

Comparación de niños con cardiopatías congénitas cianóticas y acianóticas del HNP respecto a los índices P/E, T/E con el porcentaje de adecuación a la dieta

Gómez Sánchez, Itzia Atziri

2014

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/1303>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto
Presidencial del 3 de Abril de 1981

COMPARACIÓN DE NIÑOS CON GÉNTOS BATAÍAS CIANÓTICAS Y ACIANÓTICAS DEL HNP RESPECTO Y P/ONCE EL PORCENTAJE DE ADECUACIÓN A L

DIRECTOR DEL TRABAJO

Mtra. Claudia Rodríguez Hernández

ELABORACIÓN DE TESIS DE GRADO

que para obtener el Grado de

MAESTRÍA EN NUTRICIÓN CLÍNICA

Presenta

ITZIA ATZIRI GÓMEZ SANCHEZ

Índice

RESUMEN	4
CAPÍTULO 1 PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.2 OBJETIVO	7
1.2.1 <i>Objetivo general</i>	7
1.2.2 <i>Objetivo específico</i>	7
1.3 JUSTIFICACIÓN	7
1.4 CONTEXTO.....	7
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	9
2.1 CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS	9
2.1.1 <i>Clasificación de las cardiopatías congénitas</i>	9
2.2 DESNUTRICIÓN EN NIÑOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA.....	11
2.2.1 <i>Ingesta inadecuada de energía</i>	15
2.2.2 <i>Incremento en las necesidades de energía</i>	15
2.2.3 <i>Insuficiente absorción y utilización de nutrientes</i>	17
2.3 EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN NIÑOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS	17
2.3.1 <i>Evaluación antropométrica</i>	17
2.3.2 <i>Evaluación dietética</i>	19
2.4 RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN NIÑOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS.....	20
CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO	24
3.1 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA	24
3.2 CARACTERIZACIÓN ANTROPOMÉTRICA	24
3.3 CARACTERIZACIÓN DIETÉTICA	24
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	30
4.1 CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO.....	30
4.1.1 <i>Características antropométricas</i>	30
4.1.2 <i>Características dietéticas</i>	32
4.2 COMPARACIÓN DE NIÑOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS	33
4.2.1 <i>Comparación de índices antropométricos</i>	33

4.3 COMPARACIÓN DE LA PERDIDA DE CUANTIDAD DE NITRÓGENO EN LA FASE DE CARBONO.....	3.3.....
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN.....	3.5.....
CAPÍTULO 6. CONCLUSIÓN.....	4.0.....
CAPÍTULO 7. RECOMENDACIONES.....	4.1.....
GLOSARIO.....	4.2.....
BIBLIOGRAFÍA.....	4.5.....
ANEXOS.....	5.2.....
10.1 ANEXO.....	5.2.....
10.2 ANEXO.....	5.3.....
10.3 ANEXO.....	5.4.....
10.4 ANEXO.....	5.6.....

Resumen

Las malformaciones congénitas en general representan la principal causa de muerte en México y aproximadamente cada año mueren 2637 niños de malformación congénita. La cardiopatía congénita (CC) es una malformación estructural aparente en el corazón o en los grandes vasos que se presenta al nacimiento, que tiene un componente funcional. Las CC se clasifican en dos tipos cianóticas y acianóticas. Existe una asociación cercana entre cardiopatías congénitas y de

Este estudio tiene como propósito comparar a niños con cardiopatías congénitas cianóticas y acianóticas del HNP respecto a los índices P/ peso, P/ talla y P/ edad de adecuación. Se les realizó tres recordatorios de veinticuatro horas en tres días a niños con cardiopatías congénitas que asistieron a consulta del Hospital General de Niños, Poblano un rango de edad de 1 mes y 15 años 5 meses, de los cuales 12 (52%) eran hombres y 12 (52%) eran mujeres. Se midió el peso, la talla y la edad. Posteriormente se registró la talla, peso para la edad, talla para la edad y se determinó el porcentaje de adecuación a la energía, a la proteína, a los hidratos de carbono.

En conclusión, no hubo diferencia entre el grupo con cardiopatías cianóticas y el de cardiopatías acianóticas en los índices P/ peso/ talla y talla/ edad y los porcentajes de adecuación a la energía y a los hidratos de carbono.

Capítulo 1 Planteamiento de la investigación

1.1 Planteamiento del Problema

Entre 3 y 4% de los niños en el mundo presentan una malformación congénita cardíaca. Según un artículo publicado en el 2012 por, Sasián, Flórez, y Cordero, en general representan la segunda causa de muerte en México. En el año 2010 murieron 2637 niños por malformación congénita cardíaca, las cardiopatías congénitas representan el 1% de los recién nacidos.

La cardiopatía congénita es una anomalía estructural aparente en el nacimiento que puede tener una repercusión funcional. Se pueden clasificar en dos tipos: cianóticas y no cianóticas (14).

Los niños con cardiopatías congénitas requieren de una nutrición adecuada para su crecimiento y desarrollo. Debido a la alta demanda metabólica y la escasez de reservas de sustratos, pueden desarrollar rápidamente deficiencias nutricionales agudas o enfermedades crónicas, especialmente durante períodos de estrés particularmente en situaciones de desequilibrio energético (5).

Se estima que aproximadamente el 10% de los niños con cardiopatías congénitas presentan desnutrición. El grado de desnutrición depende del tipo y severidad de la lesión cardíaca y del momento de diagnóstico. Los niños con lesiones cianóticas del tipo de derivación de flujo o derivación de flujo comparados con los niños con cardiopatías acianóticas tienen un menor crecimiento (persistencia del conducto arterioventricular, comunicación interauricular) que pueden reducir la ganancia de peso, por lo que es difícil mantener durante la desnutrición en niños con cardiopatías congénitas una mayor movilidad y morbilidad, por el incremento de la morbilidad.

hospitalización por malos resultados quirúrgicos, deterioro persistente somático y aumento de morbilidad. Los niños con retraso del crecimiento tienden a tener más episodios de diarrea y mayor susceptibilidad a enfermedades infecciosas, por ejemplo, neumonía.

Una proporción importante de niños que encuentran por abajo de los valores normales en peso y talla para su edad de Desnutrido por una respuesta inmune alterada y mecanismos deficientes de sufrir complicaciones cuando son sometidos a procedimientos realizados en México sobre el estado nutricional de niños con cardiopatías congénitas. Además, estos estudios no hacen una relación entre los índices recordatorio de verificación.

Hasta ahora, no se ha realizado ninguna investigación en el (HNP), sobre el estado nutricional de los niños con CC sin ninguna. Así mismo, no existe ningún protocolo de investigación, con base para tratar nutricionalmente a estos niños.

1.2 Objetivo

1.2.1 Objetivo general

Comparar niños con cardiopatías congénitas cianóticas y acianóticas del Hospital de Niños de la Piedad, en los índices P/E, P/E_g y P/E_g y el porcentaje de adecuación a la dieta

1.2.2 Objetivo específico

- Caracterizar antropométrica y clínicamente

1.3 Justificación

Esta investigación pretende aportar información necesaria sobre niños con cardiopatía congénita y ayudar a los especialistas en establecer un protocolo de alimentación nutricional adaptado específicamente a los problemas y así centrar la atención en ellos estrategias para prevenir la desnutrición en los niños sometidos a estas, permitiendo una mayor expectativa de vida para los niños sometidos a cirugía, disminuir su estancia hospitalaria y ayudarlos a tener

1.4 Contexto

El HNP es una institución de tercer nivel, que funciona como objetivo de salud de alta especialidad sin seguridad social menor de recursos humanos calificados, basados en principios éticos y la sociedad con una mejor calidad de vida.

El HNP cuenta con dos consultorios de cardiología para cada día de reciben aproximadamente de 5 a 7 niños. Los pacientes son a la consulta de cardiología por su centro de salud más cercano

doctores se laboran en el mismo hospital. Trabajando de modo multidisciplinario, por el mejoramiento integral y de calidad

Capítulo 2 Marco teórico

2.1 Cardiopatías Congénitas

Cardiopatía congénita es la manifestación de una alteración cardiovascular normal o su incapacidad para adaptarse a las necesidades del período fetal, lo que produce grados variables de disfunción de la circulación. La etiología multifactorial puede ser el resultado de una predisposición genética y factores ambientales intrauterinos, o entre las alteraciones hemodinámicas. Las cardiopatías congénitas son las numerosas posibilidades de anomalía de la estructura o de la función que causan cambios hemodinámicos leves o (9)

2.1.1 Clasificación de las cardiopatías congénitas

Las CC se dividen en dos grandes grupos: congénitas cianóticas y cardiopatías congénitas acianóticas.

Las cardiopatías congénitas cianóticas son aquellas que consisten en malformaciones con cortocircuito de la circulación sanguínea, ya sea a nivel de la derecha o sin cortocircuito, por lo que la circulación sanguínea del lado derecho puede pasar directamente al izquierdo. Comprende defectos de tabicación en los distintos segmentos cardíacos, o mixtos.

Tabla 1. Clasificación fisiológica de las cardiopatías congénitas.

- Con aumento del flujo (cortocircuito de la izquierda a la derecha predominante):
 - Comunicación interauricular (CIA)
 - Comunicación interventricular (CIV)
 - Defecto septo atrioventricular (DAV) o de coj
 - Ductus arteriosus (DA).

- Ventana pulmonar (PVA)
- Drenaje venoso pulmonar anómalo parcial (DVPAF)
- " Sin aumento del flujo pulmonar (sin cortocircuitos):
 - Con afectación de corazón izquierdo:
 - Estenosis aórtica (EA)
 - Coartación aórtica (CA).
 - Estenosis e insuficiencia mitral (EM) (IM).
 - Cor triatriatum.
 - Con afectación del corazón derecho:
 - Estenosis pulmonar (EP).
 - Enfermedad de Ebstein (EE).

RUZA, FRANCISCO. Tratado de cuidados intensivos pediátricos. Vol. 1. 3ª ed

Las cardiopatías con cortos circuitos en paralelo. En cualquier caso, la intensidad de la medida de la cuantía del flujo pulmonar

Cuando la oxigenación arterial sistémica alcanza un bajo nivel tisular y metabolismo anaerobio, con el consiguiente efecto en muchos órganos como el cerebro, riñón, etc

Tabla 2a Clasificación fisiológica de las cardiopatías con

- " Con disminución del flujo pulmonar (cortocircuitos izquierdo predominante):
 - Tetralogía de Fallot (TF).
 - Atresia tricúspide con flujo pulmonar disminuido.
 - Atresia pulmonar con septo interauricular intacto (APSI).
 - Ventrículo único con estenosis pulmonar.
 - Transposición de las arterias con estenosis pu

- Ventrículo derecho doble con estenosis pulmonar
- " Con aumento del flujo pulmonar:
- Cortos circuitos mixtos:
 - Ventrículo único (VU).
 - Truncus arteriosus (TA).
 - Drenaje venoso pulmonar anómalo total (DVP).
 - Corazón izquierdo poplástico (CIH).
 - Atresia tricúspide con flujo pulmonar aumentado
- Circuitos en paralelo :
 - Transposición de las grandes arterias (TGA).
 - Ventrículo derecho en doble salida con malposición

RUZA, FRANCISCO. Tratado de pediatría. Vol. 1. 3ª ed. CAPITEL EDICION

2.2 Desnutrición en niños con cardiopatía congénita

La desnutrición es una alteración sistémica, potencialmente de todos los grados de intensidad que se produce cuando la ingesta y los requerimientos no están en equilibrio. La desnutrición señala toda pérdida anormal de peso en el organismo, desde la más ligera hasta la más grave, sin prejuicio de su etiología, pues igualmente se llama desnutrición a la pérdida del 15% de peso que al que ha perdido 60% o más, relacionando estos datos con el peso que corresponde tener para una edad determinada (1).

La desnutrición puede ser aguda o crónica, con inicio el variado de los meses de vida, sintomático de sus distintos grados o puede aparecer secundariamente a lo largo de padecimientos infecciosos o de otra índole. Sus manifestaciones son más o menos evidentes y pre

Se llama desnutrición de primer grado a toda pérdida de peso que el paciente debería tener, para su edad; desnutrición

cuando la pérdida de peso es entre el 25 y el 40% en el primer año de vida, a la pérdida de peso del 40% del organismo.

De acuerdo con distintos autores, hay una asociación entre las cardiopatías congénitas y de crecimiento en ausencia de otra malformación congénita o de retraso en el crecimiento intrauterino, los niños en el momento del nacimiento habitualmente tienen peso y talla gestacional y sexo. En las primeras semanas de vida el crecimiento es la esperada, por lo que para el cuarto mes ya existe déficit de crecimiento. Sin tratamiento específico de la malformación, la condición nutricional continúa deteriorándose y, para el primer año de vida, talla y peso son inferiores a los esperados (9,12,31).

El grado de severidad y el tipo de desnutrición puede estar relacionado con las características de la CC, por ejemplo los niños con CC cianóticas tienden a reducir la velocidad en la ganancia de peso en comparación con los niños normocianóticos. Sin embargo, si la lesión cardíaca es leve, se puede esperar que la severidad del deterioro del crecimiento sea menor. La cianosis es más importante en la desnutrición (4,15,16).

Existen dos tipos de factores que influyen en la desnutrición relacionados con la propia cardiopatía: los factores sistémicos y los factores digestivos de la cardiopatía (6,7,11,18).

Los factores producidos por la cardiopatía son factores hemodinámicos que tienen una clara influencia sobre el estado nutricional (7,11,18).

- Sobrecarga de volumen de corazón izquierdo o derecho
- Disfunción miocárdica
- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- Hipoxemia crónica.
- Hipertensión pulmonar y enfermedad vascular pulmonar.

Las cardiopatías pueden causar sobrecarga de volumen en el flujo de sangre por sobrecarga diastólica por aumento de llenado. La sobrecarga de volumen produce dilatación e hipertrofia de los ventrículos con aumento del volumen sistólico y disminución de la velocidad de flujo capilar e hipoxemia por lo que puede producir insuficiencia cardiaca congestiva. La hipertensión pulmonar puede producir hipertrofia de los ventrículos de la derecha y por lo tanto puede favorecer la insuficiencia cardiaca congestiva y por tanto repercusión del sistema respiratorio (17, 18).

Los factores dependientes de la repercusión sistémica de la insuficiencia cardiaca congestiva son (17, 18)

- Inadecuada ingesta calórica
- Aumento del gasto energético
- Malabsorción intestinal
- Factores genéticos

Tabla Etiología de la desnutrición en el paciente con insuficiencia cardiaca congestiva		
Inadecuada ingesta	Aumento de las necesidades energéticas	Ineficiente utilización de nutrientes
<ul style="list-style-type: none"> · La anorexia causada por el estado cardíaco y los medicamentos. · Fatiga durante la alimentación. · Alteraciones de la deglución, como la disfagia. 	<ul style="list-style-type: none"> · Respuesta de respuesta metabólica crónica en CHF. · Estrés metabólico postoperatorio. · Relativamente poco aumento de peso en la magra de los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> · Vómitos. · La reducción del flujo sanguíneo espantoso. · Vaciado gástrico y alterado la motilidad intestinal. · Edema de la pared del intestino delgado.

<p>descoordinada, respirar, tiempo de tránsito oral náuseas</p> <ul style="list-style-type: none"> • La aversión oral • La disfunción nasal como consecuencia de la prematuridad • Disfunción laríngea • Vómitos frecuentes enfermedad por gastroesofágico • La saciedad teóricamente el volumen disminuido de hepatomegalia ascitis en insuficiencia cardíaca congestiva • Taquipnea • Restricción de líquidos • Períodos frecuentes de NPO para procedimientos /hospitalarios • Infecciones recurrentes • Aspectos psicológicos incluida los problemas de alimentación señales de hambre las interacciones con los cuidadores, ante los padres al analizar los niños, sobre todo requieren métodos de alimentación a las familias limitadas financieramente. 	<p>relación con la grasa en los desnutridos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taquipnea • Taquicardia • La hipertrofia cardíaca • Policitemia para compensar la anemia crónica • Aumento de actividad del sistema nervioso simpático • Infecciones, sepsis 	<p>mucosa (consecuencia de la insuficiencia en el lado del intestino que lleva a absorción de nutrientes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida excesiva de nutrientes, intestinopatía por déficit de proteína • esteatorrea • " El exceso de nutrientes ejemplo calcio • Atrofia de la intestinal que a la mala absorción en pacientes con significativa desnutrición preexistente • Deficiencia de
--	---	--

ROMAN, B. Nourishing Little Hearts: Nutritional Implications for Chronic Aggressive
2011. Vol. 35, no. 8

2.2.1 Ingesta inadecuada

La inadecuada ingesta es la causa más importante del crecimiento malnutrición en la infancia. La fatiga en la alimentación puede representar una posible causa para explicar la disminución crónica de la ingesta durante la alimentación, provocando que el niño se cansa, y así mismo reducir la cantidad de alimentos que se consumen. En los niños se observa una gran variación en la ingesta. Cuando la insuficiencia cardíaca se manifiesta comúnmente se sobrealimenta, sobrecarga de líquido y sodio perturba la hemodinámica causando descompensación de la insuficiencia cardíaca y disminución de la ingesta. Las fuentes del individuo es inadecuada. La anorexia acompaña a la desnutrición y compromete más la condición de la taquipnea en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva. La fatiga y la disminución de la ingesta ha demostrado que la hipoxia crónica, la anorexia, junto con una disminución de la ingesta, es un factor en el

2.2.2 Incremento en las necesidades de energía

La energía es fundamental para el metabolismo básico, el crecimiento y la diferenciación en el desarrollo. El gasto energético para el crecimiento y desarrollo cognitivo es un factor importante en la ingesta de energía. El gasto de energía nutricional es un factor importante en la

La energía disponible para el metabolismo es la energía metabólica. La energía total de la energía metabólica incluye toda la energía consumida en la vida diaria, la tasa metabólica basal, la actividad física y el crecimiento. Las proporciones de los componentes de la energía total y la composición de la energía se utilizan para el mantenimiento de las células y la función metabólica.

respiración y la función metabólica básica de un bebé es casi el doble de la de un adulto basándose en el peso corporal (20).

Los niños con enfermedades de crecimiento como la acondroplasia o la síndrome de Prader-Willi tienen una elevación del gasto energético total (GET) sorprendente, ya que este de energía es superior al que era la media en el control y los niños con CIV. La función metabólica es mayor en el grupo con CIV que en el grupo de control que indica que su actividad durante la noche es mucho mayor. En los pacientes con síndrome de Prader-Willi la saturación de oxígeno arterial reduciendo la saturación de oxígeno en reposo, un problema que tanto la REE sino también cuando están activos. Los niños capaces de entregar suficiente oxígeno a los músculos durante el ejercicio anaeróbico es ineficiente cuando el aumento de (21,22).

Los niños con enfermedades de insuficiencia cardíaca o congestiva como el aumento de la presión de la aorta o hipertensión pulmonar presentan mayor GET. Esto es debido a que el corazón debe trabajar con el fin de bombear una cantidad de sangre a través de los vasos. En contraste con las cardiopatías, la insuficiencia cardíaca conduce a un mayor gasto de la energía y en consecuencia en reposo el GET más elevado (22).

Otra razón para el aumento de las tasas metabólicas con cardiopatía congestiva es debido a su composición corporal. Debido a la ingesta calórica y el gasto de energía, los niños con síndrome de Prader-Willi tienen una deposición de grasa. Como resultado, el porcentaje de la masa magra que tiende a aumentar la metabólica. En este caso, una mayor actividad metabólica causa un aumento en la actividad metabólica que si se deja sin tratar puede empeorar dramáticamente el estado general del niño (21,22).

2.2.3 Insuficiente absorción y utilización de nutrientes

El crecimiento y desarrollo puede verse comprometido por la malabsorción intestinal causada por la disminución del flujo sanguíneo a los intestinos y al hígado y al bazo, que se encuentran en los pacientes con cardiopatías congénitas. La malabsorción se ha propuesto que las cardiopatías congénitas causan edemas de los intestinos que conduce a alteración de la malabsorción. Los estudios sobre la función gastrointestinal en la cardiopatía congénita, se centraron en enteropatía y esteatorrea con pérdida de peso, un problema frecuente en esta población, e incluso los niños con cardiopatía congénita, cuya ingesta calórica es normal para su edad, recibiendo suficientes calorías para lograr un peso normal. Aunque todavía hay un considerable debate sobre el papel de las alteraciones en el crecimiento, por lo que se necesitan más estudios hasta que una investigación adicional (17, 19, 23, 24)

2.3 Evaluación nutricional en cardiopatías congénitas

2.3.1 Evaluación antropométrica

Consiste en el uso de mediciones que se comparan con valores de referencia y permite cuantificar algunos de los componentes de la nutrición. También ayuda a cuantificar el estado nutricional cuando se realiza de forma secuencial (con al menos dos mediciones en el tiempo). Es un método sencillo, no invasivo y aceptado universalmente en situaciones de exceso, deficiencia o normalidad en el individuo o en un grupo. Las mediciones deberán ser realizadas por personal capacitado y con equipo adecuado para que aplique las técnicas y arrojen un valor certero (25)

2.3.1 Indicadores antropométricos

Los indicadores antropométricos permiten evaluar el estado de nutrición relacionando el peso, la estatura, el sexo y la edad, diferenciando la referencia con la misma edad y sexo de la referencia de niños sanos de los desnutridos, con sobrepeso y obesidad. Los indicadores antropométricos más comunes son: el índice de masa corporal (IMC) y el índice de masa muscular (IMM).

2.3.1.1.1 Índice peso para la edad

El índice de masa corporal (IMC) determina el peso esperado del niño en función de su edad y sexo, comparando el peso de un grupo de niños de referencia con la misma edad y sexo. Se evalúa a través de la clasificación de Gómez y Behrman internamente para la identificación de la desnutrición en proteínas (DEP). Establece un significado de la desnutrición. Se define como normal, leve, moderada y grave. La desnutrición aguda y crónica, sin definir la una de la otra.

2.3.1.1.2 Índice talla/longitud para la edad

El índice de talla/longitud (se diferencia la estatura de la longitud) se realiza con el niño parado, la longitud se mide acostado. Normalmente hasta los dos años de edad se puede sostener el niño mismo sin ayuda) para evaluar la talla y longitud del niño cuando se compara con la talla y longitud de referencia con la edad y sexo. Se evalúa a través de la clasificación de Gómez y Behrman la cronología de la DEP y permite identificar la desnutrición en crecimiento lineal (25, 26).

2.3.1.1.1. Índice peso para la talla

El índice peso para la talla es el más utilizado para evaluar el crecimiento en niños con su misma talla o longitud dependientemente. Es el más utilizado gran ayuda para determinar la magnitud de la desnutrición. Por ello también disponen de patrones. Este índice sólo puede usarse en menor a los 6 años de edad, después de esta (25,26) se utilizará

2.3.1.1.2. Índice de masa corporal

El peso para edad y estatura son los índices más utilizados comúnmente para monitorear el crecimiento; sin embargo, para tener una idea de usar en combinación con el índice de masa corporal llamado índice de Quetelet. Este es utilizado para definir la obesidad en adultos; en cambio su uso en niños y adolescentes es limitado. El IMC no mide directamente la grasa corporal, provee una estimación acerca de la obesidad (27)

El índice de grasa corporal no es constante, pues la grasa corporal aumenta con el paso de los años y entre los sexos, conforme maduran los niños. Se registra en gráficas de crecimiento específicas por sexo y edad. Las tablas más utilizadas son las de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC). Por lo tanto, se recomienda siempre utilizarlas a través de las percentiles (28)

2.3.2. Evaluación dietética

La estimación de la ingesta dietética requiere tener información sobre los alimentos consumidos por individuos o grupos. Una encuesta puede ayudar a hacer un diagnóstico del estado de nutrición, sin embargo, sólo

riesgo de presentar alergia (2529).

2.3. Recordatorio de 24 horas

Como su nombre implica, este método intenta obtener información sobre la ingesta alimentaria de un individuo durante 24 horas. Se requiere un entrevistador entrenado y generalmente se tarda de 20 a 30 minutos en realizarlo. El entrevistador pregunta sobre el consumo de alimentos y bebidas durante las 24 horas, oporcentaje de la energía que se consume desde el desayuno hasta que se duerme (2530). El individuo se

2.3.2. Porcentaje de adecuación a la dieta

Este indicador se realiza una vez definida la energía requerida por los nutrientes considerando la edad, sexo, actividad física y estado de salud del sujeto en cuestión y se comparan con los datos del consumo. Se determina a través de la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Consumo calculado de energía o determinado nutrimento}}{\text{Requerimiento}} \times 100$$

Para llegar a este paso (porcentaje de adecuación) es importante registrar de forma detallada los alimentos consumidos por el paciente (2531).

2.4 Recomendaciones nutricionales en cardiopatías congénitas

Para promover el crecimiento y peso, restaurar la homeostasis, reducir el riesgo de infección y mejorar la calidad de vida, es importante que se realice un diagnóstico nutricional y se establezca un plan de alimentación que permita mejorar el estado físico y psicológico (2532).

Tabla 4. Determinación de las necesidades nutricionales en pacientes con CC

Cuidados críticos / Cuidados intensivos o

Energía Determinar $\approx 120-150$ kcal; **240** por calorimetría indirecta recuperación del crecimiento positivo. Ecuación para el gasto energético crecimiento (kcal/kg): $\text{repose un } 560 \frac{\text{Kcal/kg}}{\text{P/E}} * \text{peso}$ kcal/Kg dentro **Peso Actual** primero 35 días después de lo hasta que CRP

Proteína La distribución de proteínas:
Lactantes:
Termino: 53 g/kg
Pretermo o bajo peso al nacer: 3 g/kg
Infancia: g/kg

Hidratos 35-60% del VCT

Carbóno Fibra= edad en años + 5 g.

Lípidos 35-50% del VCT

Líquidos Restricción cr <3 kg: 120 mL/kg
fluidos (>3 kg: 100 mL/kg
Considere + 10 a compensar el las pérdidas por taquipnea, diarrea, diuresis

Micronutri Potasio 3 mEq / kg o 78 a 117mg/kg/día.
Sodio: al nacer mEq/kg, o 46 a 69 mg/kg requiere la restricción de sodio
Suplemento de hierro y la vitamina alimentados con leche materna y los fórmula

CRP= Proteína C reactiva; P/E= Peso para la edad
VCT= Valor calórico total

ROMAN, B. Nourishing Little Hearts: Nutritional Implications for Congenital Heart Disease. *Crit Care Med* 2011; vol. 39, no. 8
HAGAU, NATALIA, CULONTO, HIRAKAWA, R. Mortality in children with Congenital Heart Disease. *Journal of Intensive Care Medicine* 2010; vol. 25, no. 1, págs. 172
LOPES, TAIS [et al.] Assessment of Food Intake in Intensive Care Unit of a Pediatric Hospital. *Journal of Intensive Care Medicine* 2007; vol. 22, no. 2, págs. 197

El manejo del estado nutricional en niños con CC varía según el tipo de cirugía y el tipo de cuidados:

- Fase preoperatoria: la evidencia actual indica que la nutrición enteral (NE) en esta población, siempre y cuando el niño no presente signos clínicos o radiológicos de intestino necrotizante. La nutrición oral intermitente o sonda nasogástrica ha tenido éxito en múltiples estudios, con un máximo de 95% de éxito recibió algún tipo de NE, hasta 75% de recibió por vía oral y aproximadamente 1/3 recibió NE completa antes de la cirugía. En los casos que no pueden ser alimentados por vía enteral, nutrición parenteral es la opción restante (4).
- " Fase postoperatoria: inmediatamente después de la cirugía la estabilidad hemodinámica es más importante en la unidad de cuidados intensivos. Si la hemodinámica es estable puede iniciarse la alimentación. Si es clínicamente estable después de la extubación, como por ejemplo de una CIV, la nutrición oral puede ser posible relativamente pronto después de la cirugía. Sin embargo, en casos de CC complicada, los niños se les puede iniciar la NE o NP. La NE se preferirá ante NP, esto debido a menor costo, riesgo de infección y la similitud a la fisiología normal. En algunos casos, algunos problemas como la hipotensión pueden ser indicados cuando el tiempo para iniciar una NE es mayor que el tiempo para iniciar una NP, cuando el tracto gastrointestinal no puede ser utilizado por otras razones aparte de las complicaciones cardíacas. Lo más pronto el médico, con la finalidad de evitar atrofias en el tracto digestivo. En pacientes en donde se debe iniciar la alimentación por más de 8 semanas se debe considerar la colocación de una gastrostomía o gastrostomía (4).

" Alimentación antes alta ~~domisidier~~ salir del hospital, la alim de un paciente debe de maximizarse para promover el co paciente, así como la calidad de la vida familiar. Los cu competenci ~~ión emulla~~ infantil ~~del am e~~ ~~en~~ ~~dad~~ calórica requer debe ser capaz de mencionar el almacenamiento adecu manejo para reducir el riesgo de enfermedades transmit respons, ~~de~~ ~~es~~ ~~n~~ ~~demostrar~~ ~~com~~ ~~pe~~ ~~nsi~~ ~~ó~~ ~~n~~ ~~d~~ ~~e~~ ~~a~~ ~~l~~ ~~i~~ ~~m~~ ~~e~~ ~~n~~ ~~t~~ ~~a~~ ~~y~~ ~~f~~ ~~o~~ ~~r~~ ~~m~~ ~~a~~ ~~s~~ ~~d~~ ~~e~~ ~~e~~ ~~n~~ ~~t~~ ~~r~~ ~~e~~ ~~g~~ ~~a~~ ~~y~~ ~~d~~ ~~e~~ ~~c~~ ~~ó~~ ~~m~~ ~~o~~ ~~s~~ ~~u~~ ~~p~~ ~~e~~ ~~r~~ ~~v~~ ~~i~~ ~~s~~ ~~a~~ ~~r~~ ~~y~~ ~~s~~ ~~o~~ ~~l~~ ~~u~~ ~~c~~ ~~i~~ ~~o~~ ~~n~~ ~~a~~ ~~r~~ ~~p~~ ~~r~~ ~~o~~ ~~b~~ ~~l~~ ~~e~~ ~~m~~ ~~a~~ ~~s~~ ~~n~~ ~~u~~ ~~t~~ ~~r~~ ~~i~~ ~~c~~ ~~i~~ ~~o~~ ~~n~~ ~~i~~ ~~s~~ ~~t~~ ~~a~~ ~~d~~ ~~e~~ ~~b~~ ~~e~~ ~~r~~ ~~á~~ ~~a~~ ~~s~~ ~~e~~ ~~g~~ ~~u~~ ~~r~~ ~~a~~ ~~r~~ ~~q~~ ~~u~~ ~~e~~ ~~l~~ ~~a~~ ~~f~~ ~~a~~ ~~m~~ ~~i~~ ~~l~~ ~~i~~ ~~a~~ ~~t~~ ~~i~~ ~~e~~ ~~n~~ ~~e~~ ~~u~~ ~~n~~ ~~a~~ ~~f~~ ~~o~~ ~~r~~ ~~m~~ ~~u~~ ~~l~~ ~~a~~ ~~o~~ ~~b~~ ~~t~~ ~~e~~ ~~n~~ ~~e~~ ~~r~~ ~~u~~ ~~n~~ ~~a~~ ~~f~~ ~~o~~ ~~r~~ ~~m~~ ~~u~~ ~~l~~ ~~a~~; ~~e~~ ~~n~~ ~~m~~ ~~u~~ ~~c~~ ~~h~~ ~~a~~ ~~s~~ ~~t~~ ~~u~~ ~~o~~ ~~n~~ ~~e~~ ~~s~~ ~~t~~ ~~r~~ ~~a~~ ~~n~~ ~~c~~ ~~i~~ ~~l~~ ~~a~~s ~~h~~ ~~a~~ ~~y~~ ~~e~~ ~~n~~ ~~t~~ ~~r~~ ~~o~~ ~~u~~ ~~n~~ ~~a~~ ~~p~~ ~~r~~ ~~o~~ ~~v~~ ~~e~~ ~~n~~ ~~e~~ ~~r~~.

Capítulo 3 Marco metodológico

Se realizó el estudio con pacientes que cumplieron los

3.1 Caracterización clínica

o Criterios de inclusión:

• Niños con cardiopatía congénita

• Pacientes que no presenten daño renal.

• Pacientes sin alteraciones en el vaciamiento gástrico intestinal.

• Niños sometidos a cirugía correctiva de CC.

o Criterios de exclusión:

• Pacientes que no tengan teléfono

• Pacientes que no contesten las llamadas

3.2 Caracterización antropométrica

Las mediciones de peso de los niños se realizaron a través de una báscula seca 354 condensa en 20 kg a una precisión de 10 g. La longitud de los niños fueron medidos sin infantómetro con una precisión de 1 mm.

Para determinar la edad del niño se preguntó a la madre la fecha de nacimiento y se confirmará en el expediente clínico. Las técnicas de estudio son de acuerdo a los estándares de la OMS.

3.3 Caracterización dietética

Se aplicó historia dietética detallada interrogando a la madre un recordatorio de 24 horas (ver anexo 2) de un día típico en casa en tres diferentes días consecutivos, proteínas, hidratos de carbono

se determinó a través de tablas de equivalencia de alimentos mexicanos de alimentos equivalentes. El porcentaje de este total de calorías expresado en porcentajes y se concuerda con el requerimiento energético diario sugerido para el niño.

3.4 Aspectos éticos

Para fines de esta investigación se realizaron las mediciones del peso y se pudo obtener los índices antropométricos para el niño y la madre para la edad, así también se efectuó un pre-examen de laboratorio a 4 h del médico responsable de Rigoberto Quiroz y se realizó el estudio.

Asimismo, se solicitó la autorización de los padres de familia o tutores de los niños que conformaron el estudio, para hacer uso de la información obtenida en la investigación; tomando en cuenta que se guardará en los datos de esta investigación en forma confidencial.

En todo momento durante la investigación, se tomaron en cuenta los principios básicos de respeto a los sujetos cuando la oposición de los niños pudieran elegir participar o no en esta investigación. Antes de las mediciones antropométricas se les informó el objetivo de esta investigación, así como también se les informó sobre para qué será utilizada la información.

Al momento de realizar las mediciones se tomaron en cuenta los principios básicos de respeto a los sujetos de manera innecesaria de acuerdo al propósito de respetar el anonimato de los niños que participaron en el estudio. Los nombres de los pacientes fueron

" Operacionalizaciones

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Indicador	Escala de medición
Porcentaje de adecuación de la dieta.	Este indicador se define en función de los requerimientos calóricos y/o nutricionales considerando la fisiología, el estado físico del sujeto y se comparan con el consumo real del paciente (25)	Se determina a través de la siguiente fórmula: $\frac{\text{Consumo calculado determinado nutricional}}{\text{Recomendación de consumo de nutrientes}} \times 10$ Para llegar a este porcentaje importante primero se debe detallar los alimentos suministrados por el paciente (25,27)	% de adecuación <90%= deficiente 90 a 110% = bueno >110% = exceso	Razón
Índice de masa corporal	Peso observado cuando se compare el peso de una persona referida con la misma persona y se compare (25)	Para determinar el puntaje se usará la siguiente fórmula: $\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$	> -3 DE Grave -2 a 3 DE Moderado -1 a 2 DE Desnutrición	Intervalo

ZPeso ~~Es~~ peso de referencia Leve

para la edad y sexo -1 a +1 DE Nor

+1 a +2 DE So

> +2 DE Obesi

Índice Es la talla del Para determinar el puntaje > -3 Talla muy Interv
talla/edad relación a la tal se usará la siguiente form -2 a DE Talla
para niños de la Puntaje Z: ~~Talla~~ de referenc -1 a -2 DE
y se ~~25,04~~ para la edad y sex ligeramente ba

Desviación e

-1 a +1 DE Tal

+1 a +2 DE

ligeramente alt

> +2 DE Talla

Índice Es el peso del Para determinar el puntaje > -3 DE Desn Interv
Peso/tal relación con s se usará la fórmula (25,37): Grave
estat ~~27~~. Puntaje ~~Z~~ peso de refere -2 a 3 DE Desn

para la estatura

Moderada

Desviación e

-1 a 2 DE Desn

Leve

-1 a +1 DE Nor

+1 a +2 DE So

Índice de masa corporal	La relación del peso con su propia estatura	<p>Fórmula: $IMC = \frac{\text{Peso real en Kg.}}{(\text{estatura en}^2 \text{ metros})}$</p> <p>Para determinar el puntaje se usará la siguiente fórmula:</p> $Z_{IMC} = \frac{IMC - \text{IMC referencial para la edad y sexo}}{\text{Desviación estándar}}$	<p>> +2 DE Obesi</p> <p>> -3 DE Desn Interv</p> <p>Grave</p> <p>-2 a 3 DE Desn</p> <p>Moderada</p> <p>-1 a 2 DE Desn</p> <p>Leve</p> <p>-1 a +1 DE Nor</p> <p>+1 a +2 DE So</p> <p>> +2 DE Obesi</p>
Tipo de Anomala estructural	<p>El tipo de cardiopatía es (1. Cardiopatía Interventricular congénita)</p> <p>Cardiopatía del corazón o de los vasos intratorácicos tomado del expediente médico</p> <p>Se divide en dos proporciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cianóticas • Acianóticas (34) 	<p>El tipo de cardiopatía es (1. Cardiopatía Interventricular congénita)</p> <p>1.1. Acianóticas</p> <p>Flujo pulmonar normal</p> <p>1.2. Flujo pulmonar aumentado</p> <p>2. Cardiopatía</p>	<p>1. Cardiopatía Interventricular congénita</p> <p>acianóticas</p> <p>1.1. Acianóticas</p> <p>Flujo pulmonar normal</p> <p>1.2. Flujo pulmonar aumentado</p> <p>2. Cardiopatía</p>

congénita ci
(CCC)
2.1Flujo pulr
disminuid
2.2Flujo pulr
aumentad
(34,)35

Capítulo 4. Resultados

4.1 Características del grupo de estudio

El grupo de estudio estuvo conformado por 23 participantes en consulta de cardiología del 20 de Enero al 28 de Marzo del 2014. La edad osciló entre 1 año 1 mes y los 5 años 5 meses (48%), de los cuales 12 (52%) eran mujeres. A partir de un ecocardiograma, todos los diagnosticados con algún tipo de enfermedad cardíaca. De los 23 pacientes tenían cardiopatía congénita acianótica (CCA) y 11 (48%) tenían cardiopatía congénita cianótica (CCC).

4.1.1. Características antropométricas

En la tabla 5a podemos observar que en el índice peso/edad, el grupo con cardiopatías cianóticas tuvieron un mayor porcentaje de casos moderados y graves en comparación con el grupo con cardiopatías acianóticas. En cuanto a la talla, ambos grupos salieron igualmente afectados.

Tabla 5a Características antropométricas (índices peso/edad y talla)

	Niños con cardiopatía acianótica				Niños con cardiopatía cianótica				Porcentaje total	
	P/E		P/T		P/E		P/T		P/E	P/T
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	%	%
Sobrepeso	1	6	1	6	0	0	0	0	4	4
Norma	9	53	9	53	1	17	3	50	44	52
Desnutrición leve	3	18	6	35	2	33	1	17	22	31
Desnutrición moderada	4	23	1	6	3	50	2	33	30	13
Desnutrición grave	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

P/E = peso para la edad; P/T = estatura para la talla; No. = número de casos; % = porcentaje.

En la tabla se puede observar que los niños con cardiopatía acianótica tuvieron un mayor porcentaje (53%) bajo en comparación con niños con cardiopatía cianótica, sin embargo este último grupo presentó un mayor porcentaje en niños afectados con talla ligera (33%) y talla normal (30%).

Tabla 6. Características antropométricas (índice talla para la edad)

	Niños con cardiopatía acianótica		Niños con cardiopatía cianótica		Porcentaje total
	T/E		T/E		T/E
	No.	%	No.	%	%
Talla muy baja	0	0	2	33	9
Talla baja	2	12	1	17	13
Talla ligera	9	53	1	17	43
Talla normal	5	29	1	33	30
Talla ligera	0	0	0	0	0
Talla muy alta	1	6	0	0	4

T/E= Talla para la edad; No.= número de casos; %

4.1. Características dietéticas

En la tabla 3 se puede observar que en educación a la alimentación, los niños con cardiopatía tuvo un consumo deficiente de energía. En el porcentaje de adecuación a las proteínas consumo de este macronutriente. Respecto al aporte de lípidos, los dos grupos consumieron tanto deficiencia. En el porcentaje de adecuación a los hidratos de carbono, este grupo con deficiente, presentando el mismo número de casos con exceso, a diferencia del grupo cianóticas, donde la mayoría ingirió un exceso de este macronutriente.

Tabla 3. Características dietéticas

% de adecuación	Niños con cardiopatía						Niños con cardiopatías cianóticas					
	Exceso		Bueno		Deficiente		Exceso		Bueno		Deficiente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Energía	6	35	6	35	5	30	2	33	1	17	3	50
Proteína	9	53	4	23.5	4	23.5	4	66.6	1	16.6	1	16.6
Lípidos	7	41	3	18	7	41	3	50	0	0	3	50
Hidratos de carbono	5	29.5	5	29.5	7	41	3	50	1	17	2	33

% = Porcentaje; N = número de caso

4.2 Comparación de niños con cardiopatías congénitas

Con base en los objetivos de investigación, se comparó a p
respecto de cada uno de los antropométricos y los resultados fueron los siguientes:

4.2.1 Comparación de índices antropométricos

Al comparar las medias de los índices antropométricos de los niños con cardiopatías congénitas con los niños de la muestra de referencia, se encontró que los niños con cardiopatías congénitas presentaron menores puntajes en las siguientes variables antropométricas: 1) índice de masa corporal para la edad, 2) índice de masa corporal para la talla. Sin embargo, la prueba U de Mann-Whitney no mostró diferencias estadísticamente significativas.

4.3 Comparación de porcentajes de adecuación a la energía, proteína, lípidos e hidratos de carbono

Al comparar las medias de los porcentajes de adecuación a la energía, proteína, lípidos e hidratos de carbono de los niños con cardiopatías congénitas con los niños de la muestra de referencia, se encontró que los niños con cardiopatías congénitas presentaron menores puntajes en las variables dietéticas: 1) adecuación a la energía, 2) porcentaje de adecuación a la proteína, 3) adecuación a los lípidos y 4) porcentaje de adecuación a los hidratos de carbono. Sin embargo, al realizar la prueba U de Mann-Whitney no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 9. Comparación del porcentaje de adecuación a la energía, a las proteínas, a los lípidos y a los hidratos de carbono en niños con cardiopatías congénitas acianóticas y cianóticas.

	Niños con cardiopatías acianóticas			Niños con cardiopatías cianóticas			U de Mann	Valor de P
	Rango (min máx)	Mediana	Media	Rango (min máx)	Mediana	Media		
%de adecuación a la energía	44 a 266	98.0000	113.2353	60 a 149	88.5000	97.8333	- 0.77	0.44
%de adecuación a Proteínas	57 a 385	147.0000	150.7059	75 a 235	120.5000	135.3333	- 0.35	0.72
%de adecuación a Lípidos	17 a 238	102.0000	110.1176	52 a 136	95.0000	93.6667	- 0.52	0.59
%de adecuación a Hidratos de carbono	36 a 260	93.0000	108.8059	60 a 133	113.0000	103.3333	- 0.14	0.88

Capítulo 5. Discusión

El presente estudio describió el estado nutricional de los niños con cardiopatías congénitas cianóticas (CCC) y acianóticas (CCA) respecto a su talla para la edad (P/E), peso para la edad (P/E) y el porcentaje de adecuación dietética. No se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa entre el estudio (CCC y CCA) en las variables antropométricas y dietéticas.

El grupo de las CCC estuvo conformado por el 26% de la muestra y el grupo de las CCA conformó el 74%. Esto concuerda con Okoromah y Lopes y cols (2005) (2001), donde en las cardiopatías congénitas que se presentan más son las CCA (7,9,1).

El 44% del total de los niños estudiados manifestó un peso para la edad normal, un 14% sobrepeso, mientras que un 42% presentó desnutrición moderada. Un 22% tenía desnutrición moderada. Es de acuerdo a lo mencionado en la literatura donde señalan, que el estado nutricional de los niños con cardiopatías congénitas, se ve afectado. Resultados similares se encuentran en los estudios de Moreno y cols (2007, 5, 6, 7, 8, 9).

Según Silva y cols (2007) las medidas antropométricas más afectadas en los niños con cardiopatías congénitas, son el peso y la talla. Esto concuerda con el presente estudio, donde, un 52% del total de participantes tuvieron un peso para la edad normal y un 65% una alteración en la talla para la edad (26).

En el indicador de peso para la talla (P/T), un 52% de los integrantes de este estudio presentaron un estado nutricional normal, un 4% sobrepeso, 31% desnutrición moderada, obteniendo un mayor porcentaje de afectados con desnutrición moderada (33%), que el grupo con CCA (6%) con la investigación publicada por Silva y cols (2007) obtuvieron una incidencia

más alta con desnutrición (63%). Este resultado de la selección de patógenos presentes en los participantes es debido a que los niños mayores con un número de integrantes del grupo con CCC que el grupo CCA, además de la cantidad total de participantes en el estudio. Sin embargo, en la literatura, donde indica que el PAP, indica que los niños con cardiopatías congénitas afectando principalmente a la válvula mitral (19).

En cuanto al indicador de talla (T/E) para el 15% del grupo de estudio un retraso en el crecimiento se observó en los niños afectados, donde de los integrantes del grupo con CCA el crecimiento promedio fue un 67% menor que el grupo con CCC. Si bien la mayoría de los niños con CCA, presentan una talla ligeramente baja (53%), en contraste con el grupo que presentó una talla mayor (30%). Michalek (1995) indica que el retraso en el crecimiento es común en niños con cardiopatías congénitas debido a que en algunas cardiopatías se observa una acumulación de líquido en la cavidad abdominal, lo que resulta en una congestión venosa crónica, lo que resulta en una mala absorción de los nutrientes y un hipermetabolismo (60, 113).

No se ha aclarado todavía cómo la cardiopatía afecta el crecimiento del niño. Estudios previos han mostrado una diferencia en los indicadores antropométricos entre los grupos de niños con cardiopatía congénita y los niños con CCC. Este estudio tampoco encontró (8, 26).

En cuanto a los indicadores dietéticos (porcentaje de adecuación de proteínas, 3) a los lípidos y 4) a los hidratos de carbono), no se encontró diferencia entre la ingesta alimentaria entre los niños con CCC y los niños con CCA.

Respecto al porcentaje de adecuación a la energía, se mostró una deficiencia (35%) entre el total de los integrantes. Los grupos, mostraron un exceso en el consumo de energía, 33% el grupo de CCA. Sin embargo, el grupo con CCC presentó un déficit en cuanto a consumo de energía deficiente, que el grupo con CCA lo presenta este estudio (Lopez 2007) al medir el porcentaje de adecuación a la energía, la mayoría los integrantes de ese estudio consumieron una cantidad de energía necesaria para su edad y peso. Esto puede deberse a diferencias culturales (9).

Estudios indican que la causa del retraso en el crecimiento en niños con cardiopatías congénitas es multifactorial. Mencionan como factores importantes la inadecuada ingesta calórica. No obstante, los resultados de este estudio señalan que la causa principal es la deficiencia de energía (Lopez 2007, 1, 15, 19, 20, 21, 22).

Vaidyanathan (2008) publicaron un estudio en donde también relacionaron la ingesta calórica con el estado nutricional de niños con cardiopatías congénitas. La ingesta diaria de calorías no impactó en el estado nutricional de los niños. La agresiva de intentar la administración de suplementos nutricionales para mejorar la nutrición debe usarse con cautela para la intervención correctiva. La significancia de la velocidad de crecimiento en niños con cardiopatías después de la corrección refuerza la importancia de la identificación de pacientes con cardiopatías y orientar a la nutrición adecuada para la corrección de la cardiopatía (15).

En cuanto al consumo de proteínas, ambos grupos presentaron un exceso. El grupo con CCC indicó un exceso del 67%, mientras que el grupo con CCA un exceso de 53%. El exceso del 57% en el total de los integrantes.

estudio. Dato que concuerda con el estudio presentado por López y cols. (2010) donde indican un exceso de proteínas de 6.3% en los participantes de Hagoa y Haddi (2010), López y cols. y Schwarzols (2010) afirman que una dieta óptima, debería proporcionar energía suficiente no sólo para prevenir la catabolismo de las proteínas y para mantener la composición también para restaurar los déficits y proporcionar energía para el crecimiento. Schwarzols (2010) menciona que una dieta alta en proteínas es beneficiosa para los niños con cardiopatías congénitas e insuficiencia cardíaca para alargar la vida y el crecimiento (1992).

En porcentaje de deficiencia a los 43.5% del total de los participantes del estudio obtuvieron una ingesta de lípidos deficiente y otro 41.3% se encontraban normal. Este dato no concuerda con lo que se menciona en donde la mayoría presentaban deficiencia.

Vaidyanathan (2008) discaron en su estudio, una ingesta deficiente de grasas asociado a presentar desnutrición, ahí se menciona que los participantes con una ingesta deficiente de grasas (< 25 g/día), tuvieron un peso corporal y medidas antropométricas. Oko (2011) menciona que concuerda con lo anterior, manifestando que una ingesta pobre en grasas es un predictor de desnutrición. Como anteriormente no se pudo comprobar en este estudio debido a que la mayoría de los participantes de este estudio tuvo una ingesta adecuada de ellos consumieron menos de 17 g/día (Vaidyanathan, 2008).

El 30% del total de los participantes de este estudio presentó un consumo deficiente de hidratos de carbono, un 35% un exceso en su consumo y un 35% normal de este macronutriente. Este dato concuerda con lo que se menciona en López y cols., donde la mayoría de los participantes de este estudio tuvieron un consumo adecuado. Además López y cols. (2010) mencionan que un consumo adecuado de hidratos de carbono es importante para el crecimiento y el desarrollo.

col (2007) Hagau y (2010) dicen que este macronutriente podría ser el componente más importante en la dieta de los niños con card

Una de las razones por las que quizás no se hayan podido estar tan apegados a los mencionados en la bibliografía puede haber sido la falta de este estudio. Futuras investigaciones en cuenta este punto importante debido a que un mayor número de niños podría reflejar de más ampliamente este padecimiento en el estado nutricional.

Además de leer el recordatorio de 24 horas sin olvidar los resultados de este estudio los padres de familia pueden haber corrido prisa a responder algo que el entrevistador quería escuchar.

Capítulo Conclusión

Con base en los objetivos de estudio se puede concluir que el grupo con cardiopatía congénita anómalas de cardiopatías congénitas acia entre los índices peso/edad, peso/talla y talla/edad y los por energía, proteínas, lípidos e hidratos de carbono.

Los resultados de este estudio demuestran que el grupo con cardiopatía congénita anómalas grupo con cardiopatía congénita anómalas presentan un grado de desnutrición. Sin embargo, esta diferencia estadísticamente significativa.

Con esta investigación se concluye que en cardiopatías congénitas riesgo a padecer de malnutrición. Se recomienda a los profesionales de la salud padres de los niños afectados conozcan este punto, debido a corregir la desnutrición en el paciente. Así es indispensable que todos los niños, desde el nacimiento, sean valorados por médicos poder detectar la enfermedad a tiempo.

Aquellos niños que sean diagnosticados con esta enfermedad deben recibir atención por el personal de nutrición, para así poder dar una ayuda a los padres de estos pequeños y poder ayudarlos a prevenir o evitar el desarrollo de nutricio que desencadena esta enfermedad.

Capítulo 7. Recomendaciones

Futuras investigaciones deberán tener en cuenta los factores que pueden influir en el estado nutricional de niños con cardiopatías congénitas:

Se deberá hacer una distinción entre el estado nutricional congénito de niños con y sin hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca, así como en el caso de enfermedades infecciosas.

Se sugiere en el momento de gestación de los niños con cardiopatías, así como el peso y la talla al nacer. Esto debido a que aquellos prematuros o con peso y talla baja, tienden a tener un estado nutricional deficiente que aquellos que no tuvieron estas condiciones. Se debe tener en cuenta la edad de inicio de la alimentación complementaria de los padres.

Se invita también a utilizar circunferencia de brazo así como los pliegos cutáneos para así evaluar la masa magra y masa grasa de los niños.

Se aconseja que la selección de niños para el estudio se haga en un número de participantes en el estudio para así poder determinar un mayor número de niños que afectan este padecimiento en el nacimiento de los niños.

Se recomienda tener un grupo control de niños sin cardiopatías congénitas para tener un mayor número de niños en el estudio de la nutrición de los niños con cardiopatías congénitas. Se recomienda tener en cuenta la ubicación geográfica.

Se recomienda tener un grupo de niños para así hacer más fácil la comparación de los estudios.

Glosari

Alimentación complementaria: ración de alimentos diferentes a

Antropometría: medición de las dimensiones físicas del cuerpo

Cardiopatía congénita: anomalía estructural aparente en el corazón grande de los intratorácicos presente en el nacimiento, que tiene repercusión funcional.

CreCIMIENTO: proceso fisiológico por el cual se incrementa la masa mediante el aumento en el número de células (hiperplasia), el tamaño (hipertrofia) y en la sustancia intercelular.

Desnutrición: estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos, o por un exceso de nutrientes por las células del organismo. Se acompaña de varias manifestaciones clínicas en diversos grados de intensidad (leve, moderada y grave). Puede ser aguda o crónica.

Desnutrición moderada: trastorno de la nutrición que produce un déficit de peso de 1 y menos 1.99 desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad.

Desnutrición moderada: trastorno de la nutrición que produce déficit de peso de 1 y menos 2.99 desviaciones estándar de acuerdo con el indicador de peso para la edad.

Desnutrición grave: trastorno de la nutrición que produce déficit de peso de 2 y más desviaciones estándar, de acuerdo con el indicador de peso para la edad.

Gasto energético: a que consume un organismo, la TMB (metabólica basal), la actividad física y la termogénesis. Se considera a la TMB , como la mínima cantidad de energía que necesita un organismo para estar vivo y representa del 60 al 70% del total de la energía gastada en adultos sedentario.

Índice de masa corporal: como el cociente que resulta de dividir el peso en kilogramos por la talla en metros al cuadrado.

Macronutrientes: los nutrientes energéticos de la dieta, incluye a los carbohidratos, proteínas y grasas.

Metabolismo: conjunto de todas las reacciones químicas del organismo que forman el organismo.

Peso para la edad: resultado de comparar el peso de un niño, con el peso promedio de una población de referencia de la misma edad.

Peso para la talla: resultado de comparar el peso de un niño con el peso promedio de una población de referencia de la misma talla.

Porcentaje de adecuación: se realiza una vez definidos los requerimientos energéticos y nutrimentos considerando la edad, sexo, actividad física del sujeto en cuestión y se comparan con lo que consume el paciente.

Tabicación ~~na~~ formada ~~de~~ varios tabiques que son primero indepe sí, pero más tarde se unen para trasformar el tubo cardiaco cuatro cámaras.

Talla para: ~~índice~~ resultante de comparar la ~~talla~~ ~~del~~ ~~que~~ ~~el~~ ~~niño~~ debiera presentar para su edad. La talla ideal corresponde a referencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. MORENO, J.E. [et al] Nutricional de lactantes afectados por congénita compleja antes de la alta. *Pediatr Esp.* 2007; p. 1. Pág. 428. Fecha de consulta: [08/12/2014] Disponible en: [http://www.gastroinf.es/site/Site/Canut/fii/le5%20\(s1\)_Enero%2007.pdf](http://www.gastroinf.es/site/Site/Canut/fii/le5%20(s1)_Enero%2007.pdf)
2. FERNANDEZ CANTON, S.B.; GUTIERREZ URRUTIA, L.R. [et al]. causas de mortalidad infantil en México. *Rev. Med. Hosp. Infantón Mex.* 2012, vol. 64, no. 2, p. 48-52. Fecha de consulta: [2013/02/28] Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v69n2/v69n2a11.pdf>
3. PEREZ, C.F. [et al] Incidencia de cardiopatía congénita cianógena en niños menores de 3 años de edad del Hospital Infantil Dr. line]. *Rev. Med. Univ. CDMX*; vol. 71, no. 45. Fecha de consulta: [13/12/2014] Disponible en: <http://www.bvs.org.mx/doc/20110174/01/RMD20110104046.pdf>
4. ROMANN B. Burishing Little Hearts: Nutritional Implications for DefecPractical gastroenterology. [on line]. Agosto 2011. Fecha de consulta: [12/09/14] Disponible en: <http://www.practicalgastro.com/pdf/August11/RomanArticle.pdf>
5. RATANA EK, USPONGDANA, N. Nutritional status of pediatric patients with congenital heart disease: a retrospective study. *Asian J. Pharm. Sci.* 2011. Vol. 94, no. 137. Fecha de consulta: [2013/02/28]

[http://www.chipitralngosth/main/research/Inweb/OpenPDF/OperMed%20Sup.3\(Suntaree\)%20Nutritional.PDF](http://www.chipitralngosth/main/research/Inweb/OpenPDF/OperMed%20Sup.3(Suntaree)%20Nutritional.PDF)

6. NYDEGGER, A., **Blin E**, **Metabolism in infants with congenital disease** [online]. **Nutritio** Marzo 2006. Vol. 204. p. 697a de consulta [20103228] Disponible en:

<http://www.nutricion.sochipe.cl/subidos/catalogo3/Energia>
doi:10.1016/j.nut.2006.03.010

7. OKOROMAH **CHRISTY R** **Relevance, profile and predictors of malnutrition in children with congenital heart defects: a small study** Arch Dis Child. **2011**; 96(11):1103-1107. [2011013]

Disponible en:
<http://adc.bmj.com/content/early/2011/01/24/adc.2009.176644>
doi:10.1136/adc.2009.176644

8. THOMPSON, OSCAR **Estado nutricional del niño con cardiopatía congénita** Arch. Inst. Cardiol. **1998**; 8(6):680-683. [2010013]

Fecha de consulta: 4/2/2011 Disponible en:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/abstract?vid=2c0766168f7fd1ab0419%40sessionmgr112&vid=1&hid=120&bdata=JN%3d%3d#db=mnh&AN=9810354>

9. LOPES, et al. **Assessment of Food Intake in Infants Between 6 and 12 Months with Congenital Heart Disease** **Arqs Bras Cardiol**; vol. 89, no. 4: p. 192-202. Fecha de consulta: 4/2/2011 Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n4/en_a02v89n4.

10. RUZA, FRANCISCO. de cuidados intensivos en pediatría. CASAPITE
EDICIONES. 1280 pág.

11. GÓMEZ, FEDERICO. Opinión sobre Salud Pública, 2013, #5, vol. 4,
pág: 5826 Fecha de consulta: 2014 Disponible en:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=36342003001000014&lng=en&nrm=iso
ISSN 03063364. <http://dx.doi.org/10.1590/S030633642003001000014>.

12. VILLASEVER, MIGUEL. La Ator[es y] frecuencias de irritaciones a d
asociados a desnutrición de niños en el Hospital de Pediatría y Neonatología
de México agosto de 2001, vol. 43, 260. Fecha de consulta: [19
2013] Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v43n4/5898.pdf>
ISSN 03063364

13. MITCHELL, I. Nutritional status of children with congenital
disease. Heart March 1995; 73 no. 3, 277-83 Fecha de consulta: [20
2013]. Disponible en <http://heart.bmj.com/content/73/3/277.long>

14. VERONICA, MARIA ELENA. Aca[de]mic Development (Weight And Height)
Children With Congenital Heart Disease. Pediatr 2011; 127. Vol
15, no. 57/583-585. Fecha de consulta: 2014 Disponible en:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/304570230=022489e62cebc62451e9%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4114&bdata=JnQ%3d%3d>

15. VAIDYANATHAN MB. In[te]llectual in Children with Congenital Heart
(CHD): Determinants and Impact of Corrective Intervention

PEDIATRICS]. Julio 2008.-546L. Fecha de consulta: [2013
Disponib <http://www.indianpediatrics/541/july2>

16VAIDYANATHAN A. What Determines Nutritional Recovery in Malnourished Children After Correction of Congenital Cardiac Defects? Pediatrics. 2009. Vol. 124, -2009. Fecha de consulta: Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/content/124/2/e294.full>
DOI: 10.1542/peds.2009

17GARCÍA ALEJOS, ELL C, AMIN S. Estricción en el lactante con cardiopatía congénita. En: Bueno M, Bueno O, Sarriá A, Pérez González. Pediatría 2da edición. Madrid: Ergon 2003; 37:415

18MACIQUES, RAQUEL. Efecto nutricional perioperatorio del lactante con cardiopatía congénita. Peruvian Journal of Pediatrics, vol. 61, n.º 12, págs. 111-115. Fecha de consulta: Disponible en :
<http://200.62.146.19/BVRevistas/rpp/v61n2/pdf/a06v61n2.pdf>

19VARAN, BIRGÜL, AD TOKEL, KÜRS y MAMA ZMADIN. Nutritional growth failure in cyanotic and acyanotic congenital heart disease with pulmonary hypertension. Arch Dis Child. 1999; 81:499. Fecha de consulta: [2013] Disponible en <http://adc.bmj.com/content/81/1/499.full>

20SCHWARZ, S, GEWEZ, J, MEINER, S. E. Nutrition in children with congenital heart disease and growth failure. Pediatrics. 1990. Vol. 86, no. 3, págs. 337-341. Fecha de consulta: [2013] Disponible en:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer?sid=90a6008d3ece751%40sessionmgr4004&vid=6&hid=4212>

Latino Enfermería, abril 2007, vol. 15, no. 29-30, p. 5. Fecha de consulta: [22 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/le/v15n2/le_s_v

27 SUVERZA FERNÁNDEZ, A. YEHABACINA VAIRAO, A. Kuación del de Nutrición México, Ed. McGrawHill, 2010. p:332

28 CASTILLO BERNANDEZ, J.L. CUEVA ESTEBAN. Kuación del Estado Nutrición [on line] Revista médica de la Universidad de Veracruzana. Diciembre 2004. Fecha de consulta: [20 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/rev_medic_uva_vol_4_num_4_n.htm

29 DE LUIS, DANIEL, BELLIDO, D. DE GÓTI, GARCÍA, ANTONIO PEDRO. Clínica metabólica. España. Ed. Diaz de Santos. 2010. Págs. 918.

30 SABATE. Estimación de la ingesta dietética en medicina desafiante. Clínica, 1993, vol. 100 núm. 15. Fecha de consulta: [22 de febrero de 2013]. Disponible en: http://ferran.torres.name/edu/sp/download/medicina_desafiante/encuestas/encuestas.pdf

31 CABRERO ALLEN, L. y PRENTICE. Food of human nutrition. Vol. II Reino Unido. Ed. Elsevier. 2005.

32 UL HAQ. Risk factors predisposing to congenital heart defects. Journal of Pediatric Cardiology. 2011, 7, 121. Fecha de consulta: [20 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3180966/>

- 33 DURÁN, C. Cardiopatías congénitas más frecuentes en niños. *Revista Colombiana de Pediatría Integral*. 2012; vol. 35, no. 8. p : 622
 Fecha de consulta: [12 de mayo del 2013] Disponible en:
<http://www.sepeap.org/secciones/62635%20Cafido.pdf>
- 34 REY, J.R., SALGUERO, M. *Manejo de Medicina y Cirugía. C*
 y cirugía cardiovascular. 2006. 103 p
- 35 BEHRMAN, R.E., KLIEGMAN, R.M., JENSON, J.H. *Pediatrics*
 editado por Saunders 2672 p.
- 36 SJARIF, DAMAYANTI. Anthropometric profiles of children with
 heart disease. *Indonesian Journal of Health* February 2011, vol. 24, no. 1. págs.
 Fecha de consulta: [12 de mayo del 2013] Disponible en:
<http://dosens.narotacenter.td/papers/2012/02/Antropometric%20profiles%20of%20children%20with%20congenital%20heart%20disease.pdf>
- 37 ONIS, MERCEDES y BLÖSSNER, J.M. *International Database on Child Growth and Malnutrition*. WHO. Genova, 1997.

ANEXOS

10. ANEXO I

Técnicas de medición

Peso:

La báscula se debe de encontrar en una superficie plana, h
iniciar las mediciones se comprobará su buen funcionamiento
semana, su exactitud, empleando para ello un juego de pesas
Los infantes desviste el niño, se levanta tomándalo de los
derecha, uno de cuyos miembros se coloca entre los miembros
mientras que la mano izquierda se sitúa debajo de los hombros
extendiendo los dedos alrededor del cuello y de la axila.
de la báscula, manteniendo la mano izquierda en contacto con el cuerpo.
la otra mano se maneja la báscula para leer la pesa para el niño
misma hora y con un pañal de peso conocido. La aproximación
de la lectura se lleva a decigramas. La capacidad de 100 g
(2)

Longitud: niños menores de un metro se toma la longitud en d
se emplea un infantómetro. El niño se coloca al aparato de
Se coloca al niño de preferencia desnudo sobre el eje longitu
sostiene su cabeza firmemente, de modo que el vértex entre
cefálica del aparato y el punto superior del
conducto auditivo externo se alineen en posición
perpendicular a la mesa. Se sujeta al niño de las rodillas,
izquierda, a fin de que no flexione o bascule el tronco; con
se moviliza la placa podálica hasta que quede en contacto c
niño, las cuales estarán colocadas en ángulo recto. A conti
aproximándose a los milímetros. Se aceptará una variación de dos milímetros (22)

10. ANEXO III

Consentimiento Informado

Protocolo de tesis de la Maestría en Nutrición clínica de la Puebla

Título Comparación de niños con cardiopatía congénitas cianóticas con HNP respecto a los índices P/E, T/E y P/T con el porcentaje de adecuación a la dieta

Nombre del Investigador Principal: Alumna del titular Maestría en Gómez Sánchez

Dirección del Sitio de Investigación: Calle Pón 728 A, Cd. San Andrés Cholula, Puebla, Mex.

Número de Teléfono: 222 45 6 20 74

A través de este documento queremos hacerle una invitación voluntariamente en un estudio de investigación clínica. Titulo Comparar a niños con cardiopatía congénitas cianóticas y acianóticas los índices P/E, T/E y P/T con el porcentaje de adecuación a la dieta

Antes de que usted acepte participar en este estudio se le presenta este documento de Consentimiento Informado que tiene como objetivo comunicarle el propósito y beneficios para que usted pueda tomar una decisión informada.

El procedimiento que se realizará en este estudio son:

1. Pesar y medir al niño.
2. Realizar un cuestionario sobre antecedentes patológicos y sobre hábitos de alimentación que lleva el niño en un día normal.
3. Posteriormente se le llamará por teléfono para volver a realizar una encuesta sobre el tipo de alimentación del niño.

Los beneficios que se podrán obtener con el uso del estado nutricional de los niños con cardiopatías congénitas de los resultados poder ayudar a mejorar su calidad de vida.

Una vez que teniendo conocimiento sobre el estudio y lo llevarán a cabo, se le pedirá que firme esta ~~forma~~ ~~para~~ ~~su~~ ~~de~~ ~~decisión~~ de que es voluntaria, lo que significa que usted es t no en el estudio. Podrá retirar su consentimiento en cualquier explicar las razones sin que esto signifi ~~ca~~ ~~de~~ ~~la~~ ~~in~~ ~~for~~ ~~mación~~ médica que se le provea, ni deteriorará la relación con su m usted puede platicar con su médico sobre los cuidados médicos

Al firmar la forma de consentimiento, ~~o~~ ~~up~~ ~~sa~~ ~~te~~ ~~ad~~ ~~el~~ ~~co~~ ~~ns~~ ~~ta~~ ~~de~~ ~~este~~ actual y cualquier investigación posterior que pueda llevar información. Sin embargo, el Investigador del estudio tomará proteger su información personal, y no ~~ni~~ ~~g~~ ~~u~~ ~~ñ~~ ~~á~~ ~~r~~ ~~se~~ ~~su~~ ~~o~~ ~~n~~ ~~o~~ ~~m~~ ~~b~~ publicaciones o divulgación futura. Si se retira del estud información personal acerca de usted, pero podremos neces información ya recopilada.

Yo _____ actuando como
padre, madre o tutor (a) del niño _____ he
sido informado acerca del estudio y tuve mi primer diálogo co
o el personal de la investigación acerca de ~~la~~ ~~de~~ ~~bi~~ ~~cy~~ ~~æ~~ ~~ri~~ ~~té~~ ~~o~~ ~~di~~ ~~re~~ ~~cc~~ ~~io~~ ~~n~~
información en este documento de consentimiento
día _____ .

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR _____

10. ANEXO IV

CUESTIONARIO DE ENTREVISTADOS:

Nombre Com _____
del Niño: _____
Fecha de Nac _____
No. Expedie _____
Ciudad de _____
procedenc _____
Dirección _____
Teléfono _____

Fecha Actual: _____

DATOS DEL NIÑO:

1. ¿Ha padecido o pade ~~me~~ ~~da~~ ~~du~~ ~~el~~ ~~cro~~ ~~fr~~ ~~er~~ ~~z~~ ~~ón~~? _____
 ¿Cuál? _____
 ¿Se le realizó alguna cirugía? _____
 ¿Está tomando algún medicamento? _____
2. ¿Ha padecido últimamente alguna enfermedad ~~en~~ ~~el~~ ~~ap~~ ~~ar~~ ~~ato~~ ~~de~~ ~~la~~ ~~ca~~ ~~be~~ ~~ca~~, el apar
 esófago, estómago, ~~int~~ ~~est~~ ~~in~~ ~~o~~ ~~int~~ ~~er~~ ~~o~~ ~~do~~, recto, ano,
 páncre ~~as~~) _____
 ¿Cuál? _____
 ¿Cuándo se ~~re~~ ~~pr~~ ~~e~~ ~~s~~ ~~e~~ _____
 ¿Se le realizó alguna cirugía? _____
 ¿Está tomando algún medicamento? _____
3. ¿Ha padecido alguna enfermedad de ~~la~~ ~~ti~~ ~~roid~~ ~~es~~ ~~mi~~ ~~o~~ ~~de~~ ~~s~~
 hipertiroidismo)
 ¿Cuál? _____
 ¿Hace cuándo se lo diagnosticaron? _____
 ¿Está tomando algún medicamento? _____
4. ¿Ha ~~pad~~ ~~ec~~ ~~id~~ ~~o~~ ~~ú~~ ~~lt~~ ~~im~~ ~~a~~ ~~l~~ ~~g~~ ~~u~~ ~~n~~ ~~t~~ ~~e~~ ~~en~~ ~~fer~~ ~~m~~ ~~id~~ ~~ad~~ ~~de~~ ~~l~~
 ¿Cuál? _____
 ¿Cuándo se presentó? _____
 ¿Se le realizó alguna cirugía? _____
 ¿Está tomando algún medicamento? _____