
Peso, talla y perímetro cefálico normal en recién nacidos de Cárdenas, Tabasco, México

Señor editor: Existen métodos de evaluación del desarrollo basados en características anatómicas externas de los recién nacidos humanos como la valoración de Usher;¹ neuromotoras y físicas como la de Dubowitz,² Capurro³ y Ballard,⁴ incluyéndose también examen de la vascularidad en la cámara anterior,⁵ y estudios de conducción nerviosa.⁶ En cuanto a la antropometría Falkner⁷ fue quien imprimió impulso a este tipo de estimación. Los indicadores más usados son: peso, talla, perímetro craneano, y espesor del pániculo adiposo. Miller⁸ aconsejó relacionar algunas de estas variables entre sí; la más valiosa es la relación pondo-estatural. La antropometría por ser un método sencillo y reproducible ha sido empleada por múltiples investigadores, existiendo trabajos clásicos como el de Lubchenco y cols.,⁹ el reporte de Gruenwald,¹⁰ y las series de California.^{11,12} Por las diferencias étnicas, climáticas y socioculturales que presentan los grupos humanos, se considera mejor elaborar curvas de medidas antropométricas para cada región.^{13,14} En México se cuenta con las tablas de Jurado-García¹⁵ en el Distrito Federal, y las obtenidas en Villahermosa, Tabasco;¹⁶ Monterrey, Nuevo León;¹⁷ Veracruz¹⁸ y Oaxaca. Dada

su relevancia, la toma de la antropometría neonatal es un procedimiento de rutina, que en nuestro país se define en la Norma Oficial Mexicana "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido".²⁰ Por ello, hemos realizado un estudio observacional, ambispectivo, transversal y descriptivo, para obtener las medidas antropométricas básicas de recién nacidos sanos, de embarazos de 36 a 42 semanas, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Cárdenas, Tabasco, México y compararlas con referencias nacionales.

Incluimos 3 700 recién nacidos vivos sanos, 1 844 (49.8%) femeninos y 1 856 (50.2%) masculinos. La toma de antropometría se llevó a cabo por los distintos integrantes del equipo de salud. Obtuvimos la media y desviación estándar para el peso, talla y perímetro cefálico estratificados por edad gestacional.

Las medias encontradas por semana de edad gestacional para peso, talla y perímetro cefálico respectivamente fueron; 36sem (2730gr +/-528, 48.2cm +/-3.1, 33.2cm +/-3.1); 37sem (2998gr +/-488, 49.4cm +/-2.7, 33.6cm +/-2.7); 38sem (3151gr +/-448, 50cm +/-2.6, 33.6cm +/-2.6); 39sem (3349gr +/-402, 51cm +/-2.7, 33.8cm +/-2.7); 40sem (3324gr +/-422, 51cm +/-2.7, 34.2cm +/-2.7); 41sem (3757gr +/-479, 52.9cm +/-2.6, 34.9cm +/-2.6); 42sem (3562gr +/-498, 52.5cm +/-2.2, 34.7cm +/-2.2).

Las medias de peso fueron significativamente mayores ($p < 0.05$) que las de los autores consultados¹⁶⁻¹⁹ para las semanas de amenorrea 39 y 41, mientras que las de talla lo fueron en las semanas 39 a la 42, no hubo diferencias significativas en las medias de perímetro cefálico.

Los recién nacidos de este hospital no mostraron medias similares a las de tablas de referencia oficiales incluidas en la Norma Oficial Mexicana (Lubchenco y Jurado).²¹ En general las medias de peso y talla fueron mayores a las de las tablas de referencia oficiales, algo esperado por nosotros al conocer otros reportes nacionales similares al nuestro.¹⁶⁻¹⁹ La explicación pudiera ser la influencia de factores genéticos y ambientales.

Podemos asumir, y sería motivo de otro estudio, que la elevada prevalencia de obesidad y sobrepeso en la región es un factor que se asocia a recién nacidos de peso mayor a la media nacional. Pese a la necesidad de una referencia internacional única que sirva como punto de corte para la atención médica, es relevante la utilización de tablas antropométricas regionales, ya que al no utilizar tablas locales clasificaremos mal a los recién nacidos y en consecuencia puede afectarse la prestación de la atención médica de acuerdo al grupo de riesgo en que se les incluya o excluya. El hecho de que los perímetros cefálicos no sean estadísticamente diferentes a las tablas de referencia nos puede indicar que los recién nacidos de nuestro grupo de estudio son genéticamente similares a los del resto del país, pero con factores que condicionan que tengan mayor peso.

Posada-Arévalo Sergio Eduardo,
Médico Cirujano, Especialista en Cirugía General,
Master en Salud Pública.
Hospital General de Zona Núm. 2;
Instituto Mexicano del Seguro Social.
seposada@prodigy.net.mx

Zavala-González Marco Antonio,
Médico Cirujano.
División Académica de Ciencias de la Salud;
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
zgma_51083@yahoo.com.mx

Camacho-Gutiérrez Pedro,
Médico Cirujano.
Facultad de Medicina;
Universidad Autónoma de Tlaxcala.

García-Osorio Ana Jessica,
Médico Cirujano.
División Académica de Ciencias de la Salud;
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Referencias

1. Usher RH. Judgement of fetal age. II. Clinical significance of gestational age and objective method for its assessment. *Pediatr Clin North Am* 1966;13:834
2. Dubowitz L, Dubowitz V, Golberg C. Clinical assesment of gestational age in the newborn infant. *J Ped* 1970;77:1
3. Capurro H, Konichezky S, Fonseca D. A simplified method for diagnosis of gestational age in the born infant. *J Ped* 1978;93:120

4. Ballard JL, Novak KK, Driver M. A simplified score for assesment of fetal maturation of newly born infants. *J Pediatr* 1979;95:769.
5. Hittner HM, Hirsch NJ, Rudolph AJ. Use of gestational age by examination of the anterior vascular capsule of the lens. *J Pediatr* 1979;91:455.
6. Miller G, Heckmatt JZ, Dubowitz MZ. Use of nerve conduction velocity to determine gestational age in infants at risk and in very low birth weight infants. *J Pediatr* 1983; 103:109.
7. Falkner F. The creation of growth standards: A committee report. *Am J Clin Nutr* 1972;25:218.
8. Miller HC. Fetal growth and neonatal mortality. *Pediatrics* 1972;49:302.
9. Lubchenco LO, Hansman C, Dresser M. Intrauterine growth as estimated from live born weight data at 24-42 weeks of gestation. *Pediatrics* 1963; 32:793.
10. Gruenwald P. Growth of the human fetus. I. Normal growth and its variation. *Am J Obstet Gynecol* 1966;94:112.
11. Cunnigham GC, Hawes WE, Madore C. Intrauterine growth and neonatal risk in California. State of California: Infant Health Section, Maternal and Child Health, 1976.
12. Williams RL, Creasy RK, Cunningham GC. Fetal growth and perinatal viability in California. *Obstet Gynecol* 1982;59:624.
13. Diaz-del Castillo E. Diagnóstico del neonato hipotrófico. *Ginecol Obstet Mex* 1979;45:257.
14. Martell M, et al. Clasificación de los recién nacidos: Crecimiento intrauterino. Crecimiento y desarrollo en los dos primeros años de vida posnatal. 4ª Ed. Ginebra: OPS/OMS. 2004; 20-24.
15. Jurado-García E. Crecimiento intrauterino. *Bol Méd Hosp Inf Méx* 1970;29:163.
16. Jiménez-Balderas EA, Osorio-Pérez RS, Huerta-Muñoz V. Somatometría en el recién nacido a término en Villahermosa, Tabasco, México. Estudio en una población de clase media. *Bol Med Hosp Infant Méx* 1991;48:152.
17. Lara-Díaz V, Dávila-Huerta M, Gonzalez-Huajardo M. Curvas de crecimiento intrauterino en un hospital privado en Monterrey, Nuevo León. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1995;52:92.
18. Vásquez-Hernández A. Somatometría de referencia para la evaluación de crecimiento intrauterino en nacimientos ocurridos en el Centro Médico Nacional Veracruz del IMSS. I. Veracruz: Centro Médico Nacional de Veracruz. 1991;48:312(r).
19. Vásquez-Hernández A, Gopar-García F. Somatometría neonatal de referencia para la población del estado de Oaxaca. *Archivos de Investigación Pediátrica de México* 2000;(2)8.
20. Secretaría de Salud, México. NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Apéndice normativo D. México: Secretaría de Salud, 1993.