados según el tiempo de gestación se manifiesta a la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre prescindiendo de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de tal separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical, o movimiento efectivo de músculos voluntarios, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta; cada producto de tal alumbramiento se considera nacido vivo.

En cuanto al tiempo de gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o en semanas completas. Pretérmino cuando es menos de 37 semanas completas (menos de 259 días). A término: de 37 a 41 semanas completas (259 a 293 días). Y postérmino a partir de 42 semanas completas o más (294 días o más).

~ Capítulo I: Recién Nacido Prematuro ~

Según las estadísticas presentes en la figura 3, del total de nacidos vivos en la República Argentina en el año 2015, el 8,34% corresponde a nacidos vivos pretérmino. Si se observan los valores a nivel mundial las cifras oscilan entre el 5% y el 18% de los recién nacidos prematuros sobre el total de nacimientos. Por lo tanto, Argentina se encuentra dentro de los países con menores tasas de nacimiento prematuro pero, se debe tener en cuenta que la cifra está aumentando escasamente año a año, siendo en el año 2010 un porcentaje cercano al 7,98% los nacimientos vivos pretérmino por sobre los nacimientos vivos totales.

Ahora bien, realizando un análisis aún más profundo de los nacimientos pretérmino, se puede observar que los prematuros extremos (<28 semanas) corresponden a la menor proporción siendo los mismos 4,26%, seguidos de los muy prematuros (28 a 32 semanas) con un 9,05% y llegando a los prematuros moderados y tardíos que se encuentran entre las semanas 32 y 37 que representan el 86,7% de los recién nacidos pretérmino (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Como se ha mencionado anteriormente, la edad gestacional es un importante factor que determinará no sólo la madurez y desarrollo de ese niño, sino que además se podrían observar diferentes complicaciones y dificultades por las que deberá pasar el recién nacido y su familia en el corto, mediano y largo plazo. Es por esto que, es de vital importancia reducir el riesgo de partos prematuros, para que de esa forma se puedan disminuir los riesgos de morbi-mortalidad en este grupo.

En adición a la edad gestacional, otro factor importante a tener en cuenta es el peso de nacimiento de estos niños. En la República Argentina, en el año 2015, de los nacidos vivos con menos de 1500 gramos de peso constituyeron el 1,1% del total de los nacidos vivos. Mientras que la tasa de mortalidad infantil en el año 2015 fue de 9,7%, la tasa específica para los nacidos vivos con menos de 1500 gramos fue de 351%²⁶. Por lo tanto, aquí radica la importancia en primer lugar de la prevención del nacimiento prematuro y, en segundo lugar, mejorar las estrategias encaminadas al cuidado de los recién nacidos prematuros y de bajo peso (Guevel, y otros, 2015)²⁷.

La siguiente cuestión que viene aparejada a la edad gestacional y al peso de nacimiento propio del niño prematuro se encuentran las complicaciones y discapacidades que sobrevienen propias de la prematuridad.

²⁶ Las cifras citadas son obtenidas del Informe de Estadísticas Vitales e Información Básica en el año 2015, en la República Argentina, en el cuadro numero 32 defunciones infantiles y tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal cada 1.000 nacidos vivos, por jurisdicción de residencia de la madre, en la página 116 del mencionado documento. Se puede consultar en la página web de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación. <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>

²⁷ Equipo conformado por especialistas a cargo del sistema estadístico de salud en el año 2010, en Argentina dependiente de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

~ Capítulo I: Recién Nacido Prematuro ~

En ella se encuentra por ejemplo las infecciones respiratorias en el corto plazo que luego se manifiestan en el largo plazo como la enfermedad pulmonar crónica, la cual se trata del proceso de insuficiencia respiratoria crónica de los recién nacidos que debido a complicaciones que presentaron en las vías respiratorias fueron sometidos a asistencia ventilatoria posterior a su nacimiento, y que luego en etapas posteriores acarrió signos de enfermedad pulmonar de diferentes grados de complejidad (Pezzotti Rentería & Torres Rodríguez, 2015).

Así como se menciona a continuación:

La función pulmonar del pretérmino está comprometida por diversos factores entre los que se encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolocapilar. La vascularización pulmonar tiene un desarrollo incompleto con una capa muscular arteriolar de menor grosor y disminución del número de capilares alveolares. Por último, existe una probable hiposensibilidad de quimiorreceptores responsables del servocontrol (Rellan Rodríguez, Garcia de Ribera, & Paz , 2008).

Por otro lado, se encuentra el reflujo gastroesofágico. El cual se presenta cuando el contenido gástrico retrocede, sobrepasa el esfínter esofágico inferior, y de esa forma alcanza el esófago nuevamente y la vía respiratoria (Baeza Herrera, Villalobos Castillejos, Velasco Soria, Cortés García, & García Cabello, 2012).

En adición, se encuentra la importancia en la atención a la discapacidad motora, sensorial y dificultades para el aprendizaje. El riesgo de parálisis cerebral en los pretérminos de muy bajo peso es del 10%, distribuida en tercios iguales entre las formas leve, moderada y grave; Las alteraciones sensoriales incluyen el seguimiento oftalmológico y auditivo. Atención a los problemas del comportamiento y del aprendizaje cuya incidencia es mayor que en la población general. (Rellan Rodríguez, Garcia de Ribera, & Paz , 2008).

Ahora bien, la pregunta consecutiva sería como se podrían evitar estos nacimientos prematuros y este interrogatorio trae aparejado la prevención de los factores de riesgo de parto prematuro.

Según la Organización Mundial de la Salud, el parto prematuro puede deberse a variadas causas. La mayor parte de los mismos suceden de manera espontánea, si bien otros ocurren por causas médicas o no medicas mediante la inducción precoz de las contracciones del útero materno o de un parto programado por cesárea.

~ Capítulo I: Recién Nacido Prematuro ~

Se ha registrado a nivel mundial un aumento de las tasas de nacimientos prematuros, los cuales pueden deberse a la edad materna y de los problemas de salud que la madre ya posee, como pueden ser diabetes, e hipertensión. Además se realiza un mayor uso de tratamientos para la fecundidad ocasionando embarazos múltiples, así como también un aumento en el uso de la cesárea y de esta manera adelantando el nacimiento antes de que la maduración del bebe sea la adecuada (World Health Organization, 2016)²⁸. Una mejor comprensión de las causas y los mecanismos del parto prematuro permitirían avanzar en la elaboración de soluciones para la prevención.

Un estudio que se lleva a cabo en Estados Unidos, llamado “Pregnancy, Infection, and Nutrition (PIN)” busca identificar los factores etiológicos del parto pretérmino, encontrando como principales causas de admisión por amenaza de parto, las infecciones por transmisión sexual antes de las 24 semanas de gestación, así como también la ruptura de membranas y la vaginosis bacteriana. Además, el antecedente de parto prematuro es un factor pronóstico de amenaza de este tipo de parto entre las 24 y 36 semanas de embarazo. (Carolina Population Center, 2000).²⁹

Por otro lado, el programa multicéntrico EUROPOP (European Program of Occupational Risks and Pregnancy Outcome)³⁰ llevado a cabo en España en el año 1995, indicó que las desigualdades sociales observadas en el grado de escolaridad materna así como también los ingresos familiares son factores que influyen en el riesgo de parto pretérmino, de igual forma como los extremos de edad reproductiva y los antecedentes obstétricos adversos (Escribà-Agüir, Clement, & Saurel-Cubizollesb, 2001).

El estudio realizado en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, España en el año 2004, llevado a cabo por el servicio de Obstetricia y Ginecología encontró dentro de los principales factores de riesgo a los antecedentes de parto pretérmino y abortos previos, así como también la gestación múltiple, las técnicas de reproducción asistida y la hospitalización

²⁸ Para ampliar la información sobre la nota descriptiva realizada por la Organización Mundial de la Salud en noviembre del año 2010, acceder al siguiente link. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>

²⁹ Carolina Population Center es una comunidad de destacados académicos y profesionales los cuales buscan crear nuevos conocimientos sobre el tamaño de la población, la estructura y los procesos de cambio, evaluar los sistemas de información de salud y explorar formas de mejorarlos para obtener óptimos resultados en salud, promover el desarrollo y uso de metodologías innovadoras y desarrollar habilidades y capacidades, y educar a la próxima generación de estudiosos.

³⁰ EUROPOP se trata de un programa europeo que evalúa la relación entre el trabajo, las condiciones de las mujeres embarazadas, atención prenatal y los datos médicos que se recaban durante el embarazo. Los autores comparan grupos de mujeres, que tuvieron partos prematuros con un grupo control. El citado en el presente trabajo de investigación fue la aplicación del programa en España y los resultados obtenidos en dicha población.

~ Capítulo I: Recién Nacido Prematuro ~

con necesidad de tocólisis dentro de la población estudiada (Losa, González, & González, Risk factors for preterm birth, 2006).

En el año 2000 fue realizado un estudio en dos municipios de la Provincia de Buenos Aires, Argentina; en el cual estudiaron aquellos factores de riesgo de parto prematuro y de retardo del crecimiento intrauterino. Los resultados arrojados fueron concluyentes en cuanto se observó que las variables maternas de peso pregestacional, peso adquirido durante la gestación, talla, tabaquismo, edad materna, baja frecuencia en las consultas obstétricas, la ruptura prematura de membranas y la amenaza de parto pretérmino tuvieron un impacto positivo en el riesgo de prematuridad (Bolzán, Guimarey, & Norry, 2000).³¹

Como se observó anteriormente en los estudios citados, en el mundo se presta atención y se analizan los factores de riesgo de parto prematuro. Existen además, organizaciones internacionales que buscan brindar apoyo a las familias y disminuir la prevalencia de esta situación.

Uno de los ejemplos de organizaciones que brindan apoyo, asesoramiento e investigación en el tema, es UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) el cual lleva a cabo actividades en más de 190 países, así como también la OMS (Organización Mundial de la Salud).

En Chile existe la Asociación de padres de prematuros (APREM), es una asociación sin fines de lucro y de ámbito nacional fundada en 1999, cuyo objetivo es escuchar y apoyar a los padres de niños nacidos prematuramente.

En Estados Unidos la organización March of Dimes³² llevada a cabo por profesionales de diversas ramas de la salud e investigación, realizan programas con actividades locales en los 50 estados buscando empoderar a las familias y equipo de salud en la prevención del parto prematuro. Esta organización se asocia con sistemas de salud públicos y privados intentando disminuir al mínimo las inducciones tempranas y cesáreas, educación prenatal, mejoramiento del sistema de salud obstétrico. También se busca disminuir los factores de riesgo como diabetes, obesidad, hipertensión arterial, tabaquismo y uso de drogas durante el embarazo.

Por otro lado, en Australia, existe la Organización L'il Aussie Prems³³ la cual en el año 2017 celebra sus diez años brindando apoyo, asesoramiento y contención a las familias de niños prematuros. A diferencia de la Organización de Estados Unidos previamente

³¹ El estudio fue realizado en Municipios de la Costa, y General Lavalle, de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Se trató de un estudio de tipo retrospectivo abarcándose 9 centros de salud.

³² Para conocer más acerca de esta organización ver el siguiente link: <http://www.marchofdimes.org/mission/community-impact.aspx>

³³ Fue fundada en el año 2007 y hoy en día cuenta con la dirección de Shannon Zimmerle, madre de una niña nacida prematura y, su fundadora Julia Toivonen madre de un niño nacido con 27 semanas de gestación.

~ Capítulo I: Recién Nacido Prematuro ~

mencionada, la misma es llevada a cabo y organizada por padres voluntarios que buscan acompañar a otros que estén pasando por la misma situación. En la página web brindan información para padres y cifras recabadas en la cual mencionan que por ejemplo, los nacimientos prematuros en Australia rondan el 8,6% (Instituto Australiano de Salud y Bienestar, 2016). Además, la organización cuenta con dos grupos en la red social Facebook para poder llegar y abarcar a más padres.

En relación a la situación en Argentina, actualmente existe la Red de Familias Prematuras que se trata de una organización sin fines de lucro, llevada a cabo por padres la cual tiene como objetivos el difundir y defender los derechos del prematuro; brindar apoyo, contención y asesoramiento a familias que estén atravesando la experiencia de recibir un recién nacido prematuro y; colaborar con las autoridades y los profesionales de las áreas sanitaria, educativa y de servicios sociales, con el fin de mejorar la atención prestada a los niños y las niñas nacidos prematuros y a sus familias.

Como relatan en la presentación la Red de Familias Prematuras:

“En 2014, con el fin de que la voz de las familias y de los niños y niñas nacidos prematuros fuera puesta en primer lugar—colocados como protagonistas, transformadores y líderes—, UNICEF promovió la construcción de la Red de Familias Prematuras. A través de los pediatras neonatólogos de las instituciones, se convocó a las familias de los niños y niñas nacidos prematuros a sumarse a la Red, junto a profesionales de la salud de diferentes especialidades. La Red fue logrando así incrementar la demanda calificada y la movilización social para garantizar el cumplimiento de los derechos de todo recién nacido prematuro (Red de Familias Prematuras, 2014).”

El día 10 de junio del año 2017, en la ciudad de Mar del Plata se llevó a cabo una Jornada Regional sobre Salud Perinatal, en la cual participaron la Red de familias prematuras así como también la Fundación FunLarguía, personal del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Don Victorio Tetamanti, y directorio del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

En primer lugar, se visibilizó la situación actual de los recién nacidos de alto riesgo, y se presentó el programa que actualmente se realiza en diferentes maternidades en Argentina.

El mismo se conoce como Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF), los cuales se basan en una serie de conceptos filosóficos, éticos y de intervenciones que deben ser conocidas por la comunidad y respetadas por los responsables del cuidado de la salud. Tratándose de un nuevo paradigma que no reemplaza a la tecnología sino que suma a lo humanístico. Buscando a través de la implementación de este modelo la promoción de la

~ Capítulo I: Recién Nacido Prematuro ~

atención humanizada, centrada en los derechos del niño y la madre, que además contribuya a reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

El modelo MSCF propone principalmente una mayor inclusión de la familia en el nacimiento de sus hijos, el respeto las decisiones de la madre y el padre en el parto, el ingreso irrestricto de los padres a la unidad de cuidados intensivos neonatales, la promoción de la lactancia materna y el contacto piel a piel del bebe con ambos padres; todas acciones orientadas a fortalecer los vínculos del recién nacido con su familia.

Maternidades que llevan a cabo el modelo ponen en evidencia el éxito. Más de 7000 personas nacen por año con una tasa de sobrevivida neonatal ajustada por riesgo de 998/1000 recién nacidos vivos. Más del 90% de los bebes con peso inferior a 1500 gr son dados de alta alimentados a pecho y más del 80% de los bebes nacidos con peso de 750 a 1000 gr sobreviven.

Los niños recién nacidos, aún aquellos con peso de nacimiento inferior a 1000 gr, pueden salir transitoriamente de sus incubadoras para ser colocados piel a piel sobre el pecho de su madre o padre. Resulta muy beneficioso en lo referente al vínculo y apego, aumenta la extracción de leche de las madres, y al tiempo que es protector del neurodesarrollo y ayuda a estabilizar el patrón de sueño de estos niños (FunLarguía, s.f.)³⁴.

Por lo mencionado anteriormente, el modelo que actualmente es practicado por 74 maternidades a lo largo del país, parece tener una situación más que prometedora para la realidad compleja por la que transitan los recién nacidos prematuros y sus familiares.

Por lo tanto, queda de manifiesto el esfuerzo llevado a cabo por las Organizaciones Nacionales e Internacionales en la lucha por comprender los factores de riesgo de parto prematuro, seguido de buscar la disminución de los mismos.

Se trata de una realidad compleja que debe ser abordada partiendo desde el niño prematuro, seguido por su familia, el equipo de salud y la sociedad en general, tendiente a disminuir el impacto negativo o las posibles complicaciones por las que se pueda llegar a transitar y por sobre todas las cosas, buscando la salud de los niños.

³⁴ FunLarguía es una fundación dirigida por el académico Dr. A. Miguel Larguía. Por sus méritos y notable trayectoria, el Dr. Larguía es miembro honorario de distintos jurados y organizaciones y realiza tareas de consultor y asesor. Actualmente, es el jefe de la División Neonatología del Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá". El Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, es un Centro Perinatólogo de alta complejidad que asiste a 6000-7000 Recién Nacidos por año, en Buenos Aires, Argentina. Es un modelo de referencia como Maternidad Pública al Servicio de las Familias. Ha sido acreditado por UNICEF / OMS y por el Ministerio de Salud de la Nación "Hospital Amigo de la Madre y el Niño" por proteger y apoyar la Lactancia Materna. Su Visión es la atención integral de las mujeres y de sus hijos antes y después de nacer, en el contexto de sus familias, comprometiéndose en asegurar la calidad total (eficiencia más satisfacción), continuidad de atención y seguridad del paciente, y en donde cada uno de los integrantes del hospital sea parte y se sienta partícipe de los cambios de mejora.



CAPÍTULO II

Nutrición y crecimiento

Capítulo II

Nutrición y crecimiento

La nutrición, el crecimiento y el desarrollo son los tres pilares fundamentales sobre los cuales se van a basar todas las intervenciones a realizar en los recién nacidos prematuros (RNPT) y a lo largo de toda su infancia.

Entendiendo por crecimiento al aumento del número de células o bien de su tamaño, es que podemos llevar a cabo la evaluación antropométrica. A partir de ella se obtiene información sobre el tamaño corporal, su composición y sus proporciones siendo para los prematuros una herramienta con la que se debe contar desde el primer día (Setton & Fernández, 2014)³⁵.

Los cambios en el peso que sufren en la primera semana de vida de los RNPT se deben a la variación del agua corporal total. Pasada dicha semana se comienzan a observar cambios consecuentes con el cuidado nutricional que esté recibiendo³⁶. El peso debe ser evaluado en forma diaria en la etapa aguda y luego se recomienda tres veces por semana (Abeyá Gilardon, y otros, 2015).

El diagnóstico antropométrico se lleva a cabo a través de la comparación de los resultados obtenidos de las mediciones con tablas de referencia construidas a partir de la medición de un número representativo de individuos pertenecientes a cada grupo de edad y sexo (Abeya Gilardon, Calvo, Durán, Longo, & Mazza, 2009).

Ahora bien, es importante también prestar especial atención a la recuperación del crecimiento en estos pacientes. Esto se debe a que se transcurrió por un período de inhibición transitoria del crecimiento normal, debido al parto pretérmino (Fustiñana, 2009). Es por esto que es de vital importancia el control de la recanalización del crecimiento dentro de la UCIN. El Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría recomienda que la tasa de crecimiento y la ganancia de peso deben ser similares a la del feto con igual edad gestacional en el vientre materno (Committe on Nutrition. Pediatric Nutrition;, 2009).

³⁵ La evaluación antropométrica se va realizando de diferentes maneras a medida que el niño crece, ya que no solo varían las herramientas de medición que se utilizan, sino que también varía la forma de medición.

³⁶ Posteriormente se desarrollarán los diferentes cuidados nutricionales en el Recién Nacido Prematuro.

~ Capítulo II: Nutrición y crecimiento ~

Con respecto a las técnicas de medición para la posterior evaluación antropométrica dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) se puede observar la siguiente tabla.

Tabla N° 4 Parámetros de evaluación antropométrica en la UCIN

	Técnica de medición	Frecuencia de evaluación
Peso	Se utilizará balanza digital calibrada, y se pesará el niño sin pañales. En los prematuros críticos se tendrá que contabilizar el peso de los instrumentos o procedimientos con los que se encuentre para estandarizar.	En forma diaria en la etapa aguda (nutrición parenteral y pérdidas insensibles elevadas) y 3 veces por semana en la etapa de crecimiento.
Longitud Corporal	Se realizará la medición con un pediómetro con el niño ubicado en decúbito supino. La medición se realizará al último milímetro completo.	Semanalmente
Perímetro cefálico	Se utilizará una cinta métrica inextensible plana de 5 a 7 mm de ancho con escala de a milímetros y el cero desplazado a no menos de 3 cm del extremo. La medición se realizará al último milímetro completo.	Semanalmente

Fuente: Adaptado de información provista por Abeya Gilardo, y otros (2009)

Para los recién nacidos prematuros se utilizan las curvas de Fenton y Kim³⁷ percentiladas que abarcan desde la semana 22 hasta la 50 postconcepcional. En ellas se percentila el peso, la talla y el perímetro cefálico según sexo y edad gestacional. En la semana 50 estas curvas coinciden con las curvas OMS³⁸, por lo tanto se continúa la evaluación antropométrica con dichas tablas.

Durante la estadía en la UCIN, los recién nacidos prematuros pueden padecer desnutrición severa, producto de la prematurez extrema, la gravedad de las enfermedades concomitantes o bien el aporte inadecuado de nutrientes y energía. Por lo tanto, la importancia de una correcta nutrición evitando tanto el exceso como el déficit, pueden tener efectos a largo plazo.

³⁷ La tabla de crecimiento Fenton para recién nacidos prematuros se ha revisado para acomodar el crecimiento estándar que propone la Organización Mundial de la Salud y reflejar la edad real en lugar de semanas completas, con el fin de mejorar la vigilancia del crecimiento recién nacido prematuro. Se encuentran disponibles en internet y permiten la evaluación antropométrica tanto dentro de la UCIN como luego del alta hasta la semana 50.

³⁸ En el año 2006, la Organización Mundial de la Salud publicó las tablas internacionales para niños de 0 a 5 años, desarrollando un nuevo patrón internacional para evaluar el crecimiento de los niños según las recomendaciones de alimentación y salud. El estudio multicéntrico fue llevado a cabo entre 1997 y 2003 en Brasil, Omán, Noruega, India y Estados Unidos. A partir de octubre del año 2007, el Ministerio de Salud de la República Argentina adoptó estas nuevas curvas de crecimiento de la OMS para el seguimiento y atención de los niños desde el nacimiento hasta los 5 años. Se puede obtener información adicional en la página web de la OMS: <http://www.who.int/childgrowth/en>.

~ Capítulo II: Nutrición y crecimiento ~

La nutrición oportuna y temprana juega un papel crucial en el desarrollo y crecimiento de los días posteriores al nacimiento, buscando evitar o disminuir al máximo el impacto que puede llevarse a cabo por la restricción del crecimiento extrauterino, y que suele estar relacionado con déficits en los aportes calórico-proteicos.

En el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, se llevó a cabo un estudio donde se evaluó la implementación de un protocolo de nutrición precoz, comparando los déficits nutricionales y el crecimiento postnatal. Se logró observar que se disminuyó la probabilidad de desnutrición un 66% sin aumentar los riesgos de comorbilidades (Dinerstein, y otros, 2006).

Tomando en cuenta que el nacimiento prematuro se trata de una emergencia nutricional es que a partir del mismo se deben encaminar los esfuerzos del equipo de salud para lograr el crecimiento lo más semejante posible al intrauterino, previniendo la desnutrición y a partir de allí prevenir complicaciones y secuelas asociadas a una posible desnutrición calórico-proteica (Corpeleijn, Vermeulen, Van Den Akker, & Van Goudoever, 2011).

Con respecto a las estrategias nutricionales que pueden llevarse a cabo durante la estadía en la UCIN, se encuentran la nutrición parenteral (NP), la nutrición enteral (NE), y la lactancia materna.

La nutrición parenteral se encuentra asociada a riesgos pero también a beneficios en determinados casos por ejemplo en niños menores de 32 semanas o menos de 1500 gr. Es por ello que queda a criterio del equipo de salud la implementación de la NP en un balance de riesgos y beneficios de la misma. Por lo general, la NP es implementada hasta que la NE logra un adecuado aporte de energía y nutrientes. Con lo que respecta a las vías de acceso puede tratarse de accesos venosos centrales³⁹ y accesos venosos periféricos⁴⁰.

Con respecto a los tipos de nutrición parenteral se encuentran el sistema 3 en 1 donde se encuentran aminoácidos, glucosa y lípidos juntos, suministrando de esta forma de manera conjunta todos los nutrientes. Por otro lado se halla el sistema 2 en 1, en la cual se encuentran dos cámaras una que contiene glucosa y la otra aminoácidos que posteriormente se unen en el momento de la administración (Abeyá Gilardon, y otros, 2015).

En lo que respecta la nutrición enteral, se encuentra la nutrición enteral trófica o mínima (NEM) en la cual se administra fórmula artificial entera o leche humana en cantidades mínimas, las cuales no cumplen una función nutricional sino una función trófica en el enterocito del recién nacido. Por lo general la misma es llevada a cabo mientras la nutrición parenteral es la encargada de proveer los nutrientes y energía al niño.

³⁹ Los accesos venosos centrales son de gran ayuda a la hora de aportar cantidades elevadas de sustratos. Se puede utilizar la vena umbilical o bien realizar una cateterización por una vena periférica con inserción percutánea.

⁴⁰ Los accesos venosos periféricos son apropiados en un corto período de utilización y la osmolaridad de las soluciones debe ser baja para evitar complicaciones.

~ Capítulo II: Nutrición y crecimiento ~

Ahora bien, cuando el niño recibe el aporte calórico completo que requiere por vía enteral, hablamos de nutrición enteral completa con una tolerancia de 120ml/kg/día (Robbins & Meyers, 2011). La misma puede ser por bolos⁴¹ o continúa⁴² y con vías de acceso orogástrica o nasogástrica⁴³. Se suelen utilizar fórmulas para prematuros ya que presentan una alta densidad calórica y aporte proteico elevado. Según el estudio realizado por Llanos, Mena, & Uauy, en el año 2004, que tanto la fórmula para prematuros como la fortificación de la leche materna se recomiendan hasta lograr un peso de 3,500 gr o hasta la edad post-concepcional de 40 semanas.

La leche humana de la madre del lactante pretérmino es la alimentación entérica de elección. Además de su valor nutritivo, la leche humana proporciona componentes inmunológicos y antimicrobianos, hormonas y enzimas que contribuyen de manera positiva en la salud y desarrollo del mismo (Schanler, Hurst, & Lau, 1999). Para corregir las insuficiencias nutritivas de la leche humana, se dispone de fortalecedores de la leche materna que proporcionan proteínas, minerales y vitaminas adicionales. Por otro lado, los componentes inmunológicos y antimicrobianos de la leche materna se han relacionado con menor frecuencia de enterocolitis necrotizante (Macías, Rodríguez, & Ronayne de Ferrer, 2006).

Una vez que el recién nacido ha salido de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales comienza el período de lactancia en donde el niño puede estar alimentándose con leche materna, leche de vaca, o artificial, hasta cumplir los seis meses de edad corregida.

Como recomendación de la OMS, durante los primeros 6 meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. A partir de los 6 meses de edad corregida del niño prematuro es cuando se da inicio a la alimentación complementaria, la cual se trata de la incorporación de alimentos de consistencia semisólida y líquida sin suspender la lactancia materna⁴⁴ (Saenz Lozada & Camacho Lindo, 2007).

⁴¹ Nutrición enteral por bolos consiste en la administración de volúmenes fraccionados cada 2 a 3 horas por una jeringa tras la sonda colocada.

⁴² Nutrición enteral continúa consiste en la administración de volúmenes por bomba de infusión, en períodos de 4 a 5 horas con 1 hora de descanso.

⁴³ La sonda orogástrica es de fácil colocación y no interfiere con la respiración nasal. Como desventaja tiende a desplazarse por lo que se recomienda evaluar la correcta ubicación. Por otro lado, la sonda nasogástrica permite comenzar a probar el reflejo de succión.

⁴⁴ Se trata de un período en donde los requerimientos nutricionales se encuentran aumentados y por lo tanto se requiere de realizar una complementación en la alimentación. Es decir, que con la lactancia materna exclusiva no se llegan a cubrir las necesidades nutricionales de los niños. Es por ello que con el comienzo de la alimentación complementaria se genera un aumento en la provisión de energía, proteínas, grasas así como también vitaminas, minerales y hierro.

~ Capítulo II: Nutrición y crecimiento ~

El momento de inicio de la alimentación complementaria está sustentada en primer lugar por la maduración fisiológica del niño, tanto en su función renal, gastrointestinal, inmunológica y neuromuscular. Por lo que, una incorporación temprana de alimentos podría ocasionar como se observa en numerosos estudios la derivación en complicaciones y enfermedades propias de la inmadurez del lactante. El estudio de cohorte longitudinal realizado en la ciudad de Perth, Australia en el año 2014 pone de manifiesto a través de los resultados obtenidos la importancia de la lactancia materna hasta los dos años de edad y el inicio de la alimentación complementaria en el momento oportuno como factores protectores del riesgo de adiposidad temprana (Oddy, y otros, 2014). Otro estudio realizado en Lima en el año 2004, muestra el impacto que presenta las características de la alimentación de los niños entre los 12 a 35 meses en la presencia de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias siendo las mismas de un 21,2% y un 17,1% respectivamente, encontrándose una mediana de una introducción de bebidas azucaradas, infusiones y alimentos a los 5 meses (Rojas, y otros, 2004).

En la República Argentina existen las Guías Alimentarias para la Población Infantil realizadas en el año 2009 y publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación tratándose las mismas de carácter educativo y con el fin de proveer información tanto a padres y cuidadores como a profesionales de la salud. Contiene recomendaciones prácticas a través de mensajes buscando lograr el objetivo orientar a las familias en la búsqueda de una adopción de alimentación saludable así como también la incorporación de alimentos beneficiosos para la salud.⁴⁵

Cuando el niño cumple el año de edad corregida comienza la incorporación del mismo a la dieta familiar, es decir a consumir los alimentos que son consumidos por el grupo familiar, comenzando a introducir horarios de alimentación, rutinas y normas propias de cada hogar.

Como menciona la Lic. María Eugenia Lestingi:

“La conducta alimentaria de cada niño se deriva de sus propias características físicas, sociales y psicológicas. La forma de comer, las preferencias y los rechazos de alimentos adquiridos en los primeros años de la vida de un individuo perduraran para siempre (...). Las comidas familiares juegan un papel decisivo en la transmisión de hábitos y costumbres alimentarias” (Lestingi, 2004).

Es por ello que se trata de un momento de aprendizaje y educación en lo que va a ser su relación con los alimentos y que se mantendrá durante toda su vida.

⁴⁵ Las Guías Alimentarias para la Población Infantil se encuentra la versión digitalizada en internet accediendo a través de la página del Ministerio de Salud de la Nación o a través del siguiente link: http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/PDF_Padres_baja.pdf

~ Capítulo II: Nutrición y crecimiento ~

Alrededor de los 18 meses comienza una etapa de rechazo a alimentos nuevos, la neofobia alimentaria. La cual se definió como

“La resistencia a comer y/o evitar probar nuevos alimentos. El nivel de neofobia varía dependiendo de los individuos y puede verse afectada por aspectos culturales, económicos, edad, sexo, educación y urbanización”
(Rodríguez-Tadeo, y otros, 2015).

En Estados Unidos se realizó un estudio en el que se observó que a través de la utilización del instrumento Health Eating Index (HEI)⁴⁶ las personas analizadas que presentaban características neofóbicas el índice global de alimentación saludable era menor, así como también una menor variedad alimentaria (Falciglia , Couch, Gribble , Pabst, & Frank, 2000). La exposición repetida a un alimento produce la aceptación paulatina de un nuevo alimento, suele transcurrir con lentitud y requerir de 10 a 15 exposiciones al alimento antes de lograr la aceptación (Pérez García , Alberola, & Cano, 2010). Por lo tanto, requiere de un importante acompañamiento y sostén familiar.

El papel de la familia en el cuidado del recién nacido prematuro y más específicamente el de su madre han cambiado a lo largo de los últimos años. Actualmente se le ha devuelto el cuidado de los prematuros a las madres, en las cuales se ha probado que es muy efectivo el impacto positivo que genera en el niño (Castiblanco Lopez & Muñoz de Rodriguez, 2011)⁴⁷. Ahora bien, existe consenso en diferentes estudios sobre la relación entre el nacimiento prematuro y el aumento del apego con el cuidador. Por ejemplo, el estudio observacional realizado en el Hospital de Cruces en Bizkaia, España en el año 2012, se estudió a 90 recién nacidos prematuros y se los comparo con 96 niños nacidos sanos a término, busco evaluar el estrés materno y las representaciones maternas de apego. Concluyendo el mismo en que el nacimiento prematuro aumenta el estrés en los padres, así como también influencia el

⁴⁶ El Healthy Eating Index (HEI) es una medida de la calidad de la dieta que evalúa el cumplimiento de las Pautas dietéticas para los estadounidenses. El uso principal para el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos de América a partir del índice es monitorear la calidad de la dieta de la población de los EE. UU. y la subpoblación de bajos ingresos. La HEI también se utiliza para examinar las relaciones entre la dieta y los resultados relacionados con la salud, y para evaluar la calidad de los paquetes de ayuda alimentaria, los menús y el suministro de alimentos de EE. UU. La HEI original fue creada por el CNPP en 1995 pero está en constante actualización permitiendo adecuarse a la realidad cambiante. Para más información acceder al siguiente link: <https://www.cnpp.usda.gov/healthyeatingindex>.

⁴⁷ Castiblanco López. Magister en Enfermería para el cuidado de la salud materno perinatal, Universidad Nacional de Colombia. Profesional especializada en Análisis y políticas de servicios de salud. Red Materno Perinatal, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, Colombia.
Muñoz de Rodríguez. Magíster en Enfermería con énfasis en Salud familiar y asesora y profesora de posgrados de Enfermería, universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

~ Capítulo II: Nutrición y crecimiento ~

equilibrio emocional de la madre (Gonzalez-Serrano, y otros, 2012)⁴⁸. Otros estudios encuentran síntomas de ansiedad y/o depresión altos, por ejemplo el estudio “Crianza del niño prematuro: Caminos de influencia” el cual recopiló durante dos décadas de investigación las influencias y necesidades que presentan los padres de niños prematuros tanto durante su permanencia en el hospital como después del alta en el hogar (Shandor Miles & Holditch-Davis, 1997).

Una vez que el bebe es dado de alta de la UCIN comienza el reacomodamiento en el hogar y se inicia el cuidado del niño como son la higiene, la limpieza del hogar, la atención médica, la asistencia a controles médicos, la alimentación del niño, protegerlo y darle afecto, todas situaciones complejas que deben ser abordadas y tenidas en cuenta desde lo que relata y percibe la madre.

⁴⁸ El artículo puede ser encontrado para su lectura en el siguiente link: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35865/37070>



DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO METODOLÓGICO

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo de tipo no experimental ya que se pretende medir y recoger información de manera independiente sobre los conceptos y las variables a las que se refieren en el objeto de estudio. Se trata de un Estudio de Caso, el cual constituye un método para analizar una complejidad de factores, basándose en un tipo entendimiento comprensivo como un “todo” y su contexto, mediante los datos e información obtenidos.

El enfoque de la investigación es de carácter mixto en él se analiza el crecimiento, la alimentación, como así también la percepción de las madres en cuanto al cuidado de sus hijos menores a 5 años nacidos prematuros. Por otro lado, es un estudio retrospectivo cuyo diseño es posterior a los hechos estudiados y los datos se obtienen de lo que los sujetos o los profesionales refieren (Martínez García, 2010). Según el periodo y secuencia del estudio, se realizará de forma transversal, analizando las variables simultáneamente y por única vez.

Se realizará una encuesta combinando preguntas abiertas y cerradas.

La población de estudio estará constituida por todos los niños menores a 5 años de edad que han sido prematuros, y sus madres que asisten a CAPS en la ciudad de Mar del Plata en el año 2018.

La unidad de análisis será cada uno de los niños menores a 5 años de edad que han sido prematuros, y las madres de dichos niños que asisten a CAPS en la ciudad de Mar del Plata en el año 2018.

La muestra sujeta a estudio será seleccionada de forma no probabilística, por conveniencia y se conformará de cinco niños menores a 5 años de edad, nacidos pretérmino, y sus madres que asisten a un CAPS de la ciudad de Mar del Plata.

Las variables seleccionadas en este estudio para llevar a cabo los objetivos planteados se definen a continuación:

Tipos de prematuros:

Definición Conceptual: variedad de niños nacidos antes de las 37 semanas completas de gestación o menores a 259 días a partir del primer día de la última menstruación, clasificándose en distintas categorías, según la semana en que nace.

Definición Operacional: variedad de niño prematuro de menor a 5 años nacido antes de las 37 semanas completas de gestación o menores a 259 días a partir del primer día de la última menstruación, clasificándose en distintas categorías, según la semana en que nace:

- ∞ Prematuro extremo: <28 semanas.
- ∞ Muy prematuro: 28 a 32 semanas.
- ∞ Prematuro moderado: 32 a 34 semanas.
- ∞ Prematuro tardío: 34 a 37 semanas. (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Dicho dato se obtendrá de la libreta sanitaria o de lo que la madre refiera en la entrevista.

Sexo del lactante con CC:

Definición Conceptual: Condición orgánica que distingue entre femenino y masculino.

Definición Operacional: Condición orgánica que distingue entre femenino y masculino a los niños nacidos prematuros menores a cinco años.

Dicho dato se obtendrá de la libreta sanitaria o de lo que la madre refiera en la entrevista.

Edad biológica del niño:

Definición Conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Definición Operacional: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del niño prematuro menores a cinco años. La fecha de nacimiento se obtendrá de la libreta sanitaria o de lo que la madre refiera en la entrevista. La edad biológica resultará de la diferencia entre la fecha de nacimiento y la fecha al momento de la entrevista.

Edad corregida del niño:

Definición Conceptual: Tiempo transcurrido que tendría el recién nacido si hubiera nacido a las 40 semanas, “corrige” o “ajusta” la madurez del recién nacido, según la intensidad de su prematuridad (Lorenzo, y otros, 2007).

Definición Operacional: Tiempo transcurrido que tendría niño prematuro menor a cinco años si hubiera nacido a las 40 semanas, “corrige” o “ajusta” la madurez del recién nacido, según la intensidad de su prematuridad. Dicho dato se obtendrá de la libreta sanitaria o de lo que la madre refiera en la entrevista

Peso nacimiento:

Definición conceptual: Masa corporal en gramos del niño al momento del nacimiento.

Definición operacional: Masa corporal en gramos al momento del nacimiento de niños que han nacido prematuros. Se obtendrá de la libreta sanitaria o de lo que la madre refiera en la entrevista. Se considera:

- ∞ Recién nacido normopeso: niño que al momento del parto pesa más de 2500grs.
- ∞ Recién nacido de bajo peso: niño que al momento del parto pesa entre 2000 a 2499 grs.
- ∞ Recién nacido de muy bajo peso: niño que al momento del parto pesa entre 1000 y 1999 grs.
- ∞ Recién nacido de peso extremadamente bajo: niño que al momento del parto pesa menos de 1000 grs.

También se puede reflexionar que: Si presenta un peso adecuado para la edad gestacional se refiere a un niño prematuro con peso adecuado a la edad gestacional con crecimiento normal. Mientras que si presenta un bajo peso para la edad gestacional, se habla de un niño con bajo peso para la edad gestacional que puede presentar retraso de crecimiento fetal o intrauterino (RCIU)(Lorenzo, y otros, 2007).

Crecimiento del niño:

Definición Conceptual: Aumento del número de células o bien de su tamaño.

Definición Operacional: Aumento del número de células o bien de su tamaño. Se apreciará a partir de la evaluación antropométrica, obteniendo así información sobre el tamaño corporal, su composición y sus proporciones. El diagnóstico antropométrico se obtiene de la comparación de los resultados obtenidos con los valores de referencia correspondientes a su edad y su sexo, se utilizarán las tablas de crecimiento de Lejarraga y Fustiñana 1986. Se tendrán en cuenta las mediciones correspondientes (nacimiento, 1 mes, 3 meses, 6 meses, 12 meses, 18 meses y 24 meses) que se le hayan hecho al niño menor a cinco años nacido prematuro que se encuentren presentes en la libreta sanitaria. Se considerará el peso⁴⁹, la longitud corporal/estatura⁵⁰ y el perímetro cefálico⁵¹.

Alimentación del niño:

Definición Conceptual: Conjunto de acciones mediante las cuales se proporcionan alimentos al organismo. El tipo de alimentación que recibe el niño debe ser la adecuada a cada edad y etapa madurativa.

Definición Operacional: Conjunto de acciones mediante las cuales se proporcionan alimentos al organismo a pacientes de acuerdo a su edad, etapa madurativa.

Los datos se obtienen de la entrevista en profundidad realizada a las madres de los niños prematuros. Se le consultara sobre la alimentación en las diferentes etapas de vida del niño: el período de lactancia⁵², el inicio de la Alimentación Complementaria⁵³ y la incorporación del niño en la dieta familiar⁵⁴.

⁴⁹ Peso: es una medición precisa que expresa la masa corporal total, pero no sirve para discriminar compartimientos, es la suma de tejido magro, adiposo, óseo y otros componentes menores (Lorenzo, y otros, 2007).

⁵⁰ Longitud Corporal / Estatura: determina la longitud de los huesos, el desarrollo del tejido óseo. La longitud corporal se evalúa hasta los dos años en decúbito supino, para luego tomar la medición de la estatura con el niño de pie (Lorenzo, y otros, 2007).

⁵¹ Perímetro cefálico: mide el crecimiento de la calota craneana, expresión del crecimiento cerebral. Medición relevante hasta los dos años de edad (Lorenzo, y otros, 2007).

⁵² El periodo de lactancia: Período en el que el recién nacido se alimenta de leche materna (lactancia materna) o leche de vaca o artificial (lactancia artificial) (Real Academia Española, 2014). Se le consultará a la madre del niño de tres años nacido prematuro sobre el tipo de lactancia utilizada, la duración de la misma y en caso de que haya sido con leche de vaca o artificial como era la reconstitución.

⁵³ Inicio de Alimentación Complementaria (AC): es la introducción de alimentos de consistencia semisólida o líquida, que no incluye la lactancia materna, y que debe realizarse a partir de los 6 meses (Setton & Fernández, 2014). Se indagará sobre el mes de incorporación del primer alimento y cuál fue, cuándo fue el comienzo de esta alimentación y cuáles los alimentos consumidos.

⁵⁴ Incorporación del niño a la dieta familiar: actos que suceden en el ámbito familiar y social que van entrelazados con compartir los alimentos, esto conlleva una comida organizada de acuerdo con las normas de la familia en cuanto al tipo y la preparación de alimentos, el consumo en horarios predeterminados, el orden de presentar los platos y los modales de comportamiento en la mesa (Setton

Percepción materna del cuidado del niño:

Definición Conceptual: Apreciación que relata la madre en cuanto se refiere a cuidar a su niño. Se pone en diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo, se asiste, guarda y conserva. Por lo tanto, lo que una madre percibe como cuidado, da una idea de lo que ella refiere como correcto cuidado de su hijo, para la crianza de él.

Definición Operacional: Apreciación que relata la madre en cuanto se refiere a cuidar a su niño. Se pone en diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo, se asiste, guarda y conserva. Esto es lo que una madre hace con su niño prematuro menor a cinco años. Por lo tanto, lo que una madre percibe como cuidado, da una idea de lo que ella refiere como correcto cuidado de su hijo, para la crianza de él. Los aspectos sobre el cuidado del niño que se abarcaran en la entrevista serán los cuidados en la UCIN así como también los miedos o dificultades en el hogar, la higiene del niño, la atención médica, asistencia a controles y en caso de que se requieran medicamentos.

Esto se obtendrá de la entrevista en profundidad de la madre a través de la metodología de preguntas abiertas que motiven al habla.

Nivel de escolaridad materno

Definición Conceptual: Grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo.

Definición Operacional: Grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo de las madres de los niños nacidos prematuros.

El dato se obtendrá mediante la entrevista realizada a las madres.

Se establece la siguiente categorización:

Primario	Completo
	Incompleto
Secundario	Completo
	Incompleto
Terciario	Completo
	Incompleto
Universitario	Completo
	Incompleto

& Fernández, 2014). Se indagará sobre la edad del niño al momento de incorporarse a consumir los alimentos familiares, se evaluará el aprendizaje de habilidades en el momento de la alimentación, como es la variedad y las características del menú familiar, y si el niño presentó o presenta actualmente neofobias. En caso de poseerlas se indagará sobre cuáles alimentos son los causantes del rechazo, si es alguna característica particular la que lo genera y que técnicas utilizó la madre para poder superarlos.

Edad biológica de la madre:

Definición Conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Definición Operacional: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de la madre del niño prematuro. El dato se obtendrá de la entrevista con la madre. El valor será en años cumplidos.

Paridad:

Definición Conceptual: Número de hijos nacidos vivos que ha tenido una mujer.

Definición Operacional: Número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre del niño nacido prematuro. Los datos se obtendrán a través de la entrevista a la madre.

Se establece la siguiente categorización:

- Cero
- Uno
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Cinco o más

Intervalo intergenésico:

Definición Conceptual: Tiempo transcurrido entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos de la misma madre.

Definición Operacional: Tiempo transcurrido entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos de la madre del niño nacido prematuro. Se consultará si tiene un hermano mayor o si ha estado embarazada antes del niño prematuro y el tiempo transcurrido entre embarazos. Los datos se obtendrán a través de entrevista a la madre.

Composición familiar:

Definición Conceptual: Cantidad de personas que tengan un vínculo familiar con la madre y el niño, que viven bajo el mismo techo.

Definición Operacional: Cantidad de personas que tengan un vínculo familiar con la madre y el niño, que viven bajo el mismo techo. Los datos se obtendrán a través de la entrevista a la madre.

~Diseño metodológico~

Se establece la siguiente categorización:

- Familia nuclear: Formada por la madre, el padre y su descendencia.
- Familia extensa: Formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.
- Familia monoparental: En la que el hijo o hijos vive(n) solo con uno de sus padres.
- Familia ensamblada: En la que está compuesta por agregados de dos o más familias (ejemplo: madre sola con sus hijos se junta con padre viudo con sus hijos), y otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros).

Antecedentes familiares de parto prematuro:

Definición Conceptual: Registro de familiares consanguíneos que hayan nacido por parto prematuro.

Definición Operacional: Registro de familiares consanguíneos que hayan nacido por parto prematuro. El dato se conseguirá a través de la entrevista con la madre.

~Encuesta~

A continuación, se presentan el consentimiento informado y la encuesta utilizada para la recopilación de datos.

Consentimiento Informado

Usted ha sido invitado a participar en el trabajo de investigación realizada por la alumna María Constanza González como trabajo de investigación final, para la obtención del título de la Licenciatura en Nutrición en la Universidad FASTA.

El objetivo del siguiente trabajo es analizar el crecimiento y la alimentación de niños nacidos prematuramente que son menores a 5 años en la actualidad y asisten a CAPS de la ciudad de Mar del Plata en el año 2018, e indagar la percepción de las madres en cuanto al cuidado de sus hijos.

La participación en este estudio es voluntaria y podrá abandonar la encuesta sin ningún tipo de explicación ni sanción. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto o si desea recibir mayor información, puede hacerlo en cualquier momento.

Si alguna de las preguntas durante la entrevista le resultan incómodas, tiene usted el derecho de no responderlas.

Desde ya le agradezco su participación.

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yo, consiento en participar en el trabajo de investigación anteriormente detallado.

Firma:

Aclaración:

~Encuesta~

Fecha:

Nº de entrevista:

Con respecto a la madre

1. Edad:

2. Nº de hijos:

- Uno
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Cinco o más

3. En caso de tener un hijo previo al nacimiento de su hijo prematuro, ¿cuál fue el tiempo transcurrido?

4. Nivel de escolaridad

	Completo	Incompleto
Primario		
Secundario		
Terciario		
Universitario		

5. ¿Cómo está formada su familia?

- Familia nuclear
- Familia extensa
- Familia monoparental
- Familia ensamblada

~Encuesta~

6. ¿Ha habido antecedentes de parto prematuro en la familia? En caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿qué vínculo tiene con esa madre y ese prematuro?

Con respecto al niño

7. Fecha de nacimiento

8. Sexo del niño

- Femenino
- Masculino

9. ¿Con cuantas semanas de gestación se produjo el parto del niño prematuro?

10. ¿Cuál es actualmente la edad del niño?

11. Evaluación del crecimiento del niño

	Nacimiento	1 mes	3 meses	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses
Peso							
Longitud corporal/estatura							
Perímetro cefálico							

Fuente: Elaboración propia.

~Encuesta~

12. ¿Presentó alguna patología asociada a su prematurez?

- Retrasos de crecimiento y del neurodesarrollo
- Enfermedad motora
- Infecciones respiratorias
- Sme de intestino corto
- Cardiopatías Congénitas
- Enfermedad Pulmonar crónica
- Reflujo Gastroesofágico

Con respecto a la alimentación del niño desde el nacimiento hasta los 3 años.

13. ¿Recuerda durante la estadía de su bebe en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) como se lo alimentaba? Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué forma se hacía?

- Leche materna
- Formula artificial
- Mixta

14. Una vez que llego a su casa, ¿cómo alimentaba a su bebe?

- Leche materna
- Formula artificial
- Leche de vaca
- Mixta:

15. ¿En qué mes consumió la primer papilla? ¿Cuál fue?

16. ¿Cuáles fueron los alimentos más consumidos desde su primera papilla hasta el año? ¿cómo los elaboraba?

17. ¿Presentó alguna dificultad en la alimentación?

~Encuesta~

18. ¿Cómo fue el momento en el que el niño fue incorporado a la mesa, compartiendo los alimentos de la dieta familiar?

19. ¿Cómo son las características y variedad del menú familiar? ¿Cuáles son sus preferencias?

20. ¿Su hijo presentó o presenta neofobias?

No

Si

- ¿Cuáles son los alimentos que causan el rechazo? ¿Qué técnicas utiliza para superar el rechazo?

21. ¿Cómo es el apetito del niño?

22. ¿Cómo considera actualmente la alimentación de su hijo?

• Variada

• Monótona

~Encuesta~

23. Recordatorio 24hs

	Hora	Alimentos	Porción	Forma de preparación
Desayuno				
Media mañana				
Almuerzo				
Media tarde				
Merienda				
Cena				

Percepción materna del cuidado de su hijo

24. ¿Cómo recuerda su experiencia vivida en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales? ¿Qué emociones o sentimientos se acuerda? ¿En cuál institución tuvo a su hijo?

25. ¿Qué le hubiera gustado hacer en la UCIN? ¿cambiaría algo?

26. ¿Cuáles dificultades recuerda una vez que llegó con su hijo al hogar?

27. ¿Cuáles fueron sus miedos o inseguridades una vez que llegó con su hijo al hogar?



ANÁLISIS DE DATOS

Análisis de datos

Para la investigación realizada se trabajó con cuatro madres de niños que actualmente son menores a 5 años y nacieron prematuros que asisten a los Centros de Salud de la ciudad de Mar del Plata. La muestra es no probabilística por conveniencia. Los datos fueron registrados en el mes de enero del año 2018. Cabe la pena destacar que una de las madres tiene mellizos prematuros y se realizó la entrevista a cada uno de sus hijos en particular.

Las madres fueron contactadas a través de sus teléfonos. La obtención de datos se realizó personalmente, para la misma se utilizó la encuesta de la elaboración con una serie de preguntas abiertas y cerradas de opción simple, múltiple y a completar. En la encuesta se empleó también un recordatorio de 24hs.

Tabla 1: **Edad materna, número de hijos, intervalo intergenésico y nivel de escolaridad.**

Caso	Edad (años)	Número de Hijos	Intervalo intergenésico (años)	Nivel de Escolaridad de la madre	Formato de la familia
1	29	5	2	Primario completo	Nuclear
2	42	1	0	Secundario incompleto	Extensa
3	40	2	4	Universitario completo	Nuclear
4	29	5	2	Primario completo	Nuclear
5	43	2	12	Universitario completo	Extensa

Fuente: Elaboración propia.

La edad mínima de las participantes fue de 29 años y la máxima de 43 años con un promedio de 36,6 años. Todas las encuestadas eran las madres de los niños nacidos prematuros. Se puede observar que tres mamás poseían 40 años o más.

El número de hijos mínimo fue 1 y el máximo 5. Con un promedio de 3 hijos.

Con respecto al tiempo transcurrido los datos obtenidos fueron fluctuantes, debido a que dentro de las encuestadas se encontraba una madre primeriza, el promedio de tiempo transcurrido entre el embarazo anterior a su embarazo pretérmino fue de 4 años.

En cuanto al nivel de escolaridad, una de las encuestadas tuvo Primario Completo, dos Universitario Completo y uno Secundario Incompleto. Se puede observar que la mayoría de los pacientes pertenece al tipo de familia nuclear representando un 60% de la muestra. En segundo lugar, quedan aquellos pacientes que forman parte de una familia extensa entendiendo a la misma como aquella formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Es decir, que puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.

Como se menciona en los estudios de González-Serrano, y otros, 2012, existe un riesgo psicoemocional cuando sobreviene en parto prematuro en cuanto a cómo está conformada la

~Análisis de datos~

familia, la edad materna, así como también el nivel educativo. También coincidiendo con el estudio realizado en el año 2000 por Bolzán, Guimarey, & Norry, el cual trajo resultados concluyentes con respecto a la edad materna. En él se encontró que las madres muy jóvenes, así como las madres con más años generaban un aumento en el riesgo de parto prematuro. De los cinco casos, tres madres son actualmente mayor a 40 años. Y otras madres que fueron citadas a participar en el estudio, pero luego no concurren, eran menores a 20 años.

A continuación, se quiso saber si existían antecedentes de parto prematuro en la familia y en caso de que sea positivo que relación tuvo con la madre y el nacido prematuro. Los discursos fueron los siguientes:

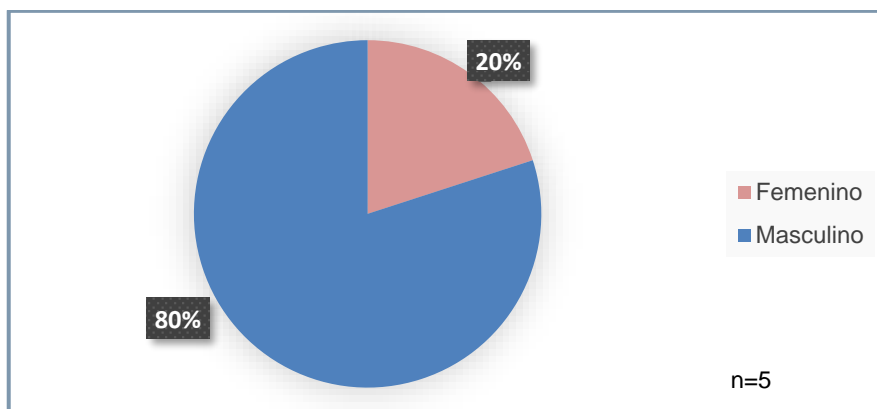
Cuadro 1: Antecedentes de parto prematuro en la familia según muestra.

- 1: *No tenemos antecedentes.*
- 2: *Si. Una hermana de la mía fue prematura.*
- 3: *Si. La hermana de mi marido tuvo un hijo prematuro. Nació en la semana 34 de gestación*
- 4: *No tenemos antecedentes.*
- 5: *No*

Fuente: Elaboración propia.

Luego de analizar la información obtenida de lo relatado por las madres se encontró que tres de los cinco casos no tuvieron antecedentes de parto prematuro en la familia. Por otro lado, los dos casos restantes dieron una respuesta afirmativa asegurando que había habido partos prematuros en la familia. En un caso había sido la tía de la mama y en el otro la tía del prematuro también había tenido un hijo nacido prematuramente.

Gráfico 1: Distribución por sexo de los niños nacidos prematuros.



Fuente: Elaboración propia.

La muestra estuvo compuesta por 5 niños de los cuales una fue niña (20%) y cuatro fueron niños (80%).

En el año 2016, fue publicado un estudio retrospectivo llevado a cabo en Australia a una población de 574,358 niños nacidos vivos. En los resultados se observó que los bebés nacidos prematuros de sexo masculino tienen un 27% más de probabilidad de nacer entre la semana 20 y 24; un 24%, de hacerlo entre la 30 y la 33 y un 17% de nacer entre las semanas 34 y 36

~Análisis de datos~

(Verburg, y otros, 2016). Ahora bien, en la muestra realizada no se puede aseverar si bien coincide debido al número reducido de casos analizados.

Tabla 2: **Edad actual de los niños nacidos prematuramente y semana gestacional en la que se produjo el parto según muestra.**

Caso	Edad actual	Semanas de gestación
1	2	36
2	4	34
3	3	35
4	2	36
5	5	36

Fuente: Elaboración propia.

El promedio de las edades actuales de los niños es de 3,2 años (Tabla 2).

Posteriormente se indago con respecto a las semanas de gestación en la que se produjo el parto. Los cinco casos refirieron haberse sucedido entre la semana 34 y la semana 37 de gestación. Por lo tanto, se trata de cinco casos donde fueron prematuros tardíos (Abeyá Gilardon, y otros, 2015).

Tabla 3: **Patologías asociadas a la prematurez según muestra.**

Caso	C - ND	EF	IR	SIC	CC	EPC	RGE
1	no	no	si	no	no	no	no
2	no	si	si	no	no	no	si
3	no	no	no	no	no	si	no
4	no	no	si	no	no	no	no
5	no	si	no	no	no	no	si

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

Referencias: C – ND: Retrasos de crecimiento y neurodesarrollo / EF: Enfermedad motora / IF: Infecciones respiratorias / SIC: Síndrome de intestino corto / CC: Cardiopatías congénitas / EPC: Enfermedad pulmonar crónica / RGE: Reflujo gastroesofágico

Como puede observarse en la Tabla 3, la patología asociada a la prematurez más frecuente en la muestra seleccionada fue la infección respiratoria. Como menciona Rellan Rodríguez, García de Ribera, & Paz, 2008 la patología respiratoria se encuentra dentro de las principales causas de morbi-mortalidad en recién nacidos prematuros.

Por otro lado, solo uno de los cinco niños de la muestra presento enfermedad pulmonar crónica, que según lo relatado por la madre cuando su hijo nació recibió asistencia ventilatoria y que los médicos posteriormente le informaron de la existencia de un daño pulmonar. En etapas posteriores se acarrearán signos de enfermedad pulmonar de diferentes grados de complejidad (Pezzotti Rentería & Torres Rodríguez, 2015).

Con respecto al análisis de la Tabla 3, se puede desglosar a continuación que el reflujo gastroesofágico fue un factor que estuvo presente en dos de los cinco casos de la muestra.

~Análisis de datos~

Según lo relatado por las madres, ambas coincidieron en que el diagnóstico de lo que sucedía fue tardío, ya que ellas notaban una dificultad en la alimentación de sus hijos.

Por otra parte, se encuentra la enfermedad motora que se encontró afirmativo en dos casos de los cinco de la muestra. Coincidiendo con lo que menciona Rellan Rodríguez, García de Ribera, & Paz, 2008 es importante prestar especial atención a este grupo ya que existe un riesgo evidente de que sufran algún tipo de discapacidad motora, en el que se incluye un riesgo del 10% de parálisis cerebral, así como también las alteraciones sensoriales.

A su vez, con respecto a las variables retraso del crecimiento y del neurodesarrollo, síndrome de intestino corto y cardiopatías congénitas ninguno de los cinco casos según muestra dio una respuesta afirmativa.

Cuadro 2: Alimentación del recién nacido prematuro durante su estadía en la UCIN según muestra.

1: "Se alimentaba con leche materna, me extraía y se lo daban con jeringa."

2: "Se alimentaba por sonda con fórmula artificial y de a poco me empecé a sacar leche y consumía las dos cosas. Había días que tenía más leche que otros por eso los médicos me decían que se lo compensaban con una fórmula para bebés prematuros, pero que mientras me pudiera sacar leche, aunque sea poca que servía igual."

3: "Primero se alimentaba por sonda con la fórmula para prematuros y luego lo pude amamantar yo ya con leche que me extraía. Nos fuimos a casa con pecho solamente ya sin fórmula."

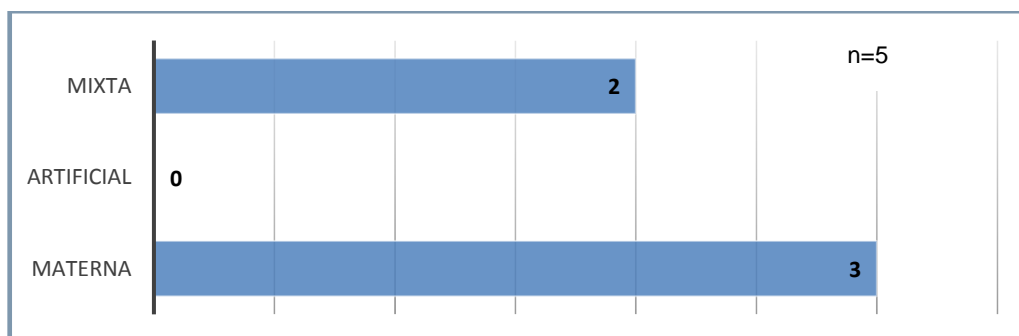
4: "Se alimentaba con leche materna, me extraía y se lo daban con jeringa."

5: "No estuvo internado, una vez que nació revisaron nos dejaron un día a los dos internados y luego me lo lleve a casa. Todo ese tiempo lo alimente con teta, me dijeron que se prendía bien asique que no iba a haber problema."

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

De los datos aportados por las madres se obtuvo las diferentes formas de alimentación de sus hijos nacidos durante su estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Solamente uno de los cinco casos no permaneció en la UCIN, los otros cuatro sí.

Gráfico 2: Tipo de alimentación en la UCIN según muestra.



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 2 se puede observar que tres de los cinco casos las madres relataron que se extraían leche materna. En dos casos era suministrado a través de jeringa y en el

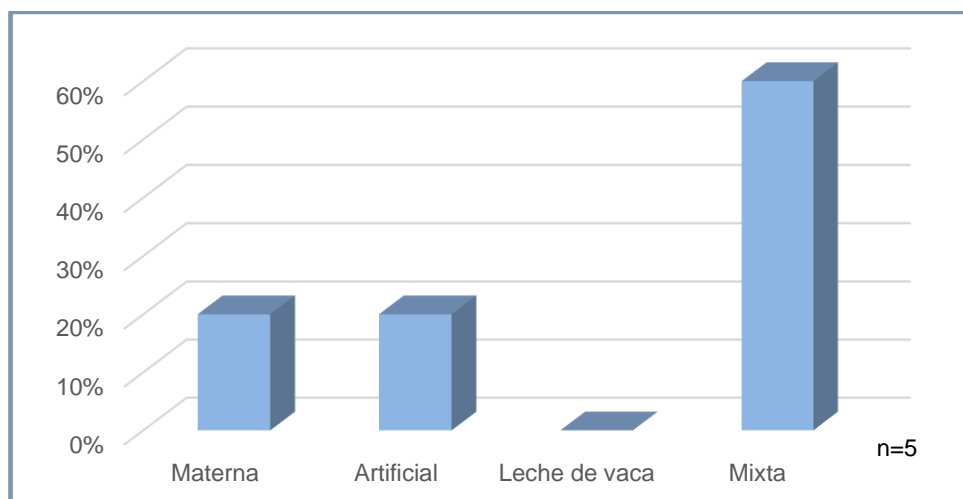
~Análisis de datos~

tercero explico que su hijo se prendía bien, por lo tanto, practicaba lactancia materna sin dificultad. Como mencionan Schanler, Hurst & Lau, 1995, la leche humana de la madre es la mejor alimentación que el prematuro puede recibir, ya que contiene lo que el pretérmino necesita en las cantidades adecuadas.

En los dos casos restantes, la alimentación en la UCIN era de tipo mixta. Eran alimentados a través de sonda con fórmula para prematuros y también las madres se extraían leche. Una de las madres reflexiono en que no producía mucha leche todos los días y por lo tanto los médicos le explicaron que compensaban el déficit con fórmula para prematuros. La utilización de las fórmulas para prematuros se basa en la alta densidad calórica y el elevado aporte de proteínas.

Como es explicado por Robbins, & Meyers, 2011 la alimentación que tuvieron aquellos niños en los que las madres relataron que el método de alimentación fue llevado a través de una jeringa se trataba de una alimentación enteral por bolos. Consistían en la administración de volúmenes fraccionados a través de una jeringa por una sonda colocada. En los casos en los que las madres relataron la utilización de la sonda, no pudieron diferenciar si fue orogástrica o nasogástrica.

Gráfico 3: Alimentación del bebe en el hogar.



Fuente: Elaboración propia.

Una vez que el recién nacido ha salido de la UCIN comienza el periodo de lactancia hasta los seis meses de edad corregida. En la encuesta a las madres se indagó sobre qué tipo de alimentación se llevó a cabo en este periodo.

Aquí se encontró que ninguno de los cinco casos se alimentó en el periodo de lactancia con leche de vaca. Por otro lado, se encontró un solo caso que refirió lactancia materna. Según la OMS, la leche materna es considerada la alimentación por elección hasta los seis meses de edad corregida de los recién nacidos prematuros, ya que en adición a su valor nutritivo, le aporta al recién nacido componentes inmunológicos, antimicrobianos así como enzimas y hormonas.

En lo que respecta a la opción "mixta" se encontraron tres de los cinco casos según la muestra. Aquí las madres coincidieron en la utilización de una fórmula artificial en compensación con la leche materna.

Cuadro 3: **Alimento y mes de consumo de la primera papilla según muestra.**

1: *“Comenzó a comer zapallo a los 5 meses. Se lo cocinaba hervido, luego lo pisaba y le ponía aceite.”*

2: *“Su primera comida fue a los 4 meses y comió un yogur entero de vainilla.”*

3: *“Su primera papilla fue a los 6 meses y fue un puré de zapallo con las indicaciones de la pediatra. Al principio no le gustó y debido a su reflujo se me complicaba bastante darle de comer. Después de un mes fui a la pediatra y le consulté para saber cómo podía hacer y me recomendó espesar la papilla.”*

4: *“Comenzó a comer zapallo a los 5 meses. Se lo cocinaba hervido, luego lo pisaba y le ponía aceite.”*

5: *“Comió a los 5 meses un puré amarillo. El médico me dijo que no había problema pero que fuera vigilando que no le cayera mal, yo sentía que mi hijo se quedaba con hambre entonces ya quería darle comida.”*

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

En el cuadro 3 se puede observar que cuatro de los cinco casos comenzaron a comer algún otro alimento no tratándose la lactancia exclusiva hasta los seis meses. Como indica Saenz Lozada & Camacho Lindo, 2007, recién a partir de los seis meses de edad corregida del niño prematuro es cuando se debe dar inicio a la alimentación complementaria y esto se debe a la inmadurez del lactante y las posibles complicaciones que pueden llegar a suceder en consecuencia de dicha práctica.

En el año 2009 en la República Argentina se publicaron las Guías Alimentarias para la Población Infantil, en ella se expresa la importancia de respetar el inicio de la alimentación complementaria, debiéndose tratar la misma de carácter óptimo y oportuno. En este periodo las necesidades nutricionales se encuentran aumentadas y debido a esto se da inicio a la misma.

Con respecto a los alimentos utilizados se encontró zapallo, papa y yogur. Se trata de alimentos que tienen una textura y un sabor suave, que suelen ser correctamente tolerados.

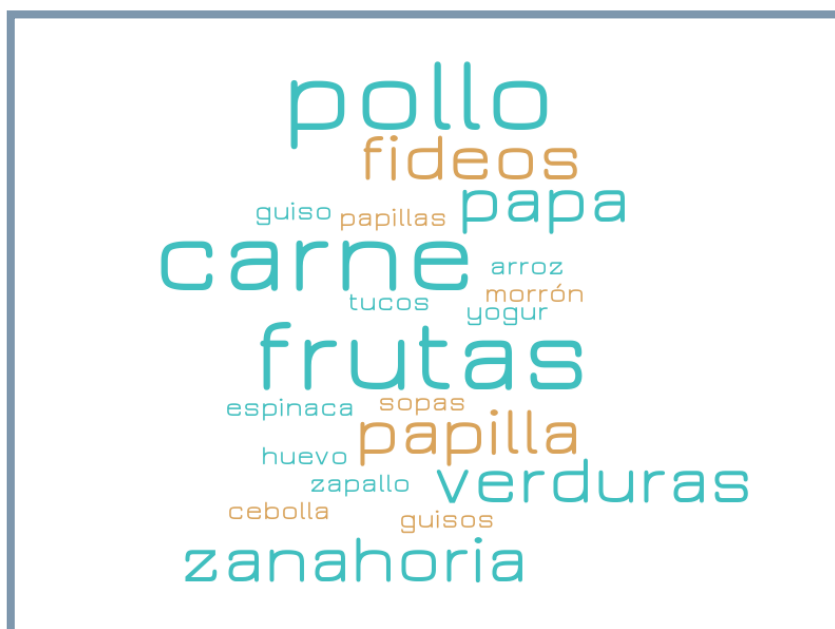
~Análisis de datos~

Cuadro 4: **Alimentos más consumidos hasta el año según muestra.**

- 1: *“Guiso de papa, zanahoria, morrón, cebolla y carne, fideos y arroz. Tucos.”*
- 2: *“Papilla de verduras varias y papillas de frutas, poca carne roja y pollo 3 veces por semana.”*
- 3: *“Comió frutas, papilla de verduras, sopas con fideos, pollo y guisos. Siempre hervido.”*
- 4: *“Guiso de papa, zanahoria, morrón, cebolla y carne, fideos y arroz. Tucos.”*
- 5: *“Zapallo, papa, zanahoria, huevo, carne, pollo, espinaca, frutas (varias), yogur.”*

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

Imagen 1: **Alimentos más consumidos hasta el año según muestra.**



Fuente: Elaboración propia.

Según lo relatado por las madres, los alimentos más consumidos hasta el año de los niños fueron el pollo, carne de vaca, fideos, papa, zanahoria, papillas de verduras. En cuanto a la forma de preparación se encontró una gran relación entre los cinco casos en los cuales se encontró el guiso, el tuco y las papillas como utilización para que sus hijos coman mejor esos alimentos.

Se debe tener en cuenta, que según la recomendación de las Guías Alimentarias para la población infantil el consumo de zanahoria debe ser a partir del año debido al alto contenido en nitritos.

~Análisis de datos~

Cuadro 5: **Dificultades en la alimentación según lo relatado por las madres.**

1: "No."

2: "Tenía reflujo gastroesofágico que se corrigió primero con fórmula y luego espesando las papillas."

3: "No, es de muy buen comer."

4: "Sí, con respecto a su hermano come más lento, se distrae y eso hace que coma menos."

5: "Sí. Le diagnosticaron hipersensibilidad táctil, auditiva, gustativa, falta de tono muscular y problemas del sueño por falta de melatonina. Se atragantaba, y tenía reflujo gastroesofágico eso generó un cambio en la forma de alimentarlo, fue bastante complicado. Muchos alimentos por su forma o textura solía rechazarlos, se hacía difícil incorporarle nuevos alimentos ya que no le gustaba o le daba miedo por la hipersensibilidad que tenía"

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

En cuanto a las dificultades en la alimentación se encontró que dos de los cinco casos no presentó dificultad en la alimentación según lo relatado por la madre.

Por otro lado, en el caso dos el niño fue diagnosticado con reflujo gastroesofágico y la madre utilizó el espesamiento de la fórmula artificial y luego de la papilla para poder corregir la dificultad.

En el caso cuatro, se encontró que si bien no tiene una dificultad real la madre relata que según su percepción su hijo se distrae con el hermano a la hora de la comida y eso hace que coma menos.

Ahora bien, en el caso cinco se encontró un diagnóstico de hipersensibilidad táctil, auditiva, gustativa y falta de tono muscular. En el mismo, la madre relata la dificultad en primer lugar por el reflujo gastroesofágico que presentaba durante el periodo de lactancia y en segundo lugar, cuando comenzó con la alimentación complementaria. Debido a su hipersensibilidad había determinados alimentos que rechazaba, por ejemplo choclo, arvejas, zanahoria, lentejas.

Cuadro 6: **Incorporación a la dieta familiar del niño prematuro según muestra.**

- 1: *“Les procesaba los alimentos. Comían todos juntos aprendían de los hermanos y les gustaba compartir con la familia porque se sentían más grandes.”*
- 2: *“Se dificultó ya que no le gustaba la variedad de alimentos que comíamos todos los días. Fue un cambio paulatino, pero hoy ya la compartimos con normalidad. Fue una cuestión de tiempo y práctica, hay que tener mucha paciencia.”*
- 3: *“Al año empezó a comer lo que comíamos todos, hasta el año le adaptaba las comidas para que puedan ser comidas por él. Por ejemplo, si hacía fideos con salsa, el tuco lo hacía suavcito para él, no le ponía sal ni queso.”*
- 4: *“Les procesaba los alimentos. Comían todos juntos aprendían de los hermanos y les gustaba compartir con la familia porque se sentían más grandes.”*
- 5: *“Al año comió adaptado a la familia. Por supuesto como todo chico hay comidas que les gusta más que otras y es bastante remolón a masticar por ejemplo carne. Yo puse en práctica con él la técnica “baby-led weaning” y realmente me resulto altamente satisfactoria que de hecho la recomendé a mis amigas para que la practiquen con sus hijos. Con mi hijo mayor (que se llevan 12 años de diferencia) no lo pude hacer, pero ahora está de moda y la verdad me gusto.”*

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

Según lo expuesto en el Cuadro 6, se puede observar que a partir del año, según lo relatado por las madres en la encuesta, sus hijos fueron incorporados a la mesa familiar, comenzando a comer de esa manera los alimentos que consumía toda la familia. En los cinco casos se llevó a cabo de manera similar, ya sea procesando alimentos que quizá se dificultaba la masticación por parte de los infantes o bien realizando preparaciones más sanas para ellos, por ejemplo sin sal o comidas fuertes. También se puede observar de los datos aportados, que en uno de los casos los hermanos del niño jugaron un papel importante en la hora del aprendizaje durante las comidas en familia.

Como se menciona en las Guías Alimentarias para la Población Infantil a partir del año de vida hasta la edad preescolar es de vital importancia la incorporación de hábitos alimentarios saludables ya que van a mantenerse a lo largo de la vida. En este momento es cuando el niño adquiere la maduración fisiológica de un adulto y, por lo tanto, está preparado para la incorporación a la dieta familiar con todos los alimentos que consume la familia a diario (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2009).

Por otro lado, una de las madres relata la implementación de la técnica de “baby-led weaning” la cual consiste en que los padres proporcionan los alimentos a los niños y ellos deciden qué comen, cuánto y a qué velocidad lo comen. Si bien se trata de una práctica relativamente nueva ya que actualmente se observan corrientes que van en contra de la alimentación por medio de cucharas y purés, aun genera debate (Cichero, 2016). Además esta quienes refieren que a través de este método se genera un mayor riesgo de asfixia, un aporte deficiente en energía y micronutrientes (Leis Trabazo, 2017).

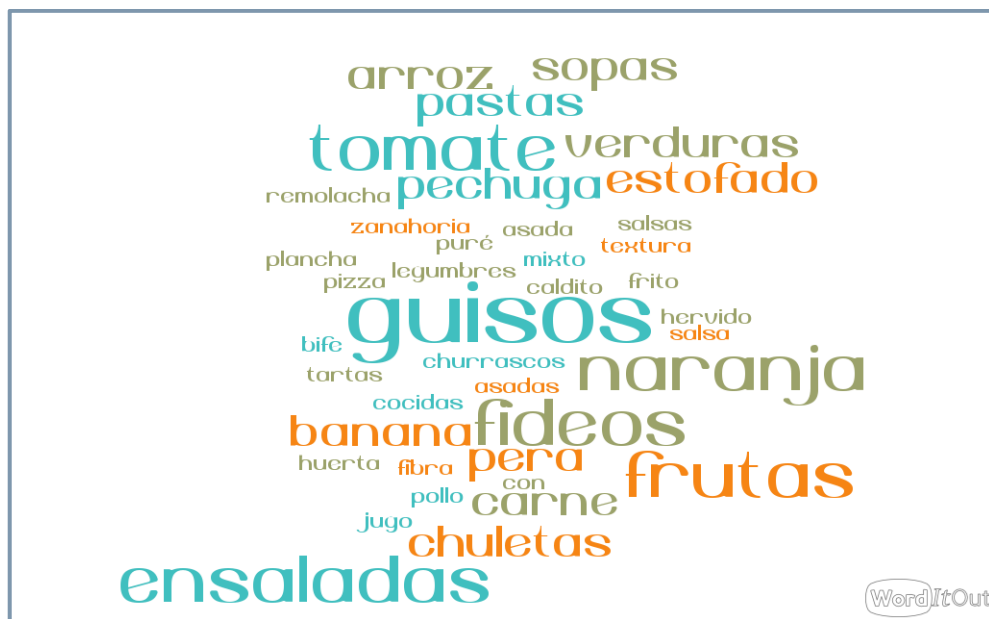
~Análisis de datos~

Cuadro 7: **Características del menú familiar según muestra.**

- 1: "Guisos, ensaladas (de tomate), frutas, naranja, banana, pera, fideos, arroz, pechuga, carne, chuletas de cerdo."
- 2: "Variado, muchas ensaladas con legumbres, no fritos y mucha fibra."
- 3: "Sopas, fideos con salsa, churrascos no le gustan a la plancha, pero si en estofado. Las salsas le gustan. A veces uso medio caldito, y tenemos una huerta asique comemos de esas verduras, tanto en ensaladas como verduras cocidas."
- 4: "Guisos, ensaladas (de tomate), frutas, naranja, banana, pera, fideos, arroz, pechuga, carne, chuletas de cerdo."
- 5: "Pastas, tarta de verdura/jamón y queso, bife con puré mixto, pollo, verduras asadas, ensaladas, frutas, jugo de naranja. Le gusta comer verdura cruda tomate y remolacha, pero rechaza la zanahoria por la textura."

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

Imagen 2: **Menú familiar según muestra.**



Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar a partir de la imagen 2 que el menú familiar según lo relatado por las madres se encuentra en primer lugar comprendido por guisos, ensaladas, arroz, sopas, pastas y frutas.

Por lo mencionado se puede apreciar según lo relatado un elevado consumo de hidratos de carbono complejos en la dieta familiar.

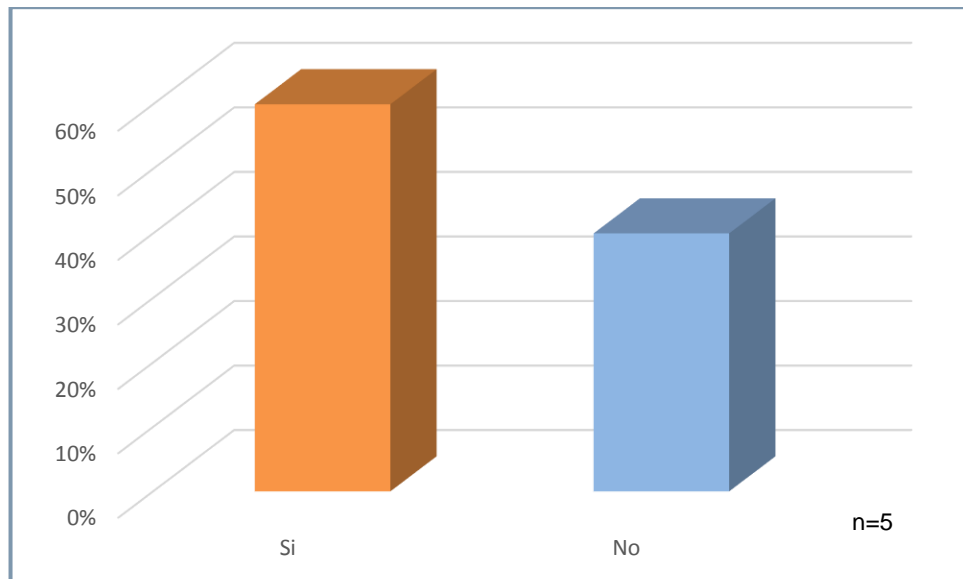
Una de las madres relato tener huerta en la casa y que los alimentos que consumían eran de su propia huerta, lo que según a criterio de ella les llevaba a consumir más alimentos

~Análisis de datos~

naturales y su hijo estuvo acostumbrado desde chiquito a ir a buscar a la huerta, lavar la fruta o verdura y comerla.

En el caso cinco, la madre hace hincapié en que a su hijo no le gusta comer zanahoria debido a la textura que presenta y ya que se trata del niño que presenta hipersensibilidad táctil y gustativa.

Gráfico 4: **Presencia de neofobias según muestra.**



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 4 se expone la presencia de neofobias según muestra. Aquí de los cinco casos analizados se puede observar que tres casos presentan o presentaron en algún momento neofobias según lo expuesto por las madres. Es decir, que un 60% de la muestra presento algún tipo de neofobia relacionada con la alimentación.

Como se mencionó anteriormente en el estudio llevado a cabo en Estados Unidos a través del instrumento Health Eating Index (HEI) las personas que fueron evaluadas y que presentaban características neofóbicas el índice global de alimentación saludable era menor, así como también una menor variedad alimentaria (Falciglia , Couch, Gribble , Pabst, & Frank, 2000). Es por esto que los padres deben prestar especial atención a las neofobias y a llevar a cabo una exposición repetida al alimento para, de esa manera, que su hijo pueda mantener una alimentación variada.

Cuadro 8: Alimentos que causan rechazo y técnicas utilizadas por las madres según muestra.

1: "Los alimentos que rechazan los proceso con licuadora y los mezclo con otros alimentos que ya conocen o que sé que ya les gusta. Hay veces tengo poco tiempo para estar probando alimentos nuevos ya que lleva mucho tiempo. Rechazan la lechuga y las otras verduras de hoja, lo único que si les gusta es la acelga dentro de rellenos. Y las ensaladas crudas tampoco les gusta."

2: "Si. Las verduras nuevas y carnes rojas son las que más rechazo o dificultad a incorporar me genera incorporarle a ella. Para que vaya probando nuevos sabores le proceso estos alimentos o lo incorporo a las preparaciones que le gustan y come bien, digamos que le ´disfrazo´ el alimento que no le gusta."

3: "Si. Le hacía 3 días seguido el mismo alimento para que se adapte a la textura, color y gusto, luego cambiaba a otro alimento nuevo y a las semanas volvía a cocinarle ese primer alimento. Hay frutas que las come en el jardín, pero no en casa."

4: "Los alimentos que rechazan los proceso con licuadora y los mezclo con otros alimentos que ya conocen o que sé que ya les gusta. Hay veces tengo poco tiempo para estar probando alimentos nuevos ya que lleva mucho tiempo. Rechazan la lechuga y las otras verduras de hoja, lo único que si les gusta es la acelga dentro de rellenos. Y las ensaladas crudas tampoco les gusta."

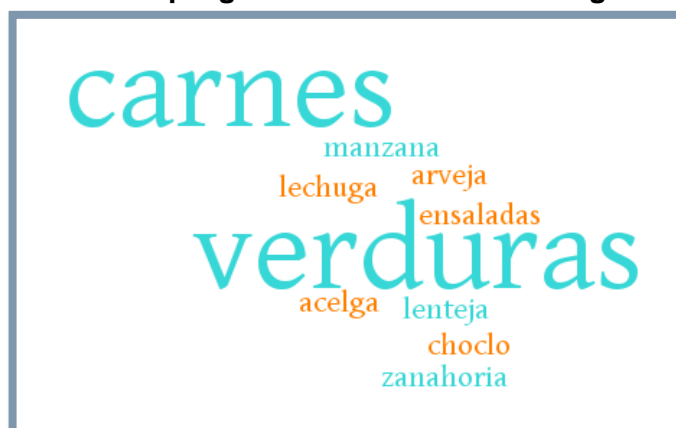
5: "Si. Al tener hipersensibilidad no come choclo, arveja, ni lenteja. Tampoco zanahoria. Aquellas comidas que forman costra tampoco las come. Pero no lo presiono a comerlo, porque sé que es parte de su hipersensibilidad. Cada tanto vuelvo a probar con esos alimentos que sé que no le gustan, pero no hay caso, los sigue rechazando. Pero considero que no son muchos".

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

Con respecto a lo expuesto en el Cuadro 8, las madres relataron como principales alimentos que causaron rechazo en sus hijos los expuestos en la Imagen 3.

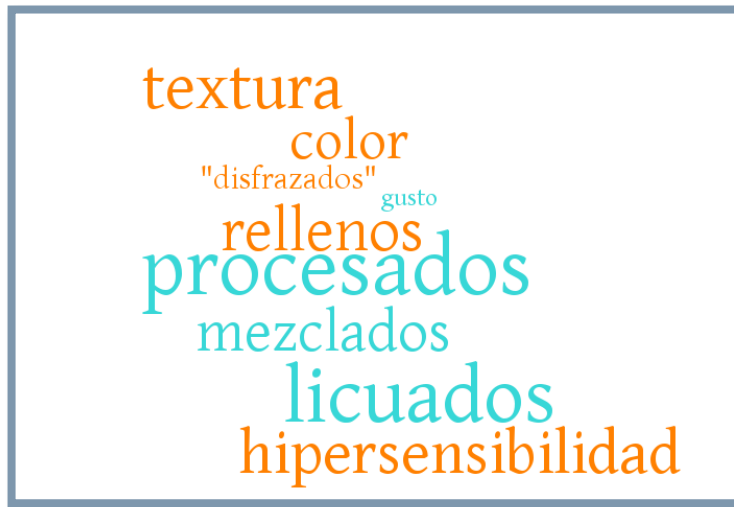
Por otro lado, en la Imagen 4 se pueden observar las principales técnicas utilizadas por las madres para vencer la aversión alimentaria.

Imagen 3: Alimentos que generaron más rechazo según muestra



Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

Imagen 4: **Técnicas utilizadas por las madres para vencer la neofobia.**



Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

A partir de lo que se observa en la Imagen 3 se encuentra que las carnes en especial la carne roja genera un rechazo mayor a la hora de consumirla, en esto se relaciona la dificultad en la masticación y la formación de costra producto de la cocción. Además, las verduras especialmente las de hoja verde se encuentran dentro de los alimentos de menor preferencia. Como explica Grenville y otros 2004, los infantes poseen músculos maxilares con menor desarrollo, en adición a la reducida cantidad de dientes, por lo cual ambas cuestiones generan una percepción cambiada de la textura y gusto.

Como sucede en el periodo de ablactación se incorporan nuevos alimentos y se expone al niño a nuevas texturas, colores y gustos, por lo tanto, la oferta alimentaria desde la palatabilidad y la textura del alimento tiene una gran relevancia. Desde aquí radica la importancia y el rol protagónico de los padres en la incorporación de nuevos alimentos (Chacón Villalobos, 2011).

Como afirma Rodríguez (2001):

Desde el nacimiento y durante los primeros años, cuando los sentidos son inmaduros, aspectos como la forma, la textura y hasta el color pueden jugar un rol más importante como componentes de la percepción sensorial de lo que representan en el caso de los adultos.

De aquí deriva en la imagen 4, las técnicas utilizadas por las madres desde su experiencia. Ellas relataron técnicas como el procesado, licuado, mezclado y en reellenos para “disfrazar” de esa manera el alimento nuevo o que genera rechazo con alimentos que si les gustan. Una de las madres relata la necesidad de tiempo y paciencia para poder incorporar nuevos alimentos. En adición, el caso 5, recordando que es el niño que posee hipersensibilidad la madre explica la dificultad generada por la propia patología.

Por lo tanto, se debe entender a la neofobia como un acto inconsciente que genera en el niño una selección y preferencia hacia los sabores conocidos y seguros, por lo tanto no debe ser considerada un problema en tanto se generen las técnicas propias para disminuirlas hasta erradicarlas (Stallberg & Pliner, 1999).

Cuadro 9: **Apetito del niño según muestra.**

1: *“Comen poco en las comidas porque pican todo el día, yogur, frutas, galletitas dulces. Tienen apetito pero comen desordenado. Lo que deje en la heladera o al alcance de ellos se lo comen, no los puedo controlar y comen a cualquier hora.”*

2: *“Normal a poco. Prefiere estar jugando a comer. Me pasa que le digo que hasta que no termine la comida no puede ir a jugar, es una lucha diaria entre nosotras.”*

3: *“Come muy bien, siempre tiene buen apetito, y es ordenado en los horarios de comida, no suele picar. Lo único que me pide cuando estoy haciendo la comida es pan porque dice que tiene hambre, sé que se llena con el pan pero lo tiene como hábito.”*

4: *“Comen poco en las comidas porque pican todo el día, yogur, frutas, galletitas dulces. Tienen apetito pero comen desordenado. Lo que deje en la heladera o al alcance de ellos se lo comen, no los puedo controlar y comen a cualquier hora.”*

5: *“Es de buen comer. No tengo problemas con el, cuando le digo que esta la comida viene y come, no pide en otro momento y tampoco es de comer dulces.”*

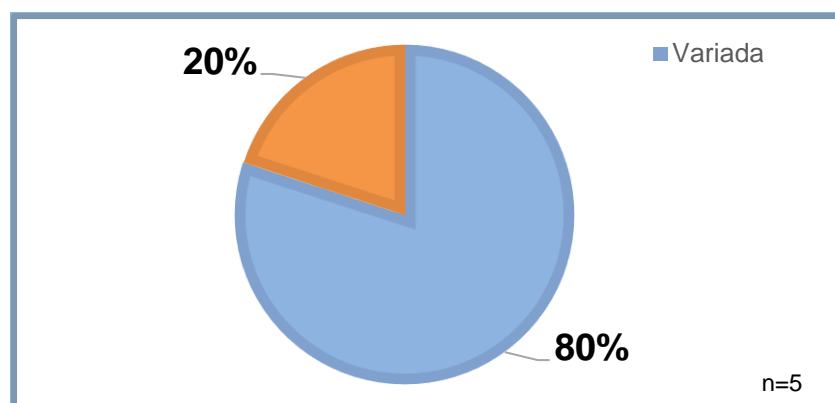
Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

Según los datos aportados por las madres en tres de los cinco casos las madres relataron que comen poco según su propia percepción.

La madre de los mellizos, relató la dificultad para ordenar los horarios de las comidas de los niños. Cuenta que son revoltosos y que “pican” todo el día y es por esto que presentan una alimentación desordenada. A la hora de las comidas principales en ocasiones no llegan con hambre producto de lo que van comiendo a lo largo del día.

Las madres del caso 3 y 5 coinciden en el buen apetito de sus hijos.

Gráfico 5: **Alimentación actual del hijo según muestra.**



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 5 se puede observar que de la muestra total un 80% de las madres encuestadas considera la alimentación de su hijo de características variadas.

Solamente uno de los casos considera que su hijo presenta una alimentación monótona.

Los autores Aguirre (2000) y Zarzalejo (2005), describen que la mayoría de estas familias tienen dietas monótonas con un predominio en el consumo de alimentos con altos niveles de carbohidratos, proteínas y azúcar. Las madres relataron que si bien a su criterio la dieta era variada el consumo de golosinas era alto.

~Análisis de datos~

Tabla 5: Recordatorio 24hs caso 1.

	Hora	Alimentos	Porción	Forma de preparación
Desayuno	8:00 - 8:30	Leche entera chocolatada sin azúcar y galletitas rellenas dulces	1 vaso - 2 o 3 galletitas	chocolatada fría sin azúcar
Media mañana	11:00	Galletitas dulces	7	
Almuerzo	12:30 - 13	Milanesas con puré de papa	1 unidad chica - 1 cucharada sopera	fritas - puré de papa hervido con manteca, leche y sal
Media tarde	15:00	Banana	1	sola
Merienda	17:30	yogurt entero con cereales de colores	1 pote 125 con 2 cucharadas de cereales	
Cena	20- 20:30	Ñoquis con tuco	10 ñoquis	salsa roja casera con cebolla, morrón y ajo prefrito.

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

Tabla 6: Recordatorio 24hs caso 2.

	Hora	Alimentos	Porción	Forma de preparación
Desayuno	8:00 - 8:30	leche con galletitas de agua con mermelada	1 vaso - 2 o 3 galletitas	Leche descremada sin azúcar
Media mañana	11:00	manzana	1 unidad chica	
Almuerzo	12:30 - 13	Pollo con puré de papa	un cuarto de pechuga de pollo - 2 cucharadas de puré	pechuga de pollo a la plancha
Media tarde	15:00	galletitas dulces	4 o 5	
Merienda	17:30	yogurt entero con cereales	1 pote - 2 o 3 cucharadas de cereales	
Cena	20 - 20:30	Fideos con tuco	1 porción chica	salsa roja casera con cebolla, morrón y ajo

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

Tabla 7: Recordatorio 24hs caso 3.

	Hora	Alimentos	Porción	Forma de preparación
Desayuno	08:30	Leche chocolatada con galletitas dulces	1 vaso chico - 5 galletitas	leche descremada con azúcar
Media mañana	10:30	Banana	1 unidad chica	
Almuerzo	12:00	Came en estofado con papa hervida, pan de acompañamiento.	1 rodaja chica en estofado - 1 rebanada de pan	estofado casero con puré de tomate, papa hervida con aceite. Pan lactal blanco
Media tarde	14:00 o 18:00	Pera	1 unidad chica	
Merienda	16:00	Bizcochuelo con leche chocolatada	1 pote chico - 1 rebanada de bizcochuelo	Bizcochuelo casero con manzana rallada y azúcar leche chocolatada descremada con azúcar
Cena	19:00	Milanesa de pollo con tomate - jugo light	1 unidad chica - medio tomate	Milanesa al horno

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

Tabla 8: Recordatorio 24hs caso 4.

	Hora	Alimentos	Porción	Forma de preparación
Desayuno	8:00 - 8:30	Leche entera chocolatada sin azúcar y galletitas rellenas dulces	1 vaso - 5 galletitas dulces	chocolatada fría sin azúcar
Media mañana	11:00	Galletitas dulces	10	
Almuerzo	12:30 - 13	Milanesas con puré de papa	1 unidad chica - 2 cucharada sopera	fritas - puré de papa hervido con manteca, leche y sal
Media tarde	15:00	Banana	1	
Merienda	17:30	yogurt entero con cereales de colores	1 pote 125cc con 3 cucharadas de cereales	
Cena	20- 20:30	Ñoquis con tuco	15 ñoquis	salsa roja casera con cebolla, morrón y ajo prefrito.

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

Tabla 9: Recordatorio 24hs caso 5.

	Hora	Alimentos	Porción	Forma de preparación
Desayuno	08:30	Leche sin azúcar y galletitas de arroz con queso untable	1 vaso - 2 galletitas 1 cucharada de queso untable	leche descremada sola sin azúcar
Media mañana	10:30 - 11:00	Queso y jamón	1 feta de cada	
Almuerzo	12:30	Bife con puré, tomate y jugo diet	1 bife angosto, 4 cucharadas de puré, 10 cubos de tomate	bife a la plancha, puré de zapallo. Tomate con aceite y orégano
Media tarde	15:00	Durazno	1 unidad chica	
Merienda	17:00	yogurt con cereales	1 pote mediano	
Cena	20:30	Ravioles con salsa mixta. Sin queso y sin pan o galletitas	5-6 ravioles	salsa casera con salsa de tomate, morrón y cebolla con una cucharada de crema de leche

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres

~Análisis de datos~

Comenzando por el análisis del caso 1 del recordatorio 24hs se trató de la madre de los mellizos, si bien llevan una alimentación igual la diferencia entre ambos radica en la cantidad ya que relató que el caso 4 la porción era mayor a la del caso 1. Se puede observar que comen galletitas dulces en dos momentos del día, así como también cereales de colores. Consumen una sola fruta por día que según lo relatado por la madre suele ser banana o naranja ya que son sus frutas preferidas. Se observa una alimentación rica en hidratos de carbono según lo expuesto en ambos recordatorios, se encuentran galletitas, puré de papa, ñoquis, cereales. Por otro lado, se observa un consumo bajo de vegetales en ambos recordatorios. Los niños consumen agua en las comidas, en desayuno y merienda consumieron lácteos.

En el recordatorio del caso 2 se observa consumo de lácteos tanto en desayuno como en merienda, en un caso se trata de un producto descremado, mientras que el otro es entero. Consumió una fruta al día como colación, y en la otra colación galletitas dulces. En el almuerzo consumió pechuga de pollo mientras que durante la cena consumió pastas.

Ahora bien, en el recordatorio 24hs en el caso 3 el niño consume lácteos en desayuno y merienda, le agrega azúcar a la chocolatada, en uno lo consume con galletitas dulces mientras que en la merienda lo consume con bizcochuelo casero que hace la mamá con manzana rallada. En ambas colaciones consumió una fruta diferente. Consumió carnes tanto en almuerzo como en cena a través de diferentes métodos de cocción, en uno por estofado y en el otro al horno. La madre relató que le pide pan antes de las comidas principales y que come con pan en el almuerzo y en la cena. Se consume por lo general agua y jugos diet. Con respecto a las verduras consumió tomate y papa hervida.

Por último, el recordatorio 24hs del caso 5 se pudo observar consumo de lácteos en desayuno y merienda. Consume galletas de arroz con queso untable y cereales. Como colaciones consume frutas o rollos de queso o jamón cocido natural. En el almuerzo consumió carne con verdura cruda y cocida. A la noche consumió pasta simple con salsa mixta. La madre relató que con las pastas no consume pan, galletitas, ni queso de rallar.

Tabla 10: **Desayuno de los cinco casos.**

Leche entera chocolatada sin azúcar y galletitas rellenas dulces	Leche descremada con galletitas de agua con mermelada	Leche descremada chocolatada con galletitas dulces	Leche entera chocolatada sin azúcar y galletitas rellenas dulces	Leche descremada sin azúcar y galletitas de arroz con queso untable
--	---	--	--	---

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

Con respecto al análisis del desayuno, el horario del desayuno coincidió entre los cinco casos entre las 8 y las 9 de la mañana. En los cinco casos se consumió leche, en dos de ellos fue entera mientras que en los otros tres fue descremada. Tres de las madres refirieron no agregarle azúcar a la leche mientras que dos sí. Dos de los casos consumían leche sola, los otros tres fue con chocolatada. Con respecto al alimento con el que lo acompañaban, uno solo

~Análisis de datos~

consumía galletas de arroz con queso untable, otro de los casos comía galletitas de agua con mermelada y los otros tres casos restantes comían galletitas dulces.

Tabla 11: **Colación de media mañana de los cinco casos.**

Galletitas dulces	Manzana	Banana	Galletitas dulces	Queso y jamón
-------------------	---------	--------	-------------------	---------------

Fuente: elaboración propia en base a los datos aportados por las madres

En la colación de media mañana dos de los niños consumieron frutas, tratándose de una colación saludable, uno de los niños consumió un rollito de jamón y queso y, los dos niños restantes galletitas dulces, quienes en el desayuno habían consumido también galletitas dulces rellenas.

Tabla 12: **Almuerzo de los cinco casos.**

Milanesas con puré de papa	Pollo con puré de papa	Carne en estofado con papa hervida, pan	Milanesas con puré de papa	Bife con puré de zapallo y tomate
----------------------------	------------------------	---	----------------------------	-----------------------------------

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

Casualmente en los cinco casos se consumieron carnes y en cuatro de ellos se consumió con papa, ya sea puré o hervida. Uno de los casos consumió puré de zapallo y tomate en cubos. Se trata de comidas de buena calidad nutricional para los niños.

Tabla 13: **Colación de media tarde de los cinco casos.**

Banana	Galletitas dulces	Pera	Banana	Durazno
--------	-------------------	------	--------	---------

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

En el caso de la colación de media tarde, los cinco casos refirieron hacerla y también relataron dos de las madres que dependiendo el horario del almuerzo y la cena muchas veces variaba si era antes o después de la merienda. Aquí se pudo observar en el recordatorio 24hs cuatro de los cinco casos consumió una fruta y solo uno comió galletitas dulces.

Tabla 14: **Merienda de los cinco casos.**

Yogurt entero con cereales de colores	Yogurt entero con cereales	Bizcochuelo con leche chocolatada	Yogurt entero con cereales de colores	Yogurt descremado con cereales
---------------------------------------	----------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

En los cinco casos se consumieron lácteos, en cuatro de los cinco casos fue con cereales en diferentes variedades y en uno de los casos con bizcochuelo casero. El consumo vario de horario respecto de la colación de media tarde.

Tabla 15: **Cena de los cinco casos.**

Ñoquis con tuco	Fideos con tuco	Milanesa de pollo con tomate	Ñoquis con tuco	Ravioles con salsa mixta.
-----------------	-----------------	------------------------------	-----------------	---------------------------

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

En el caso de la cena cuatro de los cinco casos consumieron pastas, tres de ellos fueron pastas simples y el cuarto fue rellena. El quinto caso consumió milanesa de pollo con

~Análisis de datos~

verdura fresca. Con respecto a las salsas que acompañaban las pastas, las madres relataron haberlas elaborado de forma casera.

Tabla 4: Mediciones antropométricas de peso, longitud corporal y perímetro cefálico según muestra desde el nacimiento hasta los veinticuatro meses.

UA	Peso							Longitud Corporal							Perímetro cefálico						
	Nac	1m	3m	6m	12m	18m	24m	Nac	1m	3m	6m	12m	18m	24m	Nac	1m	3m	6m	12m	18m	24m
1	2,35	3,68	5	7,54	9,1	10,25	10,8	48	53	61	69	74,5	83	88,5	37	39	40,5	43	45,5	47	49
2	2,05	2,9	3,6	4,9	7	8,2	9	42	51	58,7	65	s/d	s/d	83	34	37	40	42,5	44	45,5	47
3	2,09	2,34	4,2	6,3	8,9	9,73	10,7	42	45	53,8	61	70,4	76,8	82,7	32,5	33,5	39,2	42,5	47,5	48,2	51
4	2,87	3,93	6,23	7,81	9,5	10,8	12	51	55	60	68	73	82	88	38	39	41	44	46	47	48
5	2,1	2,25	3,5	5,2	7,9	9,1	9,9	41	44	50	56	63	72,5	78	33	34,2	37,5	40,5	45	47,5	50

Fuente: Elaboración propia según los datos aportados por la libreta sanitaria de los niños.

La información fue relevada a través de la libreta sanitaria que llevaron las madres a la entrevista y la base de datos de las historias clínicas presente en los CAPS.

Se buscaron las mediciones de peso, longitud corporal y perímetro cefálico en siete momentos diferentes. En primer lugar, en el nacimiento, luego al mes, seguido de los tres meses, seis meses, doce meses, dieciocho meses y por último, veinticuatro meses.

Ahora bien, con respecto a las gráficas expuestas a continuación, se trató de una elaboración propia a través de la confección de una base de datos utilizando las gráficas para peso, longitud corporal y perímetro cefálico presentes en la “Guía para la evaluación del crecimiento físico” de la Sociedad Argentina de Pediatría siendo la población de referencia la de Lejarraga y Faustiñana (1986).

En ella se utilizaron los valores dados para los percentilos 3 y 50. Entendiendo el percentilo 3 (Pc3) como el límite inferior de la normalidad en el valor y por otro lado, el percentilo 50 (Pc50) como la mediana en las mediciones de ese concepto.

En las gráficas el eje vertical refiere a kilogramos en el caso de las gráficas de peso y centímetros en las de perímetro cefálico y longitud corporal. Por otro lado, el eje horizontal hace referencia al tiempo transcurrido desde el nacimiento del niño.

Para la ubicación de las mediciones se tuvo en cuenta la edad corregida de los prematuros, obtenida a través de la suma de la edad gestacional más la edad post concepcional y al resultado obtenido se le restan cuarenta semanas.

~Análisis de datos~

Tabla 5: Gráficos para evaluación de las variables peso, longitud corporal y perímetro cefálico para los cinco casos.

Caso																																																																																																																						
1	Peso	<table border="1"> <caption>Estimated data for Case 1 - Weight (Peso)</caption> <thead> <tr> <th>Measurement</th> <th>Pc 50</th> <th>Pc 3</th> <th>Medición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2.5</td><td>1.5</td><td>2.5</td></tr> <tr><td>2</td><td>3.0</td><td>2.0</td><td>3.0</td></tr> <tr><td>3</td><td>3.5</td><td>2.5</td><td>3.5</td></tr> <tr><td>4</td><td>4.0</td><td>3.0</td><td>4.0</td></tr> <tr><td>5</td><td>5.0</td><td>4.0</td><td>5.0</td></tr> <tr><td>6</td><td>6.0</td><td>5.0</td><td>6.0</td></tr> <tr><td>7</td><td>7.0</td><td>6.0</td><td>7.0</td></tr> <tr><td>8</td><td>8.0</td><td>7.0</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>9</td><td>9.0</td><td>8.0</td><td>9.0</td></tr> <tr><td>10</td><td>10.0</td><td>9.0</td><td>10.0</td></tr> <tr><td>11</td><td>10.5</td><td>9.5</td><td>10.5</td></tr> <tr><td>12</td><td>11.0</td><td>10.0</td><td>11.0</td></tr> <tr><td>13</td><td>11.5</td><td>10.5</td><td>11.5</td></tr> <tr><td>14</td><td>12.0</td><td>11.0</td><td>12.0</td></tr> <tr><td>15</td><td>12.5</td><td>11.5</td><td>12.5</td></tr> <tr><td>16</td><td>13.0</td><td>12.0</td><td>13.0</td></tr> <tr><td>17</td><td>13.5</td><td>12.5</td><td>13.5</td></tr> <tr><td>18</td><td>14.0</td><td>13.0</td><td>14.0</td></tr> <tr><td>19</td><td>14.5</td><td>13.5</td><td>14.5</td></tr> <tr><td>20</td><td>15.0</td><td>14.0</td><td>15.0</td></tr> <tr><td>21</td><td>15.5</td><td>14.5</td><td>15.5</td></tr> <tr><td>22</td><td>16.0</td><td>15.0</td><td>16.0</td></tr> <tr><td>23</td><td>16.5</td><td>15.5</td><td>16.5</td></tr> <tr><td>24</td><td>17.0</td><td>16.0</td><td>17.0</td></tr> <tr><td>25</td><td>17.5</td><td>16.5</td><td>17.5</td></tr> <tr><td>26</td><td>18.0</td><td>17.0</td><td>18.0</td></tr> <tr><td>27</td><td>18.5</td><td>17.5</td><td>18.5</td></tr> <tr><td>28</td><td>19.0</td><td>18.0</td><td>19.0</td></tr> </tbody> </table>	Measurement	Pc 50	Pc 3	Medición	1	2.5	1.5	2.5	2	3.0	2.0	3.0	3	3.5	2.5	3.5	4	4.0	3.0	4.0	5	5.0	4.0	5.0	6	6.0	5.0	6.0	7	7.0	6.0	7.0	8	8.0	7.0	8.0	9	9.0	8.0	9.0	10	10.0	9.0	10.0	11	10.5	9.5	10.5	12	11.0	10.0	11.0	13	11.5	10.5	11.5	14	12.0	11.0	12.0	15	12.5	11.5	12.5	16	13.0	12.0	13.0	17	13.5	12.5	13.5	18	14.0	13.0	14.0	19	14.5	13.5	14.5	20	15.0	14.0	15.0	21	15.5	14.5	15.5	22	16.0	15.0	16.0	23	16.5	15.5	16.5	24	17.0	16.0	17.0	25	17.5	16.5	17.5	26	18.0	17.0	18.0	27	18.5	17.5	18.5	28	19.0	18.0	19.0
Measurement	Pc 50	Pc 3	Medición																																																																																																																			
1	2.5	1.5	2.5																																																																																																																			
2	3.0	2.0	3.0																																																																																																																			
3	3.5	2.5	3.5																																																																																																																			
4	4.0	3.0	4.0																																																																																																																			
5	5.0	4.0	5.0																																																																																																																			
6	6.0	5.0	6.0																																																																																																																			
7	7.0	6.0	7.0																																																																																																																			
8	8.0	7.0	8.0																																																																																																																			
9	9.0	8.0	9.0																																																																																																																			
10	10.0	9.0	10.0																																																																																																																			
11	10.5	9.5	10.5																																																																																																																			
12	11.0	10.0	11.0																																																																																																																			
13	11.5	10.5	11.5																																																																																																																			
14	12.0	11.0	12.0																																																																																																																			
15	12.5	11.5	12.5																																																																																																																			
16	13.0	12.0	13.0																																																																																																																			
17	13.5	12.5	13.5																																																																																																																			
18	14.0	13.0	14.0																																																																																																																			
19	14.5	13.5	14.5																																																																																																																			
20	15.0	14.0	15.0																																																																																																																			
21	15.5	14.5	15.5																																																																																																																			
22	16.0	15.0	16.0																																																																																																																			
23	16.5	15.5	16.5																																																																																																																			
24	17.0	16.0	17.0																																																																																																																			
25	17.5	16.5	17.5																																																																																																																			
26	18.0	17.0	18.0																																																																																																																			
27	18.5	17.5	18.5																																																																																																																			
28	19.0	18.0	19.0																																																																																																																			
	Longitud Corporal	<table border="1"> <caption>Estimated data for Case 1 - Body Length (Longitud Corporal)</caption> <thead> <tr> <th>Measurement</th> <th>Pc 50</th> <th>Pc 3</th> <th>Medición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>45</td><td>42</td><td>45</td></tr> <tr><td>2</td><td>48</td><td>45</td><td>48</td></tr> <tr><td>3</td><td>50</td><td>48</td><td>50</td></tr> <tr><td>4</td><td>52</td><td>50</td><td>52</td></tr> <tr><td>5</td><td>55</td><td>53</td><td>55</td></tr> <tr><td>6</td><td>60</td><td>58</td><td>60</td></tr> <tr><td>7</td><td>65</td><td>63</td><td>65</td></tr> <tr><td>8</td><td>68</td><td>66</td><td>68</td></tr> <tr><td>9</td><td>70</td><td>68</td><td>70</td></tr> <tr><td>10</td><td>72</td><td>70</td><td>72</td></tr> <tr><td>11</td><td>74</td><td>72</td><td>74</td></tr> <tr><td>12</td><td>76</td><td>74</td><td>76</td></tr> <tr><td>13</td><td>78</td><td>76</td><td>78</td></tr> <tr><td>14</td><td>80</td><td>78</td><td>80</td></tr> <tr><td>15</td><td>82</td><td>80</td><td>82</td></tr> <tr><td>16</td><td>84</td><td>82</td><td>84</td></tr> <tr><td>17</td><td>85</td><td>83</td><td>85</td></tr> <tr><td>18</td><td>86</td><td>84</td><td>86</td></tr> <tr><td>19</td><td>87</td><td>85</td><td>87</td></tr> <tr><td>20</td><td>88</td><td>86</td><td>88</td></tr> <tr><td>21</td><td>89</td><td>87</td><td>89</td></tr> <tr><td>22</td><td>90</td><td>88</td><td>90</td></tr> <tr><td>23</td><td>91</td><td>89</td><td>91</td></tr> <tr><td>24</td><td>92</td><td>90</td><td>92</td></tr> <tr><td>25</td><td>93</td><td>91</td><td>93</td></tr> <tr><td>26</td><td>94</td><td>92</td><td>94</td></tr> <tr><td>27</td><td>95</td><td>93</td><td>95</td></tr> <tr><td>28</td><td>96</td><td>94</td><td>96</td></tr> </tbody> </table>	Measurement	Pc 50	Pc 3	Medición	1	45	42	45	2	48	45	48	3	50	48	50	4	52	50	52	5	55	53	55	6	60	58	60	7	65	63	65	8	68	66	68	9	70	68	70	10	72	70	72	11	74	72	74	12	76	74	76	13	78	76	78	14	80	78	80	15	82	80	82	16	84	82	84	17	85	83	85	18	86	84	86	19	87	85	87	20	88	86	88	21	89	87	89	22	90	88	90	23	91	89	91	24	92	90	92	25	93	91	93	26	94	92	94	27	95	93	95	28	96	94	96
Measurement	Pc 50	Pc 3	Medición																																																																																																																			
1	45	42	45																																																																																																																			
2	48	45	48																																																																																																																			
3	50	48	50																																																																																																																			
4	52	50	52																																																																																																																			
5	55	53	55																																																																																																																			
6	60	58	60																																																																																																																			
7	65	63	65																																																																																																																			
8	68	66	68																																																																																																																			
9	70	68	70																																																																																																																			
10	72	70	72																																																																																																																			
11	74	72	74																																																																																																																			
12	76	74	76																																																																																																																			
13	78	76	78																																																																																																																			
14	80	78	80																																																																																																																			
15	82	80	82																																																																																																																			
16	84	82	84																																																																																																																			
17	85	83	85																																																																																																																			
18	86	84	86																																																																																																																			
19	87	85	87																																																																																																																			
20	88	86	88																																																																																																																			
21	89	87	89																																																																																																																			
22	90	88	90																																																																																																																			
23	91	89	91																																																																																																																			
24	92	90	92																																																																																																																			
25	93	91	93																																																																																																																			
26	94	92	94																																																																																																																			
27	95	93	95																																																																																																																			
28	96	94	96																																																																																																																			
	Perímetro cefálico	<table border="1"> <caption>Estimated data for Case 1 - Head Circumference (Perímetro cefálico)</caption> <thead> <tr> <th>Measurement</th> <th>Pc 50</th> <th>Pc 3</th> <th>Medición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>32</td><td>29</td><td>32</td></tr> <tr><td>2</td><td>34</td><td>31</td><td>34</td></tr> <tr><td>3</td><td>35</td><td>32</td><td>35</td></tr> <tr><td>4</td><td>36</td><td>33</td><td>36</td></tr> <tr><td>5</td><td>38</td><td>35</td><td>38</td></tr> <tr><td>6</td><td>40</td><td>37</td><td>40</td></tr> <tr><td>7</td><td>42</td><td>39</td><td>42</td></tr> <tr><td>8</td><td>43</td><td>40</td><td>43</td></tr> <tr><td>9</td><td>44</td><td>41</td><td>44</td></tr> <tr><td>10</td><td>45</td><td>42</td><td>45</td></tr> <tr><td>11</td><td>46</td><td>43</td><td>46</td></tr> <tr><td>12</td><td>47</td><td>44</td><td>47</td></tr> <tr><td>13</td><td>48</td><td>44.5</td><td>48</td></tr> <tr><td>14</td><td>48.5</td><td>45</td><td>48.5</td></tr> <tr><td>15</td><td>49</td><td>45.5</td><td>49</td></tr> <tr><td>16</td><td>49.2</td><td>45.8</td><td>49.2</td></tr> <tr><td>17</td><td>49.4</td><td>46</td><td>49.4</td></tr> <tr><td>18</td><td>49.5</td><td>46.1</td><td>49.5</td></tr> <tr><td>19</td><td>49.6</td><td>46.2</td><td>49.6</td></tr> <tr><td>20</td><td>49.7</td><td>46.3</td><td>49.7</td></tr> <tr><td>21</td><td>49.8</td><td>46.4</td><td>49.8</td></tr> <tr><td>22</td><td>49.9</td><td>46.5</td><td>49.9</td></tr> <tr><td>23</td><td>50</td><td>46.6</td><td>50</td></tr> <tr><td>24</td><td>50.1</td><td>46.7</td><td>50.1</td></tr> <tr><td>25</td><td>50.2</td><td>46.8</td><td>50.2</td></tr> <tr><td>26</td><td>50.3</td><td>46.9</td><td>50.3</td></tr> <tr><td>27</td><td>50.4</td><td>47</td><td>50.4</td></tr> <tr><td>28</td><td>50.5</td><td>47.1</td><td>50.5</td></tr> </tbody> </table>	Measurement	Pc 50	Pc 3	Medición	1	32	29	32	2	34	31	34	3	35	32	35	4	36	33	36	5	38	35	38	6	40	37	40	7	42	39	42	8	43	40	43	9	44	41	44	10	45	42	45	11	46	43	46	12	47	44	47	13	48	44.5	48	14	48.5	45	48.5	15	49	45.5	49	16	49.2	45.8	49.2	17	49.4	46	49.4	18	49.5	46.1	49.5	19	49.6	46.2	49.6	20	49.7	46.3	49.7	21	49.8	46.4	49.8	22	49.9	46.5	49.9	23	50	46.6	50	24	50.1	46.7	50.1	25	50.2	46.8	50.2	26	50.3	46.9	50.3	27	50.4	47	50.4	28	50.5	47.1	50.5
Measurement	Pc 50	Pc 3	Medición																																																																																																																			
1	32	29	32																																																																																																																			
2	34	31	34																																																																																																																			
3	35	32	35																																																																																																																			
4	36	33	36																																																																																																																			
5	38	35	38																																																																																																																			
6	40	37	40																																																																																																																			
7	42	39	42																																																																																																																			
8	43	40	43																																																																																																																			
9	44	41	44																																																																																																																			
10	45	42	45																																																																																																																			
11	46	43	46																																																																																																																			
12	47	44	47																																																																																																																			
13	48	44.5	48																																																																																																																			
14	48.5	45	48.5																																																																																																																			
15	49	45.5	49																																																																																																																			
16	49.2	45.8	49.2																																																																																																																			
17	49.4	46	49.4																																																																																																																			
18	49.5	46.1	49.5																																																																																																																			
19	49.6	46.2	49.6																																																																																																																			
20	49.7	46.3	49.7																																																																																																																			
21	49.8	46.4	49.8																																																																																																																			
22	49.9	46.5	49.9																																																																																																																			
23	50	46.6	50																																																																																																																			
24	50.1	46.7	50.1																																																																																																																			
25	50.2	46.8	50.2																																																																																																																			
26	50.3	46.9	50.3																																																																																																																			
27	50.4	47	50.4																																																																																																																			
28	50.5	47.1	50.5																																																																																																																			

~Análisis de datos~

Caso																																		
2	Peso	<table border="1"> <caption>Estimated data for Weight (Peso)</caption> <thead> <tr> <th>Measurement</th> <th>Pc 50</th> <th>Pc 3</th> <th>Medición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2.5</td><td>1.5</td><td>2.0</td></tr> <tr><td>3</td><td>3.0</td><td>2.5</td><td>3.0</td></tr> <tr><td>6</td><td>4.0</td><td>3.0</td><td>3.5</td></tr> <tr><td>9</td><td>5.5</td><td>4.0</td><td>4.5</td></tr> <tr><td>16</td><td>7.5</td><td>6.5</td><td>6.5</td></tr> <tr><td>22</td><td>8.5</td><td>7.5</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>29</td><td>11.0</td><td>8.5</td><td>9.0</td></tr> </tbody> </table>	Measurement	Pc 50	Pc 3	Medición	1	2.5	1.5	2.0	3	3.0	2.5	3.0	6	4.0	3.0	3.5	9	5.5	4.0	4.5	16	7.5	6.5	6.5	22	8.5	7.5	8.0	29	11.0	8.5	9.0
Measurement	Pc 50	Pc 3	Medición																															
1	2.5	1.5	2.0																															
3	3.0	2.5	3.0																															
6	4.0	3.0	3.5																															
9	5.5	4.0	4.5																															
16	7.5	6.5	6.5																															
22	8.5	7.5	8.0																															
29	11.0	8.5	9.0																															
	Longitud Corporal	<table border="1"> <caption>Estimated data for Body Length (Longitud Corporal)</caption> <thead> <tr> <th>Measurement</th> <th>Pc 50</th> <th>Pc 3</th> <th>Medición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>45</td><td>42</td><td>42</td></tr> <tr><td>3</td><td>50</td><td>48</td><td>51</td></tr> <tr><td>6</td><td>55</td><td>52</td><td>59</td></tr> <tr><td>9</td><td>62</td><td>58</td><td>65</td></tr> <tr><td>16</td><td>70</td><td>65</td><td>72</td></tr> <tr><td>22</td><td>78</td><td>73</td><td>78</td></tr> <tr><td>30</td><td>85</td><td>80</td><td>83</td></tr> </tbody> </table>	Measurement	Pc 50	Pc 3	Medición	1	45	42	42	3	50	48	51	6	55	52	59	9	62	58	65	16	70	65	72	22	78	73	78	30	85	80	83
Measurement	Pc 50	Pc 3	Medición																															
1	45	42	42																															
3	50	48	51																															
6	55	52	59																															
9	62	58	65																															
16	70	65	72																															
22	78	73	78																															
30	85	80	83																															
	Perímetro cefálico	<table border="1"> <caption>Estimated data for Head Circumference (Perímetro cefálico)</caption> <thead> <tr> <th>Measurement</th> <th>Pc 50</th> <th>Pc 3</th> <th>Medición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>32</td><td>29</td><td>34</td></tr> <tr><td>3</td><td>34</td><td>31</td><td>37</td></tr> <tr><td>6</td><td>37</td><td>35</td><td>40</td></tr> <tr><td>9</td><td>41</td><td>38</td><td>43</td></tr> <tr><td>16</td><td>44</td><td>42</td><td>44</td></tr> <tr><td>22</td><td>46</td><td>43</td><td>46</td></tr> <tr><td>31</td><td>47</td><td>44</td><td>47</td></tr> </tbody> </table>	Measurement	Pc 50	Pc 3	Medición	1	32	29	34	3	34	31	37	6	37	35	40	9	41	38	43	16	44	42	44	22	46	43	46	31	47	44	47
Measurement	Pc 50	Pc 3	Medición																															
1	32	29	34																															
3	34	31	37																															
6	37	35	40																															
9	41	38	43																															
16	44	42	44																															
22	46	43	46																															
31	47	44	47																															

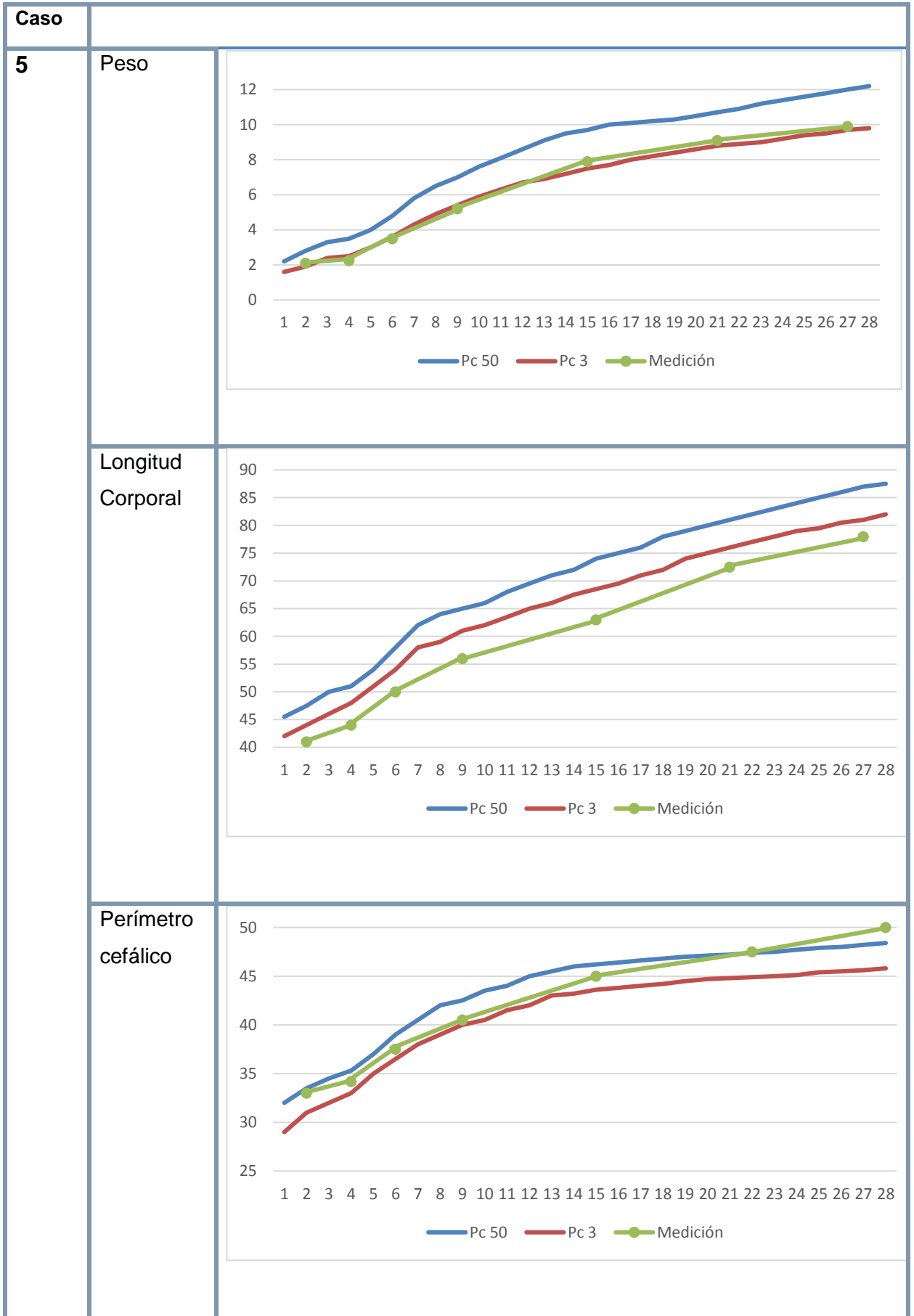
~Análisis de datos~

Caso																																																																																																																						
3	Peso	<table border="1"> <caption>Estimated Weight Data</caption> <thead> <tr> <th>Day</th> <th>Pc 50</th> <th>Pc 3</th> <th>Medición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2.5</td><td>1.5</td><td>2.0</td></tr> <tr><td>2</td><td>3.0</td><td>1.8</td><td>2.2</td></tr> <tr><td>3</td><td>3.5</td><td>2.0</td><td>2.3</td></tr> <tr><td>4</td><td>3.8</td><td>2.2</td><td>2.4</td></tr> <tr><td>5</td><td>4.5</td><td>2.8</td><td>3.0</td></tr> <tr><td>6</td><td>5.5</td><td>3.5</td><td>4.0</td></tr> <tr><td>7</td><td>6.5</td><td>4.5</td><td>5.0</td></tr> <tr><td>8</td><td>7.5</td><td>5.5</td><td>6.0</td></tr> <tr><td>9</td><td>8.5</td><td>6.5</td><td>7.0</td></tr> <tr><td>10</td><td>9.5</td><td>7.5</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>11</td><td>10.0</td><td>8.0</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>12</td><td>10.5</td><td>8.5</td><td>9.0</td></tr> <tr><td>13</td><td>11.0</td><td>9.0</td><td>9.5</td></tr> <tr><td>14</td><td>11.5</td><td>9.5</td><td>10.0</td></tr> <tr><td>15</td><td>11.8</td><td>9.8</td><td>10.5</td></tr> <tr><td>16</td><td>12.0</td><td>10.0</td><td>10.8</td></tr> <tr><td>17</td><td>12.2</td><td>10.2</td><td>11.0</td></tr> <tr><td>18</td><td>12.4</td><td>10.4</td><td>11.2</td></tr> <tr><td>19</td><td>12.5</td><td>10.5</td><td>11.3</td></tr> <tr><td>20</td><td>12.6</td><td>10.6</td><td>11.4</td></tr> <tr><td>21</td><td>12.7</td><td>10.7</td><td>11.5</td></tr> <tr><td>22</td><td>12.8</td><td>10.8</td><td>11.6</td></tr> <tr><td>23</td><td>12.9</td><td>10.9</td><td>11.7</td></tr> <tr><td>24</td><td>13.0</td><td>11.0</td><td>11.8</td></tr> <tr><td>25</td><td>13.1</td><td>11.1</td><td>11.9</td></tr> <tr><td>26</td><td>13.2</td><td>11.2</td><td>12.0</td></tr> <tr><td>27</td><td>13.3</td><td>11.3</td><td>12.1</td></tr> <tr><td>28</td><td>13.4</td><td>11.4</td><td>12.2</td></tr> </tbody> </table>	Day	Pc 50	Pc 3	Medición	1	2.5	1.5	2.0	2	3.0	1.8	2.2	3	3.5	2.0	2.3	4	3.8	2.2	2.4	5	4.5	2.8	3.0	6	5.5	3.5	4.0	7	6.5	4.5	5.0	8	7.5	5.5	6.0	9	8.5	6.5	7.0	10	9.5	7.5	8.0	11	10.0	8.0	8.5	12	10.5	8.5	9.0	13	11.0	9.0	9.5	14	11.5	9.5	10.0	15	11.8	9.8	10.5	16	12.0	10.0	10.8	17	12.2	10.2	11.0	18	12.4	10.4	11.2	19	12.5	10.5	11.3	20	12.6	10.6	11.4	21	12.7	10.7	11.5	22	12.8	10.8	11.6	23	12.9	10.9	11.7	24	13.0	11.0	11.8	25	13.1	11.1	11.9	26	13.2	11.2	12.0	27	13.3	11.3	12.1	28	13.4	11.4	12.2
Day	Pc 50	Pc 3	Medición																																																																																																																			
1	2.5	1.5	2.0																																																																																																																			
2	3.0	1.8	2.2																																																																																																																			
3	3.5	2.0	2.3																																																																																																																			
4	3.8	2.2	2.4																																																																																																																			
5	4.5	2.8	3.0																																																																																																																			
6	5.5	3.5	4.0																																																																																																																			
7	6.5	4.5	5.0																																																																																																																			
8	7.5	5.5	6.0																																																																																																																			
9	8.5	6.5	7.0																																																																																																																			
10	9.5	7.5	8.0																																																																																																																			
11	10.0	8.0	8.5																																																																																																																			
12	10.5	8.5	9.0																																																																																																																			
13	11.0	9.0	9.5																																																																																																																			
14	11.5	9.5	10.0																																																																																																																			
15	11.8	9.8	10.5																																																																																																																			
16	12.0	10.0	10.8																																																																																																																			
17	12.2	10.2	11.0																																																																																																																			
18	12.4	10.4	11.2																																																																																																																			
19	12.5	10.5	11.3																																																																																																																			
20	12.6	10.6	11.4																																																																																																																			
21	12.7	10.7	11.5																																																																																																																			
22	12.8	10.8	11.6																																																																																																																			
23	12.9	10.9	11.7																																																																																																																			
24	13.0	11.0	11.8																																																																																																																			
25	13.1	11.1	11.9																																																																																																																			
26	13.2	11.2	12.0																																																																																																																			
27	13.3	11.3	12.1																																																																																																																			
28	13.4	11.4	12.2																																																																																																																			
	Longitud Corporal	<table border="1"> <caption>Estimated Body Length Data</caption> <thead> <tr> <th>Day</th> <th>Pc 50</th> <th>Pc 3</th> <th>Medición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>45</td><td>42</td><td>42</td></tr> <tr><td>2</td><td>48</td><td>44</td><td>43</td></tr> <tr><td>3</td><td>50</td><td>46</td><td>44</td></tr> <tr><td>4</td><td>52</td><td>48</td><td>45</td></tr> <tr><td>5</td><td>55</td><td>50</td><td>48</td></tr> <tr><td>6</td><td>58</td><td>53</td><td>51</td></tr> <tr><td>7</td><td>62</td><td>56</td><td>54</td></tr> <tr><td>8</td><td>65</td><td>58</td><td>57</td></tr> <tr><td>9</td><td>68</td><td>60</td><td>60</td></tr> <tr><td>10</td><td>70</td><td>62</td><td>62</td></tr> <tr><td>11</td><td>72</td><td>64</td><td>64</td></tr> <tr><td>12</td><td>74</td><td>66</td><td>66</td></tr> <tr><td>13</td><td>76</td><td>68</td><td>68</td></tr> <tr><td>14</td><td>78</td><td>70</td><td>70</td></tr> <tr><td>15</td><td>80</td><td>72</td><td>72</td></tr> <tr><td>16</td><td>82</td><td>74</td><td>74</td></tr> <tr><td>17</td><td>84</td><td>76</td><td>76</td></tr> <tr><td>18</td><td>85</td><td>78</td><td>78</td></tr> <tr><td>19</td><td>86</td><td>80</td><td>80</td></tr> <tr><td>20</td><td>87</td><td>81</td><td>81</td></tr> <tr><td>21</td><td>88</td><td>82</td><td>82</td></tr> <tr><td>22</td><td>88.5</td><td>82.5</td><td>82.5</td></tr> <tr><td>23</td><td>89</td><td>83</td><td>83</td></tr> <tr><td>24</td><td>89.5</td><td>83.5</td><td>83.5</td></tr> <tr><td>25</td><td>90</td><td>84</td><td>84</td></tr> <tr><td>26</td><td>90.5</td><td>84.5</td><td>84.5</td></tr> <tr><td>27</td><td>91</td><td>85</td><td>85</td></tr> <tr><td>28</td><td>91.5</td><td>85.5</td><td>85.5</td></tr> </tbody> </table>	Day	Pc 50	Pc 3	Medición	1	45	42	42	2	48	44	43	3	50	46	44	4	52	48	45	5	55	50	48	6	58	53	51	7	62	56	54	8	65	58	57	9	68	60	60	10	70	62	62	11	72	64	64	12	74	66	66	13	76	68	68	14	78	70	70	15	80	72	72	16	82	74	74	17	84	76	76	18	85	78	78	19	86	80	80	20	87	81	81	21	88	82	82	22	88.5	82.5	82.5	23	89	83	83	24	89.5	83.5	83.5	25	90	84	84	26	90.5	84.5	84.5	27	91	85	85	28	91.5	85.5	85.5
Day	Pc 50	Pc 3	Medición																																																																																																																			
1	45	42	42																																																																																																																			
2	48	44	43																																																																																																																			
3	50	46	44																																																																																																																			
4	52	48	45																																																																																																																			
5	55	50	48																																																																																																																			
6	58	53	51																																																																																																																			
7	62	56	54																																																																																																																			
8	65	58	57																																																																																																																			
9	68	60	60																																																																																																																			
10	70	62	62																																																																																																																			
11	72	64	64																																																																																																																			
12	74	66	66																																																																																																																			
13	76	68	68																																																																																																																			
14	78	70	70																																																																																																																			
15	80	72	72																																																																																																																			
16	82	74	74																																																																																																																			
17	84	76	76																																																																																																																			
18	85	78	78																																																																																																																			
19	86	80	80																																																																																																																			
20	87	81	81																																																																																																																			
21	88	82	82																																																																																																																			
22	88.5	82.5	82.5																																																																																																																			
23	89	83	83																																																																																																																			
24	89.5	83.5	83.5																																																																																																																			
25	90	84	84																																																																																																																			
26	90.5	84.5	84.5																																																																																																																			
27	91	85	85																																																																																																																			
28	91.5	85.5	85.5																																																																																																																			
	Perímetro cefálico	<table border="1"> <caption>Estimated Head Circumference Data</caption> <thead> <tr> <th>Day</th> <th>Pc 50</th> <th>Pc 3</th> <th>Medición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>32</td><td>29</td><td>32</td></tr> <tr><td>2</td><td>34</td><td>31</td><td>33</td></tr> <tr><td>3</td><td>35</td><td>32</td><td>33</td></tr> <tr><td>4</td><td>36</td><td>33</td><td>34</td></tr> <tr><td>5</td><td>38</td><td>35</td><td>38</td></tr> <tr><td>6</td><td>40</td><td>37</td><td>40</td></tr> <tr><td>7</td><td>41</td><td>38</td><td>41</td></tr> <tr><td>8</td><td>42</td><td>39</td><td>42</td></tr> <tr><td>9</td><td>43</td><td>40</td><td>43</td></tr> <tr><td>10</td><td>44</td><td>41</td><td>44</td></tr> <tr><td>11</td><td>45</td><td>42</td><td>45</td></tr> <tr><td>12</td><td>46</td><td>43</td><td>46</td></tr> <tr><td>13</td><td>47</td><td>44</td><td>47</td></tr> <tr><td>14</td><td>47.5</td><td>44.5</td><td>48</td></tr> <tr><td>15</td><td>48</td><td>45</td><td>48.5</td></tr> <tr><td>16</td><td>48.2</td><td>45.2</td><td>48.8</td></tr> <tr><td>17</td><td>48.4</td><td>45.4</td><td>49</td></tr> <tr><td>18</td><td>48.5</td><td>45.5</td><td>49.1</td></tr> <tr><td>19</td><td>48.6</td><td>45.6</td><td>49.2</td></tr> <tr><td>20</td><td>48.7</td><td>45.7</td><td>49.3</td></tr> <tr><td>21</td><td>48.8</td><td>45.8</td><td>49.4</td></tr> <tr><td>22</td><td>48.9</td><td>45.9</td><td>49.5</td></tr> <tr><td>23</td><td>49</td><td>46</td><td>49.6</td></tr> <tr><td>24</td><td>49.1</td><td>46.1</td><td>49.7</td></tr> <tr><td>25</td><td>49.2</td><td>46.2</td><td>49.8</td></tr> <tr><td>26</td><td>49.3</td><td>46.3</td><td>49.9</td></tr> <tr><td>27</td><td>49.4</td><td>46.4</td><td>50</td></tr> <tr><td>28</td><td>49.5</td><td>46.5</td><td>50.1</td></tr> </tbody> </table>	Day	Pc 50	Pc 3	Medición	1	32	29	32	2	34	31	33	3	35	32	33	4	36	33	34	5	38	35	38	6	40	37	40	7	41	38	41	8	42	39	42	9	43	40	43	10	44	41	44	11	45	42	45	12	46	43	46	13	47	44	47	14	47.5	44.5	48	15	48	45	48.5	16	48.2	45.2	48.8	17	48.4	45.4	49	18	48.5	45.5	49.1	19	48.6	45.6	49.2	20	48.7	45.7	49.3	21	48.8	45.8	49.4	22	48.9	45.9	49.5	23	49	46	49.6	24	49.1	46.1	49.7	25	49.2	46.2	49.8	26	49.3	46.3	49.9	27	49.4	46.4	50	28	49.5	46.5	50.1
Day	Pc 50	Pc 3	Medición																																																																																																																			
1	32	29	32																																																																																																																			
2	34	31	33																																																																																																																			
3	35	32	33																																																																																																																			
4	36	33	34																																																																																																																			
5	38	35	38																																																																																																																			
6	40	37	40																																																																																																																			
7	41	38	41																																																																																																																			
8	42	39	42																																																																																																																			
9	43	40	43																																																																																																																			
10	44	41	44																																																																																																																			
11	45	42	45																																																																																																																			
12	46	43	46																																																																																																																			
13	47	44	47																																																																																																																			
14	47.5	44.5	48																																																																																																																			
15	48	45	48.5																																																																																																																			
16	48.2	45.2	48.8																																																																																																																			
17	48.4	45.4	49																																																																																																																			
18	48.5	45.5	49.1																																																																																																																			
19	48.6	45.6	49.2																																																																																																																			
20	48.7	45.7	49.3																																																																																																																			
21	48.8	45.8	49.4																																																																																																																			
22	48.9	45.9	49.5																																																																																																																			
23	49	46	49.6																																																																																																																			
24	49.1	46.1	49.7																																																																																																																			
25	49.2	46.2	49.8																																																																																																																			
26	49.3	46.3	49.9																																																																																																																			
27	49.4	46.4	50																																																																																																																			
28	49.5	46.5	50.1																																																																																																																			

~Análisis de datos~

Caso																																																																																																																						
4	Peso	<table border="1"> <caption>Estimated Weight Data (Peso)</caption> <thead> <tr> <th>Day</th> <th>Pc 50</th> <th>Pc 3</th> <th>Medición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2.0</td><td>1.5</td><td>2.5</td></tr> <tr><td>2</td><td>2.5</td><td>1.8</td><td>3.0</td></tr> <tr><td>3</td><td>3.0</td><td>2.2</td><td>3.5</td></tr> <tr><td>4</td><td>3.5</td><td>2.5</td><td>4.0</td></tr> <tr><td>5</td><td>4.0</td><td>3.0</td><td>5.0</td></tr> <tr><td>6</td><td>5.0</td><td>3.5</td><td>6.0</td></tr> <tr><td>7</td><td>6.0</td><td>4.5</td><td>7.0</td></tr> <tr><td>8</td><td>6.5</td><td>5.0</td><td>7.5</td></tr> <tr><td>9</td><td>7.0</td><td>5.5</td><td>8.0</td></tr> <tr><td>10</td><td>7.5</td><td>6.0</td><td>8.5</td></tr> <tr><td>11</td><td>8.0</td><td>6.5</td><td>9.0</td></tr> <tr><td>12</td><td>8.5</td><td>7.0</td><td>9.5</td></tr> <tr><td>13</td><td>9.0</td><td>7.5</td><td>10.0</td></tr> <tr><td>14</td><td>9.5</td><td>8.0</td><td>10.5</td></tr> <tr><td>15</td><td>10.0</td><td>8.5</td><td>11.0</td></tr> <tr><td>16</td><td>10.5</td><td>9.0</td><td>11.5</td></tr> <tr><td>17</td><td>11.0</td><td>9.5</td><td>12.0</td></tr> <tr><td>18</td><td>11.5</td><td>10.0</td><td>12.5</td></tr> <tr><td>19</td><td>12.0</td><td>10.5</td><td>13.0</td></tr> <tr><td>20</td><td>12.5</td><td>11.0</td><td>13.5</td></tr> <tr><td>21</td><td>13.0</td><td>11.5</td><td>14.0</td></tr> <tr><td>22</td><td>13.5</td><td>12.0</td><td>14.5</td></tr> <tr><td>23</td><td>14.0</td><td>12.5</td><td>15.0</td></tr> <tr><td>24</td><td>14.5</td><td>13.0</td><td>15.5</td></tr> <tr><td>25</td><td>15.0</td><td>13.5</td><td>16.0</td></tr> <tr><td>26</td><td>15.5</td><td>14.0</td><td>16.5</td></tr> <tr><td>27</td><td>16.0</td><td>14.5</td><td>17.0</td></tr> <tr><td>28</td><td>16.5</td><td>15.0</td><td>17.5</td></tr> </tbody> </table>	Day	Pc 50	Pc 3	Medición	1	2.0	1.5	2.5	2	2.5	1.8	3.0	3	3.0	2.2	3.5	4	3.5	2.5	4.0	5	4.0	3.0	5.0	6	5.0	3.5	6.0	7	6.0	4.5	7.0	8	6.5	5.0	7.5	9	7.0	5.5	8.0	10	7.5	6.0	8.5	11	8.0	6.5	9.0	12	8.5	7.0	9.5	13	9.0	7.5	10.0	14	9.5	8.0	10.5	15	10.0	8.5	11.0	16	10.5	9.0	11.5	17	11.0	9.5	12.0	18	11.5	10.0	12.5	19	12.0	10.5	13.0	20	12.5	11.0	13.5	21	13.0	11.5	14.0	22	13.5	12.0	14.5	23	14.0	12.5	15.0	24	14.5	13.0	15.5	25	15.0	13.5	16.0	26	15.5	14.0	16.5	27	16.0	14.5	17.0	28	16.5	15.0	17.5
Day	Pc 50	Pc 3	Medición																																																																																																																			
1	2.0	1.5	2.5																																																																																																																			
2	2.5	1.8	3.0																																																																																																																			
3	3.0	2.2	3.5																																																																																																																			
4	3.5	2.5	4.0																																																																																																																			
5	4.0	3.0	5.0																																																																																																																			
6	5.0	3.5	6.0																																																																																																																			
7	6.0	4.5	7.0																																																																																																																			
8	6.5	5.0	7.5																																																																																																																			
9	7.0	5.5	8.0																																																																																																																			
10	7.5	6.0	8.5																																																																																																																			
11	8.0	6.5	9.0																																																																																																																			
12	8.5	7.0	9.5																																																																																																																			
13	9.0	7.5	10.0																																																																																																																			
14	9.5	8.0	10.5																																																																																																																			
15	10.0	8.5	11.0																																																																																																																			
16	10.5	9.0	11.5																																																																																																																			
17	11.0	9.5	12.0																																																																																																																			
18	11.5	10.0	12.5																																																																																																																			
19	12.0	10.5	13.0																																																																																																																			
20	12.5	11.0	13.5																																																																																																																			
21	13.0	11.5	14.0																																																																																																																			
22	13.5	12.0	14.5																																																																																																																			
23	14.0	12.5	15.0																																																																																																																			
24	14.5	13.0	15.5																																																																																																																			
25	15.0	13.5	16.0																																																																																																																			
26	15.5	14.0	16.5																																																																																																																			
27	16.0	14.5	17.0																																																																																																																			
28	16.5	15.0	17.5																																																																																																																			
	Longitud Corporal	<table border="1"> <caption>Estimated Body Length Data (Longitud Corporal)</caption> <thead> <tr> <th>Day</th> <th>Pc 50</th> <th>Pc 3</th> <th>Medición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>45</td><td>42</td><td>51</td></tr> <tr><td>2</td><td>48</td><td>45</td><td>54</td></tr> <tr><td>3</td><td>50</td><td>48</td><td>57</td></tr> <tr><td>4</td><td>52</td><td>50</td><td>60</td></tr> <tr><td>5</td><td>55</td><td>53</td><td>63</td></tr> <tr><td>6</td><td>60</td><td>58</td><td>68</td></tr> <tr><td>7</td><td>65</td><td>62</td><td>72</td></tr> <tr><td>8</td><td>68</td><td>65</td><td>75</td></tr> <tr><td>9</td><td>70</td><td>68</td><td>78</td></tr> <tr><td>10</td><td>72</td><td>70</td><td>80</td></tr> <tr><td>11</td><td>74</td><td>72</td><td>82</td></tr> <tr><td>12</td><td>76</td><td>74</td><td>84</td></tr> <tr><td>13</td><td>78</td><td>76</td><td>86</td></tr> <tr><td>14</td><td>80</td><td>78</td><td>88</td></tr> <tr><td>15</td><td>82</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td>16</td><td>84</td><td>82</td><td>92</td></tr> <tr><td>17</td><td>86</td><td>84</td><td>94</td></tr> <tr><td>18</td><td>88</td><td>86</td><td>96</td></tr> <tr><td>19</td><td>90</td><td>88</td><td>98</td></tr> <tr><td>20</td><td>92</td><td>90</td><td>100</td></tr> <tr><td>21</td><td>94</td><td>92</td><td>102</td></tr> <tr><td>22</td><td>96</td><td>94</td><td>104</td></tr> <tr><td>23</td><td>98</td><td>96</td><td>106</td></tr> <tr><td>24</td><td>100</td><td>98</td><td>108</td></tr> <tr><td>25</td><td>102</td><td>100</td><td>110</td></tr> <tr><td>26</td><td>104</td><td>102</td><td>112</td></tr> <tr><td>27</td><td>106</td><td>104</td><td>114</td></tr> <tr><td>28</td><td>108</td><td>106</td><td>116</td></tr> </tbody> </table>	Day	Pc 50	Pc 3	Medición	1	45	42	51	2	48	45	54	3	50	48	57	4	52	50	60	5	55	53	63	6	60	58	68	7	65	62	72	8	68	65	75	9	70	68	78	10	72	70	80	11	74	72	82	12	76	74	84	13	78	76	86	14	80	78	88	15	82	80	90	16	84	82	92	17	86	84	94	18	88	86	96	19	90	88	98	20	92	90	100	21	94	92	102	22	96	94	104	23	98	96	106	24	100	98	108	25	102	100	110	26	104	102	112	27	106	104	114	28	108	106	116
Day	Pc 50	Pc 3	Medición																																																																																																																			
1	45	42	51																																																																																																																			
2	48	45	54																																																																																																																			
3	50	48	57																																																																																																																			
4	52	50	60																																																																																																																			
5	55	53	63																																																																																																																			
6	60	58	68																																																																																																																			
7	65	62	72																																																																																																																			
8	68	65	75																																																																																																																			
9	70	68	78																																																																																																																			
10	72	70	80																																																																																																																			
11	74	72	82																																																																																																																			
12	76	74	84																																																																																																																			
13	78	76	86																																																																																																																			
14	80	78	88																																																																																																																			
15	82	80	90																																																																																																																			
16	84	82	92																																																																																																																			
17	86	84	94																																																																																																																			
18	88	86	96																																																																																																																			
19	90	88	98																																																																																																																			
20	92	90	100																																																																																																																			
21	94	92	102																																																																																																																			
22	96	94	104																																																																																																																			
23	98	96	106																																																																																																																			
24	100	98	108																																																																																																																			
25	102	100	110																																																																																																																			
26	104	102	112																																																																																																																			
27	106	104	114																																																																																																																			
28	108	106	116																																																																																																																			
	Perímetro cefálico	<table border="1"> <caption>Estimated Head Circumference Data (Perímetro cefálico)</caption> <thead> <tr> <th>Day</th> <th>Pc 50</th> <th>Pc 3</th> <th>Medición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>32</td><td>29</td><td>38</td></tr> <tr><td>2</td><td>34</td><td>31</td><td>39</td></tr> <tr><td>3</td><td>35</td><td>32</td><td>40</td></tr> <tr><td>4</td><td>36</td><td>33</td><td>41</td></tr> <tr><td>5</td><td>38</td><td>35</td><td>42</td></tr> <tr><td>6</td><td>40</td><td>37</td><td>43</td></tr> <tr><td>7</td><td>42</td><td>39</td><td>44</td></tr> <tr><td>8</td><td>43</td><td>40</td><td>45</td></tr> <tr><td>9</td><td>44</td><td>41</td><td>46</td></tr> <tr><td>10</td><td>45</td><td>42</td><td>47</td></tr> <tr><td>11</td><td>46</td><td>43</td><td>48</td></tr> <tr><td>12</td><td>47</td><td>44</td><td>49</td></tr> <tr><td>13</td><td>48</td><td>45</td><td>50</td></tr> <tr><td>14</td><td>49</td><td>46</td><td>51</td></tr> <tr><td>15</td><td>50</td><td>47</td><td>52</td></tr> <tr><td>16</td><td>51</td><td>48</td><td>53</td></tr> <tr><td>17</td><td>52</td><td>49</td><td>54</td></tr> <tr><td>18</td><td>53</td><td>50</td><td>55</td></tr> <tr><td>19</td><td>54</td><td>51</td><td>56</td></tr> <tr><td>20</td><td>55</td><td>52</td><td>57</td></tr> <tr><td>21</td><td>56</td><td>53</td><td>58</td></tr> <tr><td>22</td><td>57</td><td>54</td><td>59</td></tr> <tr><td>23</td><td>58</td><td>55</td><td>60</td></tr> <tr><td>24</td><td>59</td><td>56</td><td>61</td></tr> <tr><td>25</td><td>60</td><td>57</td><td>62</td></tr> <tr><td>26</td><td>61</td><td>58</td><td>63</td></tr> <tr><td>27</td><td>62</td><td>59</td><td>64</td></tr> <tr><td>28</td><td>63</td><td>60</td><td>65</td></tr> </tbody> </table>	Day	Pc 50	Pc 3	Medición	1	32	29	38	2	34	31	39	3	35	32	40	4	36	33	41	5	38	35	42	6	40	37	43	7	42	39	44	8	43	40	45	9	44	41	46	10	45	42	47	11	46	43	48	12	47	44	49	13	48	45	50	14	49	46	51	15	50	47	52	16	51	48	53	17	52	49	54	18	53	50	55	19	54	51	56	20	55	52	57	21	56	53	58	22	57	54	59	23	58	55	60	24	59	56	61	25	60	57	62	26	61	58	63	27	62	59	64	28	63	60	65
Day	Pc 50	Pc 3	Medición																																																																																																																			
1	32	29	38																																																																																																																			
2	34	31	39																																																																																																																			
3	35	32	40																																																																																																																			
4	36	33	41																																																																																																																			
5	38	35	42																																																																																																																			
6	40	37	43																																																																																																																			
7	42	39	44																																																																																																																			
8	43	40	45																																																																																																																			
9	44	41	46																																																																																																																			
10	45	42	47																																																																																																																			
11	46	43	48																																																																																																																			
12	47	44	49																																																																																																																			
13	48	45	50																																																																																																																			
14	49	46	51																																																																																																																			
15	50	47	52																																																																																																																			
16	51	48	53																																																																																																																			
17	52	49	54																																																																																																																			
18	53	50	55																																																																																																																			
19	54	51	56																																																																																																																			
20	55	52	57																																																																																																																			
21	56	53	58																																																																																																																			
22	57	54	59																																																																																																																			
23	58	55	60																																																																																																																			
24	59	56	61																																																																																																																			
25	60	57	62																																																																																																																			
26	61	58	63																																																																																																																			
27	62	59	64																																																																																																																			
28	63	60	65																																																																																																																			

~Análisis de datos~



Fuente: Elaboración propia

~Análisis de datos~

Para la evaluación de las curvas de crecimiento de los cinco niños se prosiguió a la corrección de la edad en el peso y la longitud corporal hasta los dos años, y en el caso del perímetro cefálico se utilizó la edad corregida hasta el año (Abeyá Gilardon, y otros, 2015).

Tabla 6: Evaluación del peso según muestra.

	Nacimiento	1 m	3 m	6 m	12 m	18 m	24 m
Caso 1	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Caso 2	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Caso 3	Normal	Anormal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Caso 4	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Caso 5	Normal	Anormal	Anormal	Anormal	Normal	Normal	Normal

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7: Evaluación de la longitud corporal según muestra.

	Nacimiento	1 m	3 m	6 m	12 m	18 m	24 m
Caso 1	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Caso 2	Normal	Normal	Normal	Normal	s/d	s/d	Normal
Caso 3	Anormal	Anormal	Anormal	Normal	Normal	Normal	Normal
Caso 4	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Caso 5	Anormal	Anormal	Anormal	Anormal	Anormal	Anormal	Anormal

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8: Evaluación del perímetro cefálico según muestra.

	Nacimiento	1 m	3 m	6 m	12 m	18 m	24 m
Caso 1	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Caso 2	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Caso 3	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Caso 4	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Caso 5	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 10: **Experiencia vivida en la UCIN según muestra.**

1: *Nacieron en el Hospital Materno Infantil. Pasamos momentos de mucho nerviosismo. Queríamos estar con nuestros hijos, volver a nuestra casa y que los conozcan sus hermanos.*

2: *Una mezcla de emociones. Uno se encuentra sensible por la llegada de su hijo y el no poder tenerlo y cuidarlo hace que uno se sienta mal, culpable y demás. Nació en el hospital Materno Infantil. Luego cuando nos lo pudimos llevar a casa estábamos felices.*

3: *Nació en el hospital Materno Infantil. Pasamos 1 día sin poder verlo desde que nació. Yo tenía presión alta. La primera semana de internación me pasaba todo el día en el hospital. A partir de la segunda semana me pude quedar en el refugio. Mi casa quedaba muy lejos del hospital por lo tanto el quedarme en el refugio me daba la posibilidad de quedarme más horas con mi hijo.*

4: *Nacieron en el Hospital Materno Infantil. Pasamos momentos de mucho nerviosismo. Queríamos estar con nuestros hijos, volver a nuestra casa y que los conozcan sus hermanos.*

5: *Nació en la Clínica del Niño. En ese momento teníamos obra social. Recuerdo un momento de mucha tensión, cuando me dijeron que me tenía que internar para comenzar con una cesárea debido a que el bebe corría riesgo por estar teniendo presión arterial alta.*

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

Según lo relatado por las madres en su mayoría coincidieron en que se vivieron momento de nervios y estrés propios de la llegada anticipada de sus hijos. Cuatro de los cinco casos nacieron el Hospital Materno Infantil. Una de las madres relato su estadía en el refugio para madres que posee el Hospital. Y todas las madres manifestaron las ganas de volver al hogar con sus hijos. Coincidiendo con lo expuesto con Rodríguez (2007) para las madres de los bebés prematuros hospitalizados, la angustia es propia debido a la hospitalización y por no poder llevar a su hijo al hogar con la familia.

Cuadro 11: Cuestiones que les hubiera gustado cambiar a las madres durante la estadía con su hijo en la UCIN.

- 1: *“Me hubiera gustado que el padre hubiera tenido más participación en el parto y luego en el cuidado en neo.”*
- 2: *“Me hubiera gustado ver a mi hija más horas, poder ayudar y colaborar más en el lugar.”*
- 3: *“Recuerdo que cada 3 horas podía entrar. Le podía cambiar el pañal, le daba la leche. No cambiaría nada, lo único que me hubiera gustado es que tanto el hermanito como la abuela lo hubieran podido visitar en la UCIN”*
- 4: *“Me hubiera gustado que el padre hubiera tenido más participación en el parto y luego en el cuidado en neo.”*
- 5: *“No me gusto el manejo del hospital, las restricciones en el horario de visita, el hospital se encontraba saturado y tampoco había médicos como para contener en ese momento.”*

Fuente: elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

Por lo expuesto en el cuadro 11 se puede extraer que las cuestiones que generaron ganas de cambiar durante la estadía de su hijo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales correspondieron a las restricciones en las visitas, siendo las mismas en primer lugar para madre y padre pero no siendo permitido el acceso a otros miembros de la familia. También la participación en el cuidado fue considerada escasa por parte de una de las madres, quien relato que le hubiera gustado intervenir más en el cuidado de su recién nacido.

Se encontró una diferencia en el manejo de los hospitales de la muestra comparado con las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) las cuales proponen una mayor inclusión de la familia en el nacimiento de sus hijos, el ingreso irrestricto de los padres a neonatología, el contacto piel a piel con ambos padres y la promoción de la lactancia materna.

Cuadro 12: **Dificultades una vez que llego el recién nacido al hogar.**

1: *“No teníamos miedo. Ellos tienen 3 hermanitos antes por eso ya sabíamos cómo cuidarlos. Solo que los veíamos más frágiles, con más cuidados ya que eran chiquititos a comparación de los hermanos.”*

2: *“Tenía inseguridad de estar haciendo lo correcto. Era madre primeriza y había muchas cosas que no sabía o que dudaba de cómo hacerlas.”*

3: *“Tenía miedo a que no se esté alimentando bien, miedo a que se ahogue.”*

4: *“No teníamos miedo. Ellos tienen 3 hermanitos antes por eso ya sabíamos cómo cuidarlos. Solo que los veíamos más frágiles, con más cuidados ya que eran chiquititos a comparación de los hermanos.”*

5: *“No se alimentaba correctamente. No subía de peso y notaba que no descansaba. Por lo tanto estábamos todos muy pendientes de él. De cuidarlo a todas horas.”*

Fuente: elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

Con respecto a las dificultades relatadas por las madres se encontró principalmente el miedo a estar alimentándolos correctamente. Una de las madres notaba que su hijo no subía de peso y no descansaba, nació en la semana 35 de gestación y fue llevado al hogar sin internación, por lo tanto los miedos de estar haciendo lo correcto aumentaron en su familia.

La madre de los mellizos relato que como ya tenía tres hijos antes de los mellizos, ya sabía cómo cuidarlos solamente veía como diferencia que los veía más chiquitos.

Otra de las madres al ser primeriza relato que tenía miedos e inseguridades propias de que no sabía si estaba haciendo lo correcto.

Cuadro 13: **Miedo e inseguridades en el hogar según muestra.**

<p>1: <i>“No tuvimos”</i></p> <p>2: <i>“Tenía miedo de estar alimentándolo poco, no saber distinguir porque lloraba y la dificultad que tenía mi hija en la deglución dificultaba ya que hasta que se dieron cuenta que tenía reflujo gastroesofágico pasaron 2 meses.”</i></p> <p>3: <i>“No. El único miedo que tuve fue durante todo el embarazo y todo relacionado al control de mi presión arterial, que se manifestó en mi primer embarazo.”</i></p> <p>4: <i>“No tuvimos.”</i></p> <p>5: <i>“No se alimentaba bien y eso me daba miedo.”</i></p>
--

Fuente: elaboración propia en base a los datos aportados por las madres.

Los miedos e inseguridades relatados por las madres fueron principalmente el estar alimentándolo correctamente, una de ellas haciendo hincapié en la dificultad debido al reflujo gastroesofágico.

Una de las mamás comentó como único miedo general en el embarazo el relacionado a la presión arterial alta que se había manifestado en un embarazo previo.



CONCLUSIONES

Conclusiones

En el presente trabajo de investigación se analizó cómo ha sido el crecimiento y la alimentación de niños nacidos prematuramente que son menores a 5 años en la actualidad y asisten a CAPS de la ciudad de Mar del Plata en el año 2018, y cuál es la percepción de las madres en cuanto al cuidado de sus hijos.

El sexo de los niños analizados fue de 4 masculinos y 1 femenino, con edades de entre 2 y 5 años. Todos los niños fueron nacidos prematuramente entre la semana 34 y 36 de gestación, tratándose de esta manera de prematuros tardíos en los cinco casos (Abeyá Gilardon, y otros, 2015). Con respecto a los antecedentes de parto prematuro en la familia solo 2 de los 5 casos afirmo tener un caso similar en su linaje.

En cuanto al peso de nacimiento, solo uno de los niños tuvo normopeso, los otros cuatro niños fueron recién nacidos de bajo peso, aunque teniendo en cuenta su edad corregida presentaron los cinco casos un peso adecuado para la edad gestacional (Lorenzo, y otros, 2007).

En lo que respecta al diagnóstico antropométrico obtenido de las mediciones presentes en las libretas sanitarias de los niños se encontró que ninguno de los niños estuvo por debajo del percentilo 3 en el parámetro de perímetro cefálico, por lo tanto todos se encontraron por encima del percentilo mínimo significando normalidad en la medición. Por otra parte, en la variable de longitud corporal uno de los cinco casos presentó en el momento de nacimiento una medición por debajo del percentilo 3 que alcanzados los seis meses pudo reencauzar el valor dentro de los parámetros de normalidad. Sin embargo, otro de los casos presentó una longitud corporal desde el nacimiento hasta los dos años de valores por debajo del percentilo 3, teniendo un diagnóstico de longitud corporal baja para la edad, teniendo en cuenta la corrección de la edad hasta los dos años. Por último con respecto al peso, se encontró bajo peso para la edad en el caso que presento también longitud corporal baja y se debe según lo relatado por la madre que el niño no había sido diagnosticado aun con la patología de hipersensibilidad y reflujo gastroesofágico lo que provocó un déficit alimentario en ese momento. Los valores de referencia fueron evaluados en base a las tablas de crecimiento de Lejarraga y Faustiñana (1986) con la edad corregida hasta el año en el parámetro de perímetro cefálico y hasta los dos años en la variable de peso y longitud corporal.

En lo que concierne a la alimentación del niño se plantearon tres etapas. En primer lugar, el periodo de lactancia en donde se obtuvo que la alimentación en la UCIN se trató de tipo mixta en dos de los casos (leche materna + fórmula artificial para prematuros) y materna exclusiva en los tres casos restantes. Mientras que una vez llegado al hogar, solo un niño continuo con leche materna exclusiva, otro de los niños con fórmula para prematuros exclusiva

~Conclusiones~

y los otros tres casos restantes se alimentaron de manera mixta combinando fórmula artificial y leche materna. Ninguno de los cinco casos fue alimentado con leche de vaca.

En segundo lugar, el comienzo de la alimentación complementaria fue anticipado a los seis meses en cuatro de los cinco casos. Según lo aconsejado por las Guías Alimentarias para la Población Infantil en el año 2009, se recomienda y se hace hincapié en la importancia de respetar el inicio de la alimentación complementaria a partir de los seis meses. Por lo tanto, en el presente estudio se puede observar que no fue respetado el momento de inicio de la misma. Los alimentos más consumidos en la etapa de ablactación hasta el año fueron los guisos de verdura y carne y las papillas de verduras o compotas de frutas.

En tercer lugar, la incorporación del niño a la dieta familiar no trajo mayores dificultades en los cinco casos se prosiguió de manera similar con el procesamiento de los alimentos o la adaptación de los mismos para que puedan ser consumidos correctamente por el infante. Si bien tres de los cinco niños presentaron rechazo a determinados alimentos las madres encaminaron sus esfuerzos de diferentes maneras para contrarrestarlos.

Con respecto a la alimentación actual del niño las madres consideraron un apetito normal y en su mayoría evaluaron que sus hijos llevaban una alimentación de tipo variada. Los cinco niños realizan las cuatro comidas principales y colaciones. Tanto en desayuno como en merienda se consumen productos lácteos, y al menos una vez al día un alimento proteico de origen animal. Por otra parte, con respecto al consumo de frutas y verduras podría ser aumentado aunque en todos los casos se observó al menos una vez al día una porción de los mismos.

Ahora bien, en cuanto a la caracterización de aspectos sociodemográficos de la madre encontramos que la edad de las mismas fue de entre 29 y 43 años. Se pudo observar que tres de las cuatro mamás eran mayores a 40 años. Si bien el tamaño de la presente muestra no es significativo coincide con el estudio llevado a cabo en el año 2000 por Bolzán, Guimarey, & Norry. El 60% de la muestra se trató de familias de tipo nuclear, mientras que el 40% restante de familias de tipo extensa. Con respecto al nivel de escolaridad, una de las madres finalizó el primario, una tuvo el secundario incompleto y dos tienen universitario completo.

En adición de la información obtenida en la encuesta sobre las emociones y sentimientos que recuerda desde el nacimiento y por la condición de prematuros, las madres coincidieron en los miedos y nervios durante la estadía de sus hijos en la UCIN, así como también las ganas de que ellos ya estuvieran en el hogar con la familia. Coincidiendo con lo expuesto por Druon 1996, el nacimiento de los hijos de manera prematura genera un estrés psicoemocional en los progenitores. Ninguna de las madres manifestó complicaciones con respecto al cuidado del niño en el hogar, más bien el miedo de que el niño se esté alimentando correctamente.

En conclusión y según con la información obtenida de las encuestas, es de gran importancia el cuidado y seguimiento de los recién nacidos prematuros, teniendo en cuenta

~Conclusiones~

que año tras año aumenta el número de los mismos. Los riesgos propios de la prematurez se ven disminuidos a través del correcto seguimiento en los controles médicos. El diagnóstico tardío se pudo observar que en uno de los cinco casos generó un impacto negativo en el crecimiento del niño.

Si bien se trata actualmente de niños que se encuentran entre los dos y cinco años vale la pena aclarar que se debe continuar el seguimiento por las posibles problemáticas que pueden aparecer a largo plazo como son problemas de conducta, enfermedades pulmonares crónicas, dificultades en el aprendizaje, crecimiento incompleto y necesidades de cuidados médicos especiales.

En lo que respecta a la alimentación y crecimiento es importante el correcto asesoramiento de las familias desde el momento del nacimiento del niño prematuro teniendo en cuenta la triada familia-niño-profesional de la salud, en la búsqueda constante y continua de mejorar y preservar la correcta nutrición y crecimiento de ese niño.



BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- Abeyá Gilardon, E., Avila, A., Benitez, A., Carrascal, M., Desantadina, M., Dinerstain, A., . . . Valverde, R. (Octubre de 2015). *Nutrición del niño prematuro: recomendaciones para las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal*. Obtenido de http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000709cnt-2015-10_nutricion-del-ninio-prematuro.pdf
- Abeya Gilardon, E., Calvo, E., Durán, P., Longo, E., & Mazza, C. (2009). *Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría*. Buenos aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Aguirre, P. (2000). *Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza*. En: *La Obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública*. Washington DC: Publicación Científica.
- Arce, A., Iriondo, M., Krauel, J., Jimenez, R., Campistol, J., Poo, P., & Ibañez, M. (2003). Seguimiento neurológico de recién nacidos menores de 1.500 gramos a los dos años de edad. *Anales de pediatría*, 59(5).
- Baeza Herrera, C., Villalobos Castillejos, A., Velasco Soria, L., Cortés García, R., & García Cabello, L. (2012). Reflujo gastroesofágico en prematuros y recién nacidos. *Acta Pediatr Mex*, 33(4), 182-190.
- Berrios, R. (2000). La modalidad de la historia de vida en la metodología cualitativa. *Paidea Puertorriqueña*, 2(1), 1-17.
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M., Chou, D., Moller, A.-B., Narwal, R., . . . Lawn, J. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *The Lancet*, 379(9832), 2162-2172.
- Bolzán, A., Guimarey, L., & Norry, M. (2000). Factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino y prematuridad en dos municipios de la provincia de Buenos Aires (Argentina). *Revista chilena de pediatría*, 71(3), 255-262.
- Calderon Guillen, J., Vega Malagon, G., Velasquez Tlapanco, J., Morales Carrera, R., & Vega Malagon, A. J. (2005). Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Revista Médica del IMSS*, 43(4), 339-342.
- Cardonet, L. (2010). Obtenido de Humanium.org: <http://www.humanium.org/es/mortalidad-infantil/>
- Carolina Population Center. (2000). *PIN — Pregnancy, Infection, and Nutrition Study*. Obtenido de <http://www.cpc.unc.edu/projects/pin>
- Castiblanco Lopez, N., & Muñoz de Rodriguez, L. (2011). Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. *Avances en enfermería*, 29(1), 120-129.

- Chacón Villalobos, A. (2011). Percepción de alimentos en el primer lustro de vida: aspectos innatos, causalidad y modificaciones derivadas de la experiencia alimentaria. *Actualidades Investigativas en Educación*, 11(3), 1-35.
- Chárriez Cordero, M. (2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, 5(1).
- Cichero, J. A. (2016). Introducing solid foods using baby-led weaning vs. spoon-feeding: A focus on oral development, nutrient intake and quality of research to bring balance to the debate. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 41, 72-77.
- Committee on Nutrition. Pediatric Nutrition; (2009). Illinois, USA: American Academy of Pediatrics.
- Corpeleijn, W. E., Vermeulen, M. J., Van Den Akker, C. H., & Van Goudoever, J. B. (2011). Feeding very low birth weight infants: our aspirations versus the reality in practice. *Ann Nutr Metab*, 58, 20-29.
- Darnton-Hill, I. (2013). *Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo*. Recuperado el 21 de Abril de 2016, de http://www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/
- Dinerstein, A., Nieto, R. M., Solana, C. L., Perez, G. P., Otheguy, L. E., & Largaia, A. M. (2006). Early and aggressive nutritional strategy (parenteral and enteral). *Journal of Perinatology*, 26(7), 436-442.
- Druon, C. (1996). *Premature Birth: The Baby, the Doctor and the Psychoanalyst*. Paris: Aubier.
- Escribà-Agüir, V., Clement, I., & Saurel-Cubizolles, M. (2001). Socio-economic factors associated with preterm delivery. Results of the European project in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 15(1), 6-13.
- Falciglia, G. A., Couch, S. C., Gribble, L. S., Pabst, S. M., & Frank, R. A. (2000). Food neophobia in childhood affects dietary variety. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(12), 1474-1481.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (Junio de 2015). *Nacer con iguales oportunidades: controles prenatales y en un lugar adecuado*. Obtenido de http://www.unicef.org/argentina/spanish/media_26080.htm
- FunLarguía. (s.f.). *FunLarguía - A. Miguel Largaía*. Obtenido de <http://www.funlargaia.org.ar/Home>
- Fustiñana, C. (2009). Crecimiento físico posnatal en prematuros de muy bajo peso al nacer y evaluación nutricional. En Ceriani Cernadas, *Neonatología Práctica* (4° ed., págs. 309-324). Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Gil Almira, A. (2008). Embarazo: diagnóstico, edad gestacional y fecha del parto. *MEDISAN*, 12(4). Recuperado el Abril de 2017, de http://http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_4_08/san17408.pdf

~ Bibliografía ~ Anexos ~

- Gonzalez-Serrano, F., Castro, C., Lasa, A., Hernanz, M., Tapia, X., & Torres, M. (2012). Las representaciones de apego y el estrés en las madres de niños nacidos pretérmino de muy bajo peso a los 2 años. *Anales de Pediatría*, 76(6), 329-335.
- Guevel, C. G., Fernández, M. d., Peyton, M. S., García, G., Hernández, H., Loíacono, K. V., & Martínez, M. L. (2015). *Estadísticas vitales. Información básica*. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires.
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (Cuarta ed.). Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Howson, C. P., Kinney, M. V., & Lawn, J. E. (2012). *Born Too Soon: The Global action report on preterm Birth*. March of Dimes, PMNCH, Save the children, WHO. Geneva: World Health Organization.
- Instituto Australiano de Salud y Bienestar. (2016). *Las madres y los bebés de Australia 2014 - en resumen. Estadísticas perinatales*. Canberra.
- Jimenez Martin, A., Servera Ginard, C., Roca Jaume, A., Frontera, J., & Perez Rodriguez, J. (2008). Seguimiento de recién nacidos de peso menor o igual a 1000 gr durante los primeros tres años de vida. *Anales de Pediatría*, 68(4), 320-328.
- Leis Trabazo, R. (2017). ¿Es el baby-led weaning un patrón recomendable? *Evidencias en Pediatría*, 13(27), 1-3.
- Lestingi, M. E. (2004). Pautas de alimentación en el niño preescolar, escolar y adolescente. En J. Lorenzo, M. E. Guidoni, M. Diaz, M. S. Marenzi, J. Jorge, M. B. Isely, . . . L. Neira, *Nutrición Pediátrica* (Primera ed., págs. 144-145). Rosario, Argentina: Corpus Libros.
- Lorenzo, J., Guidoni, M. E., Diaz, M., Marenzi, M. S., Lestingi, M. E., Lasivita, J., . . . Bondarczuk, B. (2007). *Nutrición del niño sano*. Rosario: Corpus Editorial y Distribuidora.
- Losa, E. M., Gonzalez, e., & Gonzalez, G. (2006). Risk factors for preterm birth. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 49(2), 57-65.
- Losa, E. M., González, E., & González, G. (2006). Risk factors for preterm birth. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 49(2), 57-65.
- Macías, S. M., Rodríguez, S., & Ronayne de Ferrer, P. (2006). Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104(5).
- Martínez García, L. (9 de Noviembre de 2010). *Curso de introducción a la metodología de la investigación (I) Tipos de diseños de investigación*. Obtenido de http://www.cochrane.es/files/Recursos/presentacio_LMartinez.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2015). *Dirección de Estadísticas e Información en Salud - Estadísticas Vitales*. Buenos Aires.

~ Bibliografía ~ Anexos ~

- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2009). *Guías Alimentarias para la Población Infantil: orientaciones para padres y cuidadores*. Obtenido de Sociedad Argentina de Pediatría: http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/PDF_Padres_baja.pdf
- Oddy, W., Mori, T., Huang, R., Marsh, J. A., Pennell, C. E., Chivers, P. T., . . . Beilin, L. J. (2014). La alimentación infantil temprana y el riesgo de adiposidad: desde la infancia hasta la edad adulta. *Ann Nutr Metab*, 64(3-4), 262-270.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2015). Obtenido de Nacimientos prematuros: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- Pérez García , I., Alberola, S., & Cano, A. (2010). Rechazo del alimento en el niño pequeño. *Anales de Pediatría Continuada*, 8(1), 0-6.
- Perkin Elmer, I. (2009). *Nacimiento prematuro– retos y oportunidades de la predicción y la prevención*. Recuperado el Mayo de 2016, de http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheets_Position_Papers/Prevention_Perkin_Elmar/1244-9856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf
- Pezzotti Rentería, M., & Torres Rodríguez, A. (2015). Enfermedad pulmonar crónica del recién nacido. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 20(3), 312-320.
- Rasmussen, K., & Yaktine, A. (2009). *Weight Gain during Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington: National Academies Press.
- Real Academia Española. (Octubre de 2014). *Diccionario de la lengua española - Edición del tricentenario*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=MIXKq2y>
- Red de Familias Prematuras. (2014). Obtenido de <http://www.familiasprematargas.com.ar/porque-crear-la-red/>
- Rellan Rodríguez, S., Garcia de Ribera, C., & Paz , M. (2008). *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*. Obtenido de El recién nacido prematuro.
- Robbins, S., & Meyers, R. (2011). *Infant feeding: guidelines for preparatio of human milk and formula in health care facilities* (2a edición ed.). American Dietetic Association.
- Rodríguez-Tadeo, A., Patiño Villena, B., Urquidez Romero, R., Vidaña Gaytán, M., Periago Caston, M., Ros Berruezo, G., & González Martínez Lacuesta, E. (2015). Neofobia alimentaria: impacto sobre los hábitos alimentarios y aceptación de alimentos saludables en usuarios de comedores escolares. *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 260-268.
- Rojas, C., Ysla, M., Riega, V., Ramos, O., Moreno, C., & Bernui, I. (2004). Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y características de la alimentación de los niños de 12 a 35 meses de edad en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(3).

~ Bibliografía ~ Anexos ~

- Saenz Lozada, M., & Camacho Lindo, Á. (2007). Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. *Rev. salud pública*, 9(4), 587-594.
- Schanler, R. J., Hurst, N. M., & Lau, C. (1999). The use of human milk and breastfeeding in premature infants. *Clin Perinatol*.
- Setton, D., & Fernández, A. (2014). *Nutricion en Pediatria: bases para la practica clinica en niños sanos y enfermos*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Shandor Miles, M., & Holditch-Davis, D. (1997). Crianza del niño prematuro: Caminos de influencia. *Seminarios en perinatología*, 21(3), 256-266.
- Stallberg, C., & Pliner, P. (1999). The effect of flavor principles on willingness to taste novel foods. *NCBI*, 33(2), 209-221.
- Verburg, P., Tucker, G., Scheil, W., Erwich, J., Dekker, G., & Trelford Roberts, C. (2016). Sexual Dimorphism in Adverse Pregnancy Outcomes - A Retrospective Australian Population Study 1981-2011. *PLoS ONE*, 11(7), 1-17. Obtenido de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0158807>
- World Health Organization. (Noviembre de 2016). *Nacimientos prematuros*. Recuperado el Junio de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- World Hearth Organization. (Abril de 2016). *Factores de riesgo*. Obtenido de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

La alimentación y el crecimiento de niños nacidos prematuramente en la actualidad

MARÍA CONSTANZA GONZÁLEZ

Objetivo

Analizar el crecimiento y la alimentación de niños nacidos prematuros que son menores a 5 años en la actualidad y asisten a un CAPS de la ciudad de Mar del Plata en el año 2018, e indagar la percepción de las madres en cuanto al cuidado de sus hijos.

Método

Se trata de un Estudio de Caso, de carácter descriptivo no experimental, de corte transversal. Se contó con la participación voluntaria de cuatro madres de niños nacidos prematuros que actualmente son menores a 5 años y asisten a un CAPS.

Alimentos más consumidos hasta el año



Fuente: elaboración propia.

Resultados

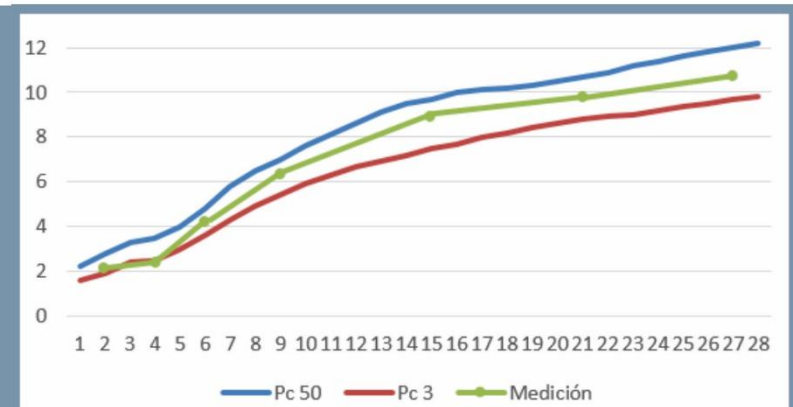
Se observó el crecimiento de los cinco niños encontrando en uno de los casos un RCIU manifestado con baja longitud corporal para la edad corregida. En cuanto a la alimentación, durante la lactancia solo 1 consumió leche materna, otro recibió fórmula artificial y los otros 3 se alimentaron de manera mixta. La primera papilla se consumió previo a los 6 meses en 4 de los 5 casos. En la alimentación actual de los niños se consideró un apetito normal y una alimentación de tipo variada. Las emociones y sentimientos que recuerdan las madres desde el nacimiento y por la condición de prematuros coincidieron en los miedos y nervios durante la estadía de sus hijos en la UCIN.

Colación de media mañana según recordatorio 24hs

Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Galletitas dulces	Manzana	Banana	Galletitas dulces	Queso y jamón

Fuente: elaboración propia.

Curva de peso de un caso desde nacimiento hasta los 2 años.



Fuente: elaboración propia.

Conclusión

Es de gran importancia el cuidado y seguimiento de los recién nacidos prematuros. Los riesgos de la prematuridad se ven disminuidos a través del correcto control médico. Es importante el correcto asesoramiento de las familias desde el momento del nacimiento del niño prematuro teniendo en cuenta la triada familia-niño-profesional de la salud, en la búsqueda continua de mejorar y preservar la correcta nutrición y crecimiento de ese niño.