



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-13-02

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. MARIA INES Prof. RITA PEREZ y Prof. RAIZA FREIRES, Reunidos en: Sala de Tecnología Educativa UBO Bolívar

a la hora: 11:00
 Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN GRUPO ETARIO DE 1 A 5 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA II DEL HOSPITAL RUIZ Y PÁEZ EN CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR.

Del Bachiller YENNIFER DANIELA ESQUIVEL BERAZA C.I.: 27922436, como requisito parcial para optar al Título de **Licenciatura en Enfermería** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO <input checked="" type="checkbox"/>	APROBADO MENCIÓN HONORÍFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	--	-----------------------------	------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 30 días del mes de Noviembre de 2024

Prof. MARIA INES
 Miembro Tutor

Prof. RITA PEREZ
 Miembro Principal

Prof. RAIZA FREIRES
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado



ORIGINAL DACE

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2024-13-02

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. MARIA INES Prof. RITA PEREZ y Prof. RAIZA FREIRES, Reunidos en: Sala de Tecnología Educativa UOB Bolívar

a la hora: 11am.

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN GRUPO ETARIO DE 1 A 5 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA II DEL HOSPITAL RUIZ Y PÁEZ EN CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR.

Del Bachiller ISABELLA ANDREINA VALDEZ GARCIA C.I.: 28162521, como requisito parcial para optar al Título de **Licenciatura en Enfermería** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	X	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	----------	---	-----------------------------	------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 20 días del mes de noviembre de 2024

Prof. MARIA INES
 Miembro Tutor

Prof. RITA PEREZ
 Miembro Principal

Prof. RAIZA FREIRES
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado



ORIGINAL DACE



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN
GRUPO ETARIO DE 1 A 5 AÑOS. SERVICIO DE
PEDIATRÍA II. COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLÍVAR,
ESTADO BOLÍVAR. I SEMESTRE 2024**

Tutor académico:

Prof. Inés, María

Trabajo de Grado Presentado por:

Br: Esquivel Beraza, Yennifer Daniela

C.I: 27.922.436

Br: Valdez García, Isabella Andreina

C.I: 28.162.521

Como requisito parcial para optar por el título de Licenciatura en Enfermería

Ciudad Bolívar, Noviembre de 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	x
DEDICATORIA.....	xi
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVOS.....	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos.....	16
METODOLOGÍA.....	17
Tipo de estudio.....	17
Población.....	17
Muestra.....	17
Criterios de inclusión.....	17
Criterios de exclusión.....	17
Métodos e instrumento de recolección de datos.....	18
Procedimientos.....	18
Validación.....	19
Plan de tabulación y análisis de datos.....	19
RESULTADOS.....	20
Tabla N°1.....	21
Tabla N°2.....	22
Tabla N°3.....	23
Tabla N°4.....	24
Tabla N°5.....	25

DISCUSION	26
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	33
APENDICES	42
Apéndice A	43
Apéndice B	44
Apéndice C	45
ANEXOS	47
Anexo 1.....	48
Anexo 2.....	51

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a Dios por darme siempre fuerzas para continuar en lo adverso, por guiarme en el camino de lo prudente y darme sabiduría.

A mis abuelas, Mary Buitrago y Gladys López por darme cariño, afecto y apoyarme en toda mi formación. Me enseñaron muchas cosas vitales para la vida, y me encaminaron por el buen camino. A mi hermana, Fabiana Esquivel por siempre estar apoyándome y brindándome su cariño, por siempre creer en mí y ser un pilar fundamental para cumplir mi meta.

A mis padres Yenni Beraza, Fabián Esquivel y Surely Prieto, por su amor, compañía y apoyo para alcanzar mis metas.

A mis tías maternas, por todo su apoyo y comprensión a lo largo de este camino, y por siempre creer en mí.

A Escarlet Escolano y Betzahid Maya por su amistad, por cada risa y alegría compartida, el apoyo incondicional y la cercanía.

A Alejandro Salas por su amistad, por siempre sacarme una sonrisa y ser un gran apoyo en este largo camino.

A mis ángeles en el cielo Wilson Ochoa, quien fue como un segundo padre, a mi abuelo Juan Machiz, y a mi tío Ronnys Beraza, a quienes siempre tengo presente en todo momento.

A los padres de mis amigas, Sra. María Herrera, Sr. Joaquin Escolano, Sr. Jesus Valdez y Sra. Yanett García, quienes me acogieron en sus casas y vidas como si fuera una hija más para ellos, por su apoyo en cada paso de mi vida como foránea.

A mi compañera de tesis Isabella Valdez, por siempre estar presente, por las risas, por estar en los momentos de tristezas y por sobre todo tenerme paciencia a lo largo de toda la carrera.

Yennifer Esquivel

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco a nuestra casa de estudio, la casa más alta, por siempre permitirnos y alentarnos a seguir esforzándonos cada día, superando cada obstáculo que encontramos en el camino. Por todos los conocimientos impartidos con dedicación y amor, para que cada uno de nosotros seamos unos grandes profesionales de salud.

A nuestros familiares y amigos por alentarnos en los días más oscuros, por su apoyo incondicional en cada uno de nuestros pasos para ser las grandes profesionales que aspiramos ser. Agradezco que nos levantaran y sujetaran cuando no veíamos esperanza y caíamos, pero siempre nos mostraron la luz al final del túnel, y nos incentivaron a llegar hasta ella, para que viéramos todo el fruto que daba nuestro esfuerzo.

A quienes se convirtieron en nuestras familias, la Sra. María Herrera y el Sr. Joaquín Escolano, la Sra. Ana Mejías, Sra. Mary Buitrago, Sr. Fabián Esquivel, Sra. Surely Prieto y Lila Ruiz quienes nos acogieron en sus casas y vidas como si fuéramos otras hijas para ellos, quienes nos vieron sufrir y correr, y nos apoyaron en cada paso que dimos como foráneas.

A la Lcda. Odalys Reyes, quien es el alma del departamento de enfermería de la U.D.O, quien no ve problemas si no soluciones, además de tratarnos a todos como si fuéramos sus propios hijos, con todo el amor y amabilidad. A quien llamamos cuando tenemos una duda o un problema de la carrera o de la universidad y está dispuesta a ayudarnos 24/7.

A nuestra maravillosa tutora, Lcda. María Inés, por su tiempo, comprensión, dedicación y orientaciones, quien fue uno de los pilares más importantes para la realización de este trabajo. Por ser el vivo ejemplo que, con amor a la carrera y perseverancia, todo es posible.

A todas las personas que aportaron un granito de arena en nuestras vidas personales y profesionales, quienes nos enseñaron, quisieron y rieron junto a nosotras.

Isabella Valdez

DEDICATORIA

Dedico todos mis esfuerzos a las personas que siempre han estado a mi lado en este proceso y gracias a ellos pude alcanzar este éxito.

A Wilson Ochoa, quien ya no está conmigo en este mundo, pero sé que donde esté está orgulloso de mi y de todo mi esfuerzo.

A mí misma, por ser tan resiliente

Yennifer Esquivel

DEDICATORIA

A Yanett García y Jesús Valdez, mis padres, por apoyarme, amarme incondicionalmente, e incentivar me cada día a ser mejor persona, y enseñarme cada día una cosa nueva. Sin ustedes nada hubiera sido posible. A Andrea Valdez, por ser mi hermana, mi confidente y mi otra mitad en la vida, la que ilumina mi camino todos los días, con su mera presencia sé que todo es posible.

A Gladys Ramírez por ser el pilar más importante en mi vida, por ser la que me impulsa cada día a aprender cosas nuevas, quien me ha dicho desde pequeña que nada es imposible, si me lo propongo.

A Deisy García y Lilia Valdez quienes me apoyaron y amaron incondicionalmente en este viaje llamado universidad, quienes hicieron todo lo que estaba a su alcance para que pudiera sacar adelante mi carrera como profesional en enfermería.

A Escarlet Escolano, Betzahid Maya, Adriana Salazar y Karen Morán por ser las mejores amigas, con su amor y apoyo incondicional, en toda la carrera. Por estar allí cuando más lo necesitaba, por esos días donde me escucharon hablar y hablar sin parar sobre la carrera a pesar de todo y sobre todo por esos días donde simplemente me hacían reír o distraerme del estrés.

A Yennifer Esquivel, además de compañera de tesis, amiga, gracias por entenderme, apoyarme y tener toda la paciencia del mundo, por ser la persona quien completa mis ideas y busca conmigo la forma de hacerlo posible.

Isabella Valdez

**INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN GRUPO
ETARIO DE 1 A 5 AÑOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA II. COMPLEJO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLÍVAR,
ESTADO BOLÍVAR. I SEMESTRE 2024**

Esquivel Beraza, Yennifer Daniela.

Valdez García, Isabella.

RESUMEN

Según la Organización Mundial para la Salud (OMS), se ha reportado en junio de 2021 que 52 millones de niños menores de 5 años presentan emaciación, 17 millones padecen emaciación grave, y 155 millones sufren retraso del crecimiento. El objetivo general fue Determinar la incidencia de la desnutrición infantil en grupo etario de 1 a 5 años. Servicio de pediatría II. Complejo hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Esta investigación fue de tipo Descriptiva, de corte transversal y de campo. Se empleó como instrumento de recolección de datos la entrevista, realizándose un cuestionario. La muestra del estudio consistió en un total de 15 pacientes (25%) de 1 a 5 años con diagnóstico de desnutrición infantil. Según los datos obtenidos, el sexo predominante fue el masculino con un 53,33%. Los niños de 1 año mostraron la mayor frecuencia (66,67%). La talla de 70-74 cm representó el mayor porcentaje (33%). El mayor número de niños pesó entre 5K y 9K (87%). La Enfermedad Linfoproliferativa fue la enfermedad preexistente más frecuente (20%). Se encontró que los rangos de peso de las femeninas de 1 año están entre 5,3kg y 8,2kg con una talla entre 70cm y 81cm, y de los varones de un 1 año el rango de peso esta entre 5,3kg y 7,85kg con una talla entre 71cm y 81cm. Los niños con desnutrición aguda representaron el porcentaje total de la muestra, siendo severa en el 66,67%, En este trabajo, la tasa de incidencia de desnutrición infantil en el grupo etario de 1 a 5 años fue de 15 pacientes de un total de 60, dando como resultado una tasa de incidencia de 0,25 casos; con un 25 % de probabilidad de presentarse esta patología en esas edades.

Palabras claves: Desnutrición infantil, nutrición, incidencia

INTRODUCCIÓN

Para comenzar este interesante tema es imperativo adentrarnos en definiciones y reflexiones que nos orienten en el contexto de la investigación. El hambre y la desnutrición se descubren en el siglo XX, tanto en su dimensión social como fisiológica. Es en ese momento cuando se empezaron a perfilar conceptos como los de hipoalimentación o alimentación hipocalórica, alimentación carencial o malnutrición¹. La desnutrición en sus diversas formas es la más común de las enfermedades en la infancia².

En la III Conferencia Internacional de Alimentación celebrada en Buenos Aires en octubre de 1939, se reconocía que América Latina vivía una verdadera tragedia por la subalimentación que afectaba a la mayoría de sus países. Al mismo tiempo que se denunciaba que una parte importante de la población latinoamericana "no alcanzaba a comer lo mínimo que debía exigirse para conservar la vida y permitir un rendimiento normal de trabajo humano" se concluyó que, en los países latinoamericanos más favorecidos, la cuarta parte de su población obrera no alcanzaba a ganar lo suficiente para poder adquirir los alimentos necesarios¹.

Según la Organización Mundial para la Salud (OMS), se ha reportado en junio de 2021 que 52 millones de niños menores de 5 años presentan emaciación, 17 millones padecen emaciación grave, y 155 millones sufren retraso del crecimiento³. Tomando en consideración al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 2022, informó que, en todo el mundo, al menos 13,6 millones de niños menores de cinco años sufren de emaciación grave, un problema que causa una de cada cinco muertes en este grupo de edad⁴.

Según la UNICEF y el informe trimestral de Cáritas de agosto de 2017, el 15,5 % de los niños evaluados presentaban síntomas de emaciación (comparado con el 11,1 % en el trimestre anterior enero-marzo), y un 20% adicional de niños en riesgo de desnutrición⁵. Así mismo, en 2020 Caritas informó que la desnutrición infantil en Venezuela subió al 26 % entre diciembre de 2019 y marzo de 2020⁶. Según su monitoreo centinela, Caritas alertó sobre la desnutrición infantil en 2020-2021, donde se reportaron altos niveles de desnutrición aguda y retraso en el crecimiento⁷.

Mientras que la Academia Nacional de Medicina, alertó que la desnutrición infantil en Venezuela habría aumentado de 20 % en 2021 a 33 % en los primeros meses del año 2022⁸. La Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios estimó, que para el cierre del año 2022 en Venezuela cerca de 9.000 niños y niñas menores de 5 años sufrían de desnutrición aguda⁹. La desnutrición infantil por defecto continúa siendo un problema muy serio para la salud pública, y es la deficiencia nutricional de mayor importancia en la población infantil de países no industrializados¹⁰.

Según el manual internacional de clasificación de enfermedades, es una complicación médica posible, pero que puede prevenirse, y que tiene impacto muy importante sobre el resultado de los tratamientos². La malnutrición es una condición fisiopatológica causada por deficiencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de calorías, proteínas u otros nutrientes, lo que permite clasificarla bien sea por exceso o déficit; esta última también llamada desnutrición. Cuando influyen de manera negativa, comprometen el estado nutricional afectando el crecimiento y desarrollo de los niños, dando lugar a la malnutrición infantil¹¹.

En un trabajo realizado por Brown y Pollitt (1996), aseveraron que el tipo de dieta afecta el coeficiente intelectual de los niños en edades tempranas y este persiste en la adultez. Se basan en que durante los primeros años de vida e incluso durante la

gestación, el tipo de nutrientes consumidos tendrán efectos directos en la formación del cerebro. Estos daños pueden ser mitigados durante la formación académica y social del individuo, pero no podrán ser erradicados¹².

Para promover el crecimiento y cubrir los requerimientos fisiológicos del niño en las distintas fases de su desarrollo, las necesidades nutricionales varían considerablemente con la edad, nivel de actividad y condiciones ambientales y están en relación directa con la tasa de crecimiento¹³. Todos los países del mundo están afectados por una o más formas de malnutrición. Combatir todas las formas de malnutrición es uno de los mayores problemas sanitarios a escala mundial. Las mujeres, los lactantes, los niños y los adolescentes están particularmente expuestos a la malnutrición¹⁴.

La optimización de la nutrición al comienzo de la vida (en particular durante los 1000 días que transcurren entre la concepción y el segundo aniversario del niño) asegura el mejor arranque posible de la vida, con beneficios a largo plazo. La pobreza multiplica el riesgo de sufrir malnutrición y sus consecuencias. Las personas de bajos recursos tienen una mayor probabilidad de sufrir distintas formas de malnutrición. Por su parte, la malnutrición aumenta los costos de la atención de salud, reduce la productividad y frena el crecimiento económico, lo que puede perpetuar el ciclo de pobreza y mala salud¹⁴.

La primera vez que se habló de desnutrición como un problema, lo hizo el doctor Moises Behar (1954) quien describe la desnutrición como una deficiencia grande de proteínas en comparación a las calóricas¹⁵. Más reciente, está Gutiérrez (2011) quien la describe como la disminución anormal del peso del niño que puede acarrear consecuencias en las facultades de reacciones defensivas de aprovechamiento que normalmente tiene el organismo, que afecta la fisiología normal del cuerpo¹⁶.

La desnutrición hace referencia a un conjunto de manifestaciones clínicas, alteraciones bioquímicas y antropométricas producidas por la ingesta deficiente y/o aprovechamiento biológico de macronutrientes, ocasionando la insatisfacción de requerimientos nutricionales. La desnutrición disminuye las defensas del organismo, aumentando la susceptibilidad a las enfermedades, que implica tener un peso corporal o una estatura inferior a lo que corresponde de acuerdo a la edad.¹² En relación con lo anterior podemos definir y clasificar la desnutrición infantil en diferentes tipos, dependiendo de su ingesta de nutrientes¹⁷.

La Kwashiorkor o energético proteica, donde la etiología más frecuentemente descrita es por la baja ingesta de proteínas, sobre todo en pacientes que son alimentados con leche materna prolongadamente, o en zonas endémicas donde los alimentos sean pobres en proteínas animales o vegetales. Usualmente, se presenta en pacientes de más de un año de edad, y su evolución es aguda. Las manifestaciones clínicas son una apariencia edematosa, el tejido muscular es disminuido, pueden acompañarse de esteatosis hepática y hepatomegalia, lesiones húmedas de la piel (dermatosis)¹⁷.

La marasmática o energético-calórica, es un tipo de malnutrición energética y proteínica severa acompañada de emaciación, caracterizada por una deficiencia calórica y energética. Suele presentarse en pacientes de 6 a 18 meses, y puede estar ocasionado por el consumo insuficiente de leche materna, el uso inadecuado de fórmulas o leches muy líquidas¹⁸. Se caracteriza por: desgaste muscular y ausencia de grasa subcutánea, se presenta retraso del crecimiento, pérdida de peso, atrofia muscular¹⁹.

La Kwashiorkor-marasmático o mixta, la cual se diagnóstica a todo niño con malnutrición grave que tiene edema y un peso por debajo de 60 por ciento de lo esperado para la edad. Los niños con Kwashiorkor marasmático tienen todas las

características del marasmo nutricional, incluso emaciación grave, falta de grasa subcutánea, crecimiento deficiente, y además del edema, que siempre se encuentra, pueden tener también algunas de las características del Kwashiorkor ya descritas, como: hipoalbuminemia, edema, hígado adiposo crecido, suele conservarse la grasa subcutánea y puede ocultarse el desgaste muscular por el edema¹⁹.

Por otro lado, tenemos según su tiempo de aparición, donde encontramos: la desnutrición crónica o retraso en el crecimiento que evoluciona lenta y progresivamente, se produce en especial en los primeros 1000 días de vida (durante el embarazo y hasta los 2 años) cuando hay una ingesta insuficiente de nutrientes, o existen infecciones y enfermedades que impiden asimilar esos nutrientes. En estos casos la estatura del niño es demasiado reducida para su edad, y tanto el desarrollo físico como el cognitivo se ven mermados, con consecuencias para toda la vida²⁰.

La desnutrición aguda o emaciación, la cual se identifica por un bajo peso respecto a la altura, y se produce cuando los niños o niñas pierden demasiado peso o no ganan suficiente, por una ingesta insuficiente de alimentos en un periodo de tiempo reciente o como consecuencia de alguna enfermedad. Este tipo de desnutrición se dispara habitualmente en situaciones de emergencia con sequías prolongadas, crisis alimentarias y conflictos, pero se da también de forma muy preocupante en países con situaciones más estables y ha aumentado con la pandemia de COVID-19 y el cambio climático²⁰.

Por supuesto, no se puede hablar de desnutrición infantil sin mencionar algunos de los síntomas de esta patología como lo son: Pérdida permanente de peso, estatura baja en relación con la edad, desarrollo inadecuado de los músculos (atrofia muscular), detención del crecimiento y desarrollo. Así mismo, pueden encontrarse alteraciones en el desarrollo del lenguaje, alteración en el desarrollo motor, alteración en el desarrollo del comportamiento (irritabilidad, indiferencia u hostilidad)²¹.

Así mismo, se puede presentar edema de piernas, brazos y cara, manos y pies muy fríos y cianóticos debidos a trastornos circulatorios. Delgadez excesiva, piel seca, áspera y descamación, debilidad del cabello (seco, quebradizo, de color rojizo y de fácil desprendimiento) fisuras en los párpados, labios y pliegues de rodillas y codos, hematomas (moretones), en los casos en que la deficiencia de vitamina C, repetidos procesos infecciosos²¹.

La antropometría es, además, una de las formas más accesibles y frecuentes de evaluar este estado, tanto en niños como en adultos. Es una técnica no invasiva, sencilla, rápida y económica. El bajo peso para la talla (P/T) es un indicador de desnutrición aguda y es independiente de la edad. Esto lo convierte en un indicador muy útil en aquellos contextos en los que la edad es desconocida. Se caracteriza por una delgadez extrema resultante de una pérdida de peso asociada a periodos recientes de hambruna o enfermedad ocurridos en un corto periodo de tiempo, y pese a que es reversible, requiere intervención temprana y lleva asociada un aumento de la morbimortalidad²².

La baja talla para la edad (T/E) es una evidencia de desnutrición crónica, lo que implica que el déficit alimentario se ha mantenido durante un largo periodo, dando como resultado una talla inferior a los límites normales de variación para la edad y sexo que también tiene consecuencias negativas sobre el desarrollo intelectual. Este indicador refleja la historia nutricional del sujeto y permite diagnosticar el crecimiento retardado. Su recuperación es complicada²².

El bajo peso para la edad (P/E) es considerado un indicador de desnutrición global y está estrechamente asociado a la mortalidad en menores de 5 años, cuya tasa se utiliza como principal indicador de progreso en el bienestar infantil. Un déficit en el peso para la edad manifiesta una pérdida de masa corporal, pero no discrimina entre desnutrición crónica o aguda, resultado de una ingesta alimentaria inadecuada,

episodios de desnutrición pasados o unas condiciones sanitarias inadecuadas. El peso para la edad fue gradualmente sustituido por el peso para la talla, y en 1999, la OMS adoptó oficialmente éste último como indicador de preferencia para el diagnóstico de la desnutrición aguda²².

Junto a estos indicadores clásicos que parten del peso y la talla, el perímetro del brazo a nivel mesobraquial también denominado MUAC por sus siglas en inglés (Middle-Upper-Arm-Circunference) es una herramienta con gran valor diagnóstico que poco a poco se ha ido introduciendo para la evaluación de la desnutrición aguda, sobre todo en contextos de emergencia. La valoración consiste en aplicar los percentiles del perímetro del brazo sobre una barra con niveles de estatura grabados²².

La medición del crecimiento de los lactantes y los niños es una parte importante de la vigilancia de la salud infantil. El crecimiento inadecuado de los lactantes debido a una mala alimentación conduce a la desnutrición de los niños en muchos países de ingresos bajos y medios, lo que, si va seguido más adelante de un aumento de la ingesta de calorías, puede dar lugar a sobrepeso u obesidad. Los patrones de crecimiento infantil de la OMS incluyen tablas para niños y niñas por separado, que abarcan desde el nacimiento hasta los 5 años²³.

Los patrones de crecimiento infantil de la OMS son una herramienta de diagnóstico utilizada para monitorear y evaluar el estado nutricional de los lactantes y niños pequeños en todo el mundo. Mediante el seguimiento de la estatura y el peso corporal de los niños, los patrones permiten detectar a los niños o las poblaciones que no están creciendo adecuadamente, o que tienen un peso inferior al normal o corren el riesgo de sufrir sobrepeso y que pueden requerir servicios de salud específicos o respuestas de salud pública²³.

Además de, valorar el peso, talla y explorar al paciente, es útil una analítica sanguínea que incluya marcadores nutricionales, como las proteínas viscerales (por ejemplo, albúmina), micronutrientes, parámetros inflamatorios (que pueden ser causa de desnutrición) y hemograma, por el riesgo de afectación del sistema inmune en pacientes desnutridos. Asimismo, puede ser útil realizar una valoración de la composición corporal con técnicas como la bioimpedancia, que nos proporciona información sobre la masa muscular y grasa corporal²⁴.

Desde luego, el tratamiento de la desnutrición consiste en un aumento gradual del número de calorías consumidas. La mejor manera es consumiendo un buen número de comidas al día, pequeñas pero nutritivas. A las personas que han estado privadas de alimento se les administra primero pequeñas cantidades de alimentos de forma frecuente; entre 6 y 12 veces al día. Luego se incrementa gradualmente la cantidad de alimentos. Una alimentación demasiado rápida tras una desnutrición grave puede causar complicaciones, como diarrea, desequilibrio hídrico y desequilibrios en la glucosa. Estas complicaciones generalmente mejoran si se ralentiza la alimentación²⁵.

A las personas con desnutrición severa suelen administrárseles fármacos para estimularles el apetito, como el dronabinol o megestrol, u otros que sirven para aumentar la masa muscular, como la hormona del crecimiento o un esteroide anabolizante (por ejemplo, nandrolona o testosterona). Quienes tienen dificultad para digerir alimentos sólidos probablemente necesitarán suplementos líquidos o una dieta líquida y nutrición enteral o parenteral, según sea el caso. También se suministran suplementos multivitamínicos para asegurarse de que reciban todos los nutrientes que necesitan²⁵.

Por tanto, se puede decir que la desnutrición es considerada como un fenómeno de origen multifactorial, resultado de una amplia gama de condiciones sociales y

económicas, siendo uno de los problemas más apremiantes en la población infantil¹¹. A lo largo de los años, se han investigado diversos temas relacionados con la desnutrición infantil, como las secuelas y consecuencias de dicha enfermedad sobre todo en una población tan pequeña y en auge de desarrollo; se ha descrito los diversos tratamientos y se han establecido algunos factores de riesgos generalizados para la población global los cuales destacan múltiples motivos para resaltar la relevancia en este tema²⁶.

Si las causas que subyacen en la desnutrición no se corrigen, la situación puede agravarse, de manera que se convierta en una emergencia nutricional como la que está viviendo el Cuerno de África. A lo largo de toda la historia de la humanidad, la desnutrición ha sido una patología de las clases sociales menos privilegiadas, donde la educación, salud, recursos económicos son escasos, donde esta dolencia alcanza su auge. La convención sobre los derechos de los niños reconoce la importancia de la cooperación internacional para mejorar las condiciones de vida de los niños en todos los países, en particular en los países en desarrollo²⁷.

En lo concerniente a Venezuela, el Programa de Alimentación Escolar se crea formalmente en el 18 de junio de 1996, mediante el decreto número 1.376 publicado en la Gaceta Oficial 35.991, con el objetivo de proveer alimentación en las instituciones educativas y, así, responder a la lógica de atención integral que promueve la dotación de condiciones adecuadas para que el proceso de aprendizaje pueda desarrollarse, minimizando los potenciales impactos que se derivan de las características socioeconómicas de los estudiantes y de las condiciones del entorno²⁸.

Simultáneamente, el Artículo 4 del Proyecto de ley de garantía de la alimentación escolar establece que “La asistencia alimentaria se lleva a cabo a través de la provisión de merienda y comida, dependiendo del nivel educativo y horario de atención, y debe por lo menos comprender lo siguiente: Planteles de Educación

Inicial y Primaria: 1. Turno único: merienda, 2. Turno integral: 2 meriendas y 1 una comida...”²⁹.

En ese sentido también se puede hablar del Artículo 7 del mismo proyecto de Ley el que dictamina que “El aporte calórico para cada tipo de asistencia alimentaria (merienda y comida) no debe ser menor al treinta por ciento (30 %) del total de los requerimientos nutricionales de los escolares según su edad” En el cual menciona que las comidas brindadas por todas las instituciones desde el nivel inicial hasta educación media deben tener al menos el 30 % de aporte calórico²⁹.

El Estado Venezolano contempla una serie de leyes que amparan el derecho a la alimentación. El país forma parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales desde el año 1978, que en su artículo 11.2 reconoce el derecho de toda persona de estar protegida contra el hambre. Igualmente, forma parte de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) que en su artículo 26 se encuentra el Derecho a la Alimentación³⁰.

En el ámbito nacional, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, establece en su artículo 305, la garantía de la seguridad alimentaria para la población, otorgando carácter constitucional a los diferentes tratados de derechos humanos suscritos por la República. Los instrumentos legales que existen protegen a sectores muy específicos de la población como los trabajadores y niños, a través del establecimiento de medidas específicas para estos grupos humanos³⁰.

Para garantizar el estado nutricional de la población, existe en el país una ley importante: Ley de Alimentación para los Trabajadores promulgada en el año 2004. Estas leyes crean dispositivos específicos para otorgar un bono alimentario al personal que labora en las empresas públicas y privadas²⁹. Las tendencias globales en el enfoque del combate a la malnutrición apuntan acciones preventivas de inicio

tan temprano como en hombres y mujeres en edad fértil, con una perspectiva de equidad y un enfoque de respeto a los derechos humanos fundamentales con una configuración holística para el logro de una vida sana, productiva y sostenible para la población³¹.

En un artículo publicado en 2018 que lleva como título: “Venezuela entre la inseguridad alimentaria y la malnutrición”, aseveraron que ninguno de los objetivos propuestos anteriormente ha sido alcanzado en Venezuela, por causa de las limitaciones para el desarrollo de la población, debido a que son múltiples y mantienen a la misma enfocada en la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación, sin poder dedicar tiempo y esfuerzo a labores más elevadas y complejas, como la dedicación del tiempo necesario para la educación y cultivo de habilidades que permitan su desarrollo integral³¹.

En República Dominicana (2017), una investigación realizada por la Dra. Kenia Muñoz, titulada “Incidencia de desnutrición en niños de 0-5 años atendidos en la unidad de atención primaria Magueyal, Azua, República Dominicana, en el período enero 2017-diciembre 2017.” Donde la muestra estuvo constituida por 244 niños atendidos de 0-5 años, obtuvieron que la incidencia de desnutrición en ellos, fue de un 100 %, ya que fueron observados todos los pacientes atendidos. El 25 % de los pacientes tenían 3 años, el 54 % de los niños fueron varones y el 0,9 % presentaron falcemia en el diagnóstico de ingreso³².

En Ecuador (2021), se realizó una investigación conducida por la Lcda. Freire Cervantes Verónica Elizabeth, titulada “Prevalencia de desnutrición en niños menores de 5 años del CDI “Mis Pequeños Angelitos” de la ciudad de Milagro. Enero - mayo 2021” donde obtuvieron resultados según el sexo, en el segmento de las niñas se identificó que el 24 % posee problemas de desnutrición, mientras que en el grupo de los niños se estableció un porcentaje de prevalencia del 21 %; sin embargo, es

importante destacar que, de los 45 infantes evaluados, el 62 % son varones. Es decir, existe un mayor número de menores de sexo masculino con problemas nutricionales y de crecimiento³³.

En Perú (2018), se desarrolló una investigación ejecutada por el Bach. Oroya Surichaqui, Jiban titulada “Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en el distrito de Huacrapuquio, 2018” con un el tamaño de la muestra de 78 menores de 5 años, dado los resultados existe un 12,8 % de menores desnutridos según la relación peso/edad, un 44,9% de menores con talla baja para la relación talla/edad y no se presenta desnutrición en la relación peso/talla. En general se ha encontrado un 44,87 % de desnutrición crónica y un 2,56 % de desnutrición aguda³⁴.

En Caracas, Venezuela (2018) una investigación ejecutada por los Bachilleres Henrique José, Hurtado Mata y Jacobo Alejandro, Uztáriz Fiorito, titulada “Desnutrición infantil en Venezuela y su impacto sobre el crecimiento económico, a través de la productividad” donde se analizan en promedio la desnutrición infantil según el indicador antropométrico peso-edad para los niños menores de 15 años, por estado según la intensidad, durante el periodo 1988-1999. Se observa que el estado con mayor desnutrición es Aragua con un promedio de 9.997 niños desnutridos y el estado con menor desnutrición es Amazonas con un promedio de 689 niños desnutridos¹².

En Venezuela, Estado Sucre (2019) la investigación realizada por las Br. Roselys Del Valle, Betancourt García y Br. Luiselvy Elena, Tovar Lara, titulada “Estado nutricional en los niños y niñas de la escuela bolivariana los frailes, Cumaná, estado sucre” quienes comprenden una muestra representada por 97 niños en edad escolar, con edades comprendidas entre 5-12 años. Donde se combinaron las medidas antropométricas (talla/peso). Los resultados muestran que 65 escolares (67,0 %) se encuentran bajo peso, 18 escolares (18,6 %) sobre peso y 14 escolares (14,4 %)

normo peso. Este alto porcentaje de escolares de bajo peso puede ser debido a la poca ingesta de alimentos ricos en nutrientes y/o la deficiencia en cuanto a la calidad de los mismos³⁵.

En Venezuela, Estado Zulia (2020), otra investigación realizada por las Bachilleres Caroline Muñoz, Daniela Nieves, Roxy Orozco y Jalimar Morales, que lleva como título “Factores de riesgo en la desnutrición infantil” con una muestra de 125 infantes, se observó que, según el tipo de desnutrición, el marasmo representa el 62.5 % de la población y seguido de Kwashiorkor con un 20,8 %. Se demuestra que la prevalencia de desnutrición infantil según peso/talla de 0 a 5 años de edad representa un alto porcentaje en la desnutrición infantil global, con un 8,9 % de la población¹³.

En Venezuela, Estado Sucre (2021) se realizó una investigación conducida por la Dra. Keity Pineda, titulada “Desnutrición en lactantes en el servicio de pediatría hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá. 2015 – 2019” en donde se analizaron el número de pacientes ingresados en el servicio de pediatría que presentaban desnutrición desde el año 2015 hasta 2019, obteniendo como resultados que en cuanto a los pacientes que ingresaron con diagnóstico de desnutrición, se encontró que el mayor porcentaje de ingresos en relación con los pacientes generales fue en el año 2016 con un 19,53 % con descenso los siguientes años hasta el 2019 con un nuevo incremento que representa el 15,53 % de la población estudiada ese año³⁶.

Los resultados de estos estudios previamente mencionados, aunque no representan el total de la población, son un indicador del continuo deterioro del estado nutricional de los niños. La escasa e imprecisa información existente para el dominio público en Venezuela y el Estado Bolívar, no nos permite determinar una cifra puntual de incidencia de la desnutrición infantil, por lo cual no se puede saber el

nivel del problema a nivel estatal, ocasionando que la información no impacte en la población como debería hacerlo⁷.

La desnutrición infantil conforma el principal núcleo duro de privación y exclusión que debería ser prioritario en las políticas públicas.³⁷ Existen muchas barreras para su conocimiento y análisis, que dependen a su vez de la escala que se utiliza y las fuentes que se emplean. La valoración nutricional debe formar parte integral de toda evaluación clínica con el fin de identificar pacientes que requieren un soporte nutricional agresivo y temprano con el fin de disminuir los riesgos de morbimortalidad secundarios a la desnutrición preexistente en los pacientes hospitalizados. Dando así la relevancia que merece el tema³⁸.

Prevenir esta enfermedad en su etapa inicial podría no solo reducir el número de incidencia, sino también las consecuencias que produce esta enfermedad tanto a corto plazo, como a largo plazo. Ante esta situación, se basa la investigación de la desnutrición específicamente en el Estado Bolívar, proporcionando y difundiendo así datos precisos del nivel de incidencia para incentivar el accionar de otras instituciones del país tanto gubernamentales como independientes para combatir la desnutrición²⁷.

Debido a que se desconocen cifras exactas en Ciudad Bolívar, por organizaciones gubernamentales y la información existente de ONG e instituciones independientes, señalan un incremento sobre la desnutrición infantil en ciudad Bolívar, se propone en esta investigación determinar nivel de incidencia de la desnutrición infantil en grupo etario de 1 a 5 años. Servicio de pediatría II. Complejo hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, estado Bolívar, en el I semestre de 2024.

JUSTIFICACIÓN

La desnutrición infantil, no es una simple enfermedad, sino que acarrea un sin fin de consecuencias, las cuales no solo afectan al que la padece, sino que afecta a toda una nación. Debido a que los niños son el pilar fundamental de esta³⁹. Las altas cifras de desnutrición en un país retrasan su desarrollo y en sí, el desarrollo de los niños como personas sanas, teniendo consecuencias tanto a nivel cognitivo como a nivel físico. Los efectos de la desnutrición en la primera infancia (0 a 8 años) pueden ser devastadores y duraderos. Pueden impedir el desarrollo conductual y cognitivo, el rendimiento escolar y la salud reproductiva, debilitando así la futura productividad en el trabajo⁴⁰.

El estado nutricional de los infantes durante los primeros años de vida, puede tener un efecto profundo en su salud, así como en su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas. Una buena nutrición es la primera línea de defensa contra numerosas enfermedades infantiles que pueden dejar huellas en los niños de por vida. Cuando no hay suficiente comida, el cuerpo tiene que tomar una decisión sobre cómo invertir la cantidad limitada de sustancias alimenticias disponibles. Primero está la supervivencia, luego el crecimiento⁴⁰.

Debido a la escasa información encontrada en el Estado Bolívar anudado a que el estado no está exento de esta realidad, surge la necesidad de realizar un trabajo de investigación que permita dar a conocer el nivel de incidencia de la desnutrición infantil, el cual brindara una visión clara y precisa de los nuevos casos y así obtener una mejor perspectiva y clara amplitud del problema. Este trabajo podría ser tomado en cuenta en futuras investigaciones, así como también para el posterior desarrollo de programas de prevención para evitar el surgimiento de nuevos casos.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la incidencia de la desnutrición infantil en grupo etario de 1 a 5 años. Servicio de pediatría II. Complejo hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. I semestre de 2024.

Objetivos específicos

1. Clasificar a la población infantil entre 1 a 5 años según edad y sexo.
2. Detallar medidas antropométricas (Talla y peso) de los infantes en estudio.
3. Indagar la presencia de alguna patología preexistente en la población en estudio.
4. Relacionar talla con el peso y talla con edad de los infantes.
5. Establecer el tipo de desnutrición según los patrones de crecimiento infantil de la OMS.
6. Estimar la incidencia de desnutrición infantil en niños de 1 a 5 años en el servicio.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

La investigación fue de tipo Descriptiva, de corte transversal y de campo.

Población

La población estuvo representada por todos los pacientes (180) en el servicio de pediatría II del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, en Ciudad Bolívar, Municipio Angostura del Orinoco en el I semestre de 2024.

Muestra

La muestra consistió en un total de 15 pacientes (25%) de 1 a 5 años con diagnóstico de desnutrición infantil durante el I semestre del 2024. El tipo de muestreo fue no probabilístico e intencional.

Criterios de inclusión

Niños de 1 a 5 años con diagnóstico médico de desnutrición infantil que se encontraban en el servicio de Pediatría II del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, en Ciudad Bolívar, Municipio Angostura del Orinoco.

Criterios de exclusión

Niños cuyos padres, madres o representantes legales no autorizaron su participación en la investigación.

Métodos e instrumento de recolección de datos

Como método de recolección de datos destaca la entrevista, en la cual se realizó un cuestionario (Apéndice “A”) constituido por V partes: donde la parte I, se clasificó a la población según edad y sexo, en la parte II se valoró talla y peso del grupo etario seleccionado, en la III parte se identificó la presencia de alguna patología preexistente, y en la IV se estableció el estado nutricional y tipo de desnutrición según los patrones de crecimiento infantil de la OMS, dando lugar así, a la V y última parte donde se determinó la incidencia de la desnutrición infantil en el servicio. Mientras que, para el cálculo de la incidencia se realizó aplicando la fórmula, la cual es, una fracción cuyo numerador son, los eventos ocurridos en una población dada y cuyo denominador, es el tiempo de observación en el que ocurrieron dichos eventos.

$$\text{Incidencia absoluta} = \frac{\text{Numero de eventos ocurridos}}{\text{Total de eventos}} \times 100$$

Procedimientos

1. Se realizó la solicitud, bajo una correspondencia escrita (carta) al personal coordinador del área de pediatría II del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, para poder llevar a cabo nuestra investigación.
2. Se identificó a los pacientes diagnosticados con desnutrición infantil mediante historias médicas.
3. Se le informó a los padres, madres o representantes legales, los objetivos y requerimientos de nuestra investigación, posteriormente se solicitó su autorización escrita (carta) para proceder a la recolección de datos.

4. Se realizó la toma de medidas: talla y peso de la muestra estipulada en la investigación.
5. Se estableció el estado nutricional y tipo de desnutrición según los patrones de crecimiento infantil de la OMS.
6. Se procedió a la tabulación y análisis de datos.

Validación

Para determinar la validez del instrumento se utilizó el juicio de tres expertos en el tema, los cuales fueron un Pediatra Puericultor con 25 años de servicio y dos enfermeras, con 6 años de servicio del área de pediatría II.

Plan de tabulación y análisis de datos

Se aplicó estadística descriptiva. El análisis de los datos recolectados, se expresaron de forma cuantitativa y descriptiva a través de porcentajes. Se presentó en tablas simples y de asociación

RESULTADOS

Según información suministrada del servicio de Pediatría II del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez durante el I Semestre del 2024, se relaciona con un total de Sesenta (60) pacientes del grupo etario entre 1 a 5 años, lo cual permite establecer que el 25% representará la muestra requerida para el estudio. La población definida como muestra está representada por Quince (15) niños de 1 a 5 años con desnutrición infantil, quienes se les aplicaron con previo consentimiento escrito de sus padres, madres o representantes, el instrumento considerado para la recolección de información.

Los datos obtenidos en el instrumento permiten mostrar los siguientes resultados:

Tabla N°1

**Pacientes con desnutrición infantil según su edad y sexo. Servicio de Pediatría II.
Complejo hospitalario universitario "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar. Estado
Bolívar. II Semestre 2024.**

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		FR	%
	FR	%	FR	%	FR	%
1 año	5	33,33	5	33,33	10	66,67
2 años	2	13,33	1	6,67	3	20,00
3 años	0	0,00	1	6,67	1	6,67
4 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5 años	0	0,00	1	6,67	1	6,67
Total	7	46,67	8	53,33	15	100,00

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Análisis: La tabla N°1 indica el mayor porcentaje de pacientes en ámbitos de frecuencia, estuvo en el rango de 1 año con 66,67 %, a continuación, tenemos el rango de los 2 años con 20,00 % y finalizamos con 3 y 5 años que constituyen un 6,66 % de la muestra, encontramos un 0 % en los niños de 4 años. Prevaleciendo el sexo masculino con un 53,33 %, sobre el 46,67 % del sexo femenino. Teniendo en cuenta que el sexo masculino cuenta con 33,33% en el rango de 1 año, en 2 y 3 años con porcentaje de 6,67 % cada una, en el rango de 4 años se encontró un 0%, finalizando con un 6,67 % en el rango de 5 años. En relación al sexo femenino el cual lo constituyen; un 33,33 % en el rango de 1 año, de 2 años cuenta con un 13,33%, teniendo un 0% en los rangos de 3, 4 y 5 años

Tabla N°2

**Pacientes con desnutrición infantil según su talla y peso. Servicio de
Pediatria II. Complejo hospitalario universitario "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar.
Estado Bolívar. II Semestre 2024.**

Talla	FR	%
70-74	5	33
75-79	2	13
80-84	6	40
85-89	0	0
90-94	0	0
95-99	1	7
100-104	1	7
TOTAL	15	100
Peso	FR	%
1-4	1	6,66
5-9	13	87
10-15	1	6,66
TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Análisis: Se puede apreciar en la tabla N°2 el mayor porcentaje presentado en la talla es de 70-74cm con un 33 %, continuando con la talla de 80-84cm con un 40 %, 75-79cm representa un 13 %, mientras que 95-99 cm y 100-104 cm mantiene cada una un 7 %, y un 0 % entre 85-89cm y 90-94cm. En relación con el peso encontramos que el mayor porcentaje de peso se obtiene en los rangos 5K-9K con un 87 %, continuando con los rangos 1K-4K y 10K-15K que obtienen cada uno un 6,66 %.

Tabla N°3

Pacientes con desnutrición infantil según la preexistencia de alguna patología. Servicio de Pediatría II. Complejo hospitalario universitario "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. II Semestre 2024.

Patologías preexistentes	FR	%
Enfermedad linfoproliferativa	3	20,00
Anemia Severa	1	6,67
Ascaridiasis	1	6,67
Cardiopatía congénita acianogena	1	6,67
Total	6	40,00

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Análisis: En relación a la valoración de enfermedades preexistentes los datos obtenidos arrojaron un 20 % en enfermedad linfoproliferativa; en cuanto a la anemia severa, ascaridiasis y cardiopatía congénita acianogena tienen un porcentaje de 6,67 % cada una.

Tabla N°4

Pacientes con desnutrición infantil según su talla/peso y peso/edad. Servicio de Pediatría II. Complejo hospitalario universitario "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. II Semestre 2024.

Nivel	T/P		T/E	
	FR	%	FR	%
Normal	0	0	6	40
Leve	5	33	4	27
Moderado	10	67	5	33
Grave	0	0	0	0
Total	15	100	15	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Análisis: De acuerdo a los datos obtenidos en la tabla N°4 se puede observar que un 67 % obtuvo un peso moderadamente bajo para la talla y el 33 % tiene un peso levemente bajo en relación a su talla, mientras que un 0 % representa a todos aquellos niños quienes no tienen un peso normal para su talla. Por otro lado, observamos que los niños que tienen una longitud talla normal para su edad representa el 40 %, a su vez el 33 % obtuvo una talla moderadamente baja para la edad, mientras que observamos que el 27 % tiene una talla levemente baja para la edad.

Tabla N°5

Pacientes con desnutrición infantil según su tipo de desnutrición. Servicio de Pediatría II. Complejo hospitalario universitario "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. II Semestre 2024.

Tipo	FR	%
Desnutrición aguda moderada	5	33,33
Desnutrición aguda severa	10	66,67
Tipo	FR	%
Desnutrición crónica	0	0,00
Desnutrición aguda	15	100,00

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Análisis: En la tabla N°5 se puede observar que los niños con desnutrición aguda representan un 100 % mientras que la desnutrición crónica un 0 %. De acuerdo con el porcentaje de la desnutrición aguda, encontramos un 66,67 % en desnutrición aguda severa y un 33,33 % en desnutrición aguda moderada.

TASA DE INCIDENCIA = 0,25 casos.

DISCUSION

En el trabajo se aprecia según los datos obtenidos que el sexo predominante fue el masculino con un 53,33 % el cual guarda relación con el estudio previamente realizado en República Dominicana (Muñoz, K) publicado en 2019 con el título de: “Incidencia de desnutrición en niños de 0-5 años atendidos en la unidad de atención primaria Magueyal, Azua, República Dominicana, en el período enero 2017-diciembre 2017” donde se evidenció el 54 % de prevalencia en el sexo masculino. Mientras que difiere en el mayor porcentaje de niños en ámbitos de frecuencia, él estuvo en el rango de 1 año con 66,67 % en esta investigación, en contraste con la investigación mencionada previamente realizada en República Dominicana el cual el mayor rango de edad estuvo en los 3 años con un 25%.

Se puede apreciar en el estudio que el mayor porcentaje presentado en la talla es de 80-84cm con un 40 %, continuando con la talla de 70-74cm con un 33 %. En relación con el peso encontramos que el mayor porcentaje de peso se obtiene en los rangos 5K-9K con un 87 %, continuando con los rangos 1K-4K y 10K-15K que obtienen cada uno un 7 %.

Los resultados difieren con un estudio realizado en República Dominicana (Muñoz, K) publicado en 2019 con el título de: “Incidencia de desnutrición en niños de 0-5 años atendidos en la unidad de atención primaria Magueyal, Azua, República Dominicana, en el período enero 2017-diciembre 2017” donde se evidenció El 48,2 % de los niños tenían de peso 13-17 kg, el 39,3 % de 8-12 kg, el 7,6 % más o igual a 18 kg y el 4,9 % menos de 8 kg. Mientras que en la talla se observa que el 28,1 % de los niños tenían de talla 90-99 cm, el 20,5 % de 100-109 cm, el 13,4 % de 70-79 cm, el 9,8 % menos de 70 cm y el 3,1 % más o igual a 110 cm.

En relación a la valoración de enfermedades preexistentes los datos obtenidos arrojaron un 20 % en enfermedad linfoproliferativa, mientras que, la anemia severa, ascaridiasis y cardiopatía congénita acianogena tienen un porcentaje de 6,67 % cada una. Los resultados difieren con un estudio realizado en Sucre, Venezuela (Pineda, K) publicado en 2021 con el título de: “Desnutrición en lactantes en el servicio de pediatría hospital universitario antonio patricio de alcalá. 2015 – 2019” en el que, en comorbilidades, se encontró con gran predominio las patologías Gastrointestinales con un porcentaje de 60,98% en comparación al restante y siendo en año 2019 el del mayor predominio, seguidas de las Respiratorias con un 45,16%, y la de menor tasa son de causa neurológica con dos años sin cifras.

De acuerdo a los datos obtenidos en la tabla N°4 se puede observar que un 67 % obtuvo un peso moderadamente bajo para la talla y el 33 % tiene un peso levemente bajo en relación a su talla, mientras que un 0 % representa a todos aquellos niños quienes no tienen un peso normal para su talla. Por otro lado, observamos que los niños que tienen una longitud talla normal para su edad representan el 40 %, a su vez el 33 % obtuvo una talla moderadamente baja para la edad, mientras que observamos que el 27 % tiene una talla levemente baja para la edad.

Los resultados difieren con un estudio realizado en Perú (Surichiqui, O) publicado en 2019 que lleva como título: “Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en el distrito de huacrapuquio, 2018” donde se observa la clasificación del estado nutricional según las relaciones establecidas por la norma técnica del diagnóstico nutricional emitida en la estrategia de Crecimiento y Desarrollo de nuestro país, aquí observamos que existe un 12.8% de menores desnutridos según la relación peso/edad, un 44,9% de menores con talla baja para la relación talla/edad y un 100% de normalidad para la relación peso talla.

Se puede observar que los niños con desnutrición aguda representan un 100 % mientras que la desnutrición crónica un 0 %. De acuerdo con el porcentaje de la desnutrición aguda, encontramos un 66,67 % en desnutrición aguda severa y un 33,33 % en desnutrición aguda moderada. Los resultados difieren con un estudio realizado en Sucre, Venezuela (Pineda, K) publicado en 2021 con el título de: “Desnutrición en lactantes en el servicio de pediatría hospital universitario Antonio Patricio de Alcalá. 2015 – 2019” En el trabajo realizado se Identificó la Desnutrición de acuerdo a la severidad en los últimos 5 años, hallándose un porcentaje de niños en Riesgo de desnutrición de un 40%, Seguido de la desnutrición severa con 31,89% y la moderada en un 28,11.

Para finalizar podemos encontrar en este trabajo, la tasa de incidencia de desnutrición infantil en el grupo etario de 1 a 5 años fue de 15 pacientes de un total de 60, dando como resultado una tasa de incidencia de 0,25 casos; con un 25 % de probabilidad de presentarse esta patología en esas edades. Esto difiere de otros estudios ya que en con el estudio previamente realizado en República Dominicana (Muñoz, K) publicado en 2019 con el título de: “Incidencia de desnutrición en niños de 0-5 años atendidos en la unidad de atención primaria Magueyal, Azua, República Dominicana, en el período enero 2017-diciembre 2017” donde se evidenció que la incidencia de desnutrición en niños de 0-5 años fue de un 100.0 por ciento, ya que fueron observados todos los pacientes atendidos.

CONCLUSIONES

Analizados y discutidos los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones: Según los datos obtenidos en el servicio de Pediatría II del complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez el sexo predominante en el estudio fue el sexo masculino el cual obtuvo un 53,33 %, sobre el 46,67 % del sexo femenino. Concuerdia con la literatura que manifiesta obtener un alto nivel de frecuencia de dicho sexo masculino.

Teniendo en cuenta que el sexo masculino cuenta con 33,33% en el rango de 1 año, en 2 y 3 años con porcentaje de 6,67 % cada una, en el rango de 4 años se encontró un 0%, finalizando con un 6,67 % en el rango de 5 años. En relación al sexo femenino el cual lo constituyen; un 33,33 % en el rango de 1 año, de 2 año cuenta con un 13,33%, teniendo un 0% en los rangos de 3, 4 y 5 años. Continuando con lo anteriormente expuesto, se observó una mayor frecuencia en los niños de 1 año, difiriendo con algunos estudios previamente mencionados donde, se encuentra una mayor frecuencia en la edad de 3 años.

En consideración a la talla y peso de los niños con desnutrición infantil en el grupo etario de 1 a 5 años en el servicio de Pediatría II del complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez se puede apreciar en el estudio que la talla predominante es de 70-74cm con un 33 %, continuando con la talla de 80-84cm con un 40 %, 75-79cm representa un 13 %, mientras que 95-99 cm y 100-104 cm mantiene cada una un 7 %, y un 0 % entre 85-89cm y 90-94cm. En relación con el peso encontramos que el mayor porcentaje de peso se obtiene en los rangos 5K-9K con un 87 %, continuando con los rangos 1K-4K y 10K-15K que obtienen cada uno un 7 % que obtienen cada uno porcentaje bajo en comparación al anterior mencionado.

En relación a los datos obtenidos en enfermedades preexistentes de los niños con desnutrición infantil en el grupo etario de 1 a 5 años en el servicio de Pediatría II del complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez, la valoración de enfermedades preexistentes según los datos obtenidos arrojaron un 20 % en enfermedad linfoproliferativa; en cuanto a la anemia severa, ascaridiasis y cardiopatía congénita acianogena tienen un porcentaje de 6,67 % cada una.

Así mismo, en cuanto a la relación entre talla, peso, edad y sexo de los niños con desnutrición infantil en el grupo etario de 1 a 5 años en el servicio de Pediatría II del complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez, de acuerdo a los datos obtenidos se puede observar que tanto el sexo femenino como masculino, presentan un peso bajo para la talla y edad.

Finalizando con el tipo de desnutrición de los niños con desnutrición infantil en el grupo etario de 1 a 5 años en el servicio de Pediatría II del complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez, Se puede observar que los niños con desnutrición aguda representan el porcentaje total de la muestra con un 100 % mientras que la desnutrición crónica un 0 %. De acuerdo con el porcentaje de la desnutrición aguda, encontramos un 66,67 % en desnutrición aguda severa y un 33,33 % en desnutrición aguda moderada. Durante el periodo de investigación en el área de Pediatría II del complejo hospitalario universitario Ruíz y Páez, se identificaron 15 pacientes con desnutrición infantil de un total de 60 pacientes en el grupo etario establecido en el área mencionada. Al final se determina la incidencia de desnutrición infantil dividiendo el número de casos de desnutrición infantil en el grupo etario de 1 a 5 años, con el total de pacientes del mismo grupo etario hospitalizadas en el servicio de Pediatría II en el tiempo que se recolecto los datos. Dando como resultado la tasa de incidencia el cual es 0,25 casos. Con una probabilidad de presentar esta patología de un 25 % en esas edades.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que el personal de enfermería fomente la promoción de la salud en la población de riesgo, educar sobre la importancia de acudir al centro de salud para el manejo nutricional adecuado de los niños/as. Es importante proporcionar orientación a las madres para fomentar el cuidado de los niños en el hogar con la meta de disminuir la desnutrición infantil y su consecuencia, enseñándoles a aprovechar los recursos que se encuentren a su alcance en beneficio de la nutrición de sus hijos.
- Se recomienda que el personal de enfermería promover la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida por que la leche materna es una excelente fuente de zinc biodisponible durante este periodo. Fomentar la alimentación de los niños con una edad recomendada, con un menú de comidas balanceadas, preparación de alimentos, prácticas de una alimentación sana y que sean de costos accesibles para la población. Se sugiere incrementar en la dieta las porciones, frecuencia y densidad energética de los niños menores de cinco años.
- Se sugiere coordinar con Instituciones del estado y ONG temas relacionados a la promoción de la lactancia materna, hábitos alimentarios saludables, vigilancia del crecimiento de los niños y niñas menores de 5 años en la comunidad y todos los temas relacionados a la nutrición de los mismo.

- Se sugiere continuar con investigaciones sobre la desnutrición infantil en el grupo etario de 1 a 5 años para fortalecer el conocimiento y saber si aumenta o disminuye su incidencia en el complejo hospitalario universitario Ruíz y Páez en Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Es importante seguir explorando mecanismos subyacentes que puedan explicar la incidencia de la desnutrición infantil en este grupo de edad y desarrollar estrategias para disminuir su impacto. Aumentar el nivel de concienciación de los padres, educando sobre esta patología para que mantengan un cuidado y prevención constante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Bernabeu-Mestre, J. 2010. Notas para una historia de la desnutrición en la Iberoamérica del siglo XX. Nutr. Hosp. [Serie en línea] 25 (3) Disponible: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900002#:~:text=Sin%20embargo%2C%20podemos%20afirmar%20que,hipocalórica%2C%20alimentación%20carencial%20o%20malnutrición [Enero, 2023]
- 2.- Cordero, A. 2014. Principales enfermedades asociadas al estado nutricional en el niño menor de un año. Medicentro Electrónica [Serie en línea] 18 (3). Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000300003 [Diciembre, 2022]
- 3.- Organización Mundial de la salud, 2021, junio 9. Malnutrición [En línea] Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition> [Diciembre, 2022]
- 4.- UNICEF. 2022, mayo 17. El mundo es un “polvorín potencial” a causa de los niveles catastróficos de desnutrición infantil grave. [En línea] Recuperado de: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/mundo-polvorin-potencial-niveles-catastroficos-desnutricion-infantil-grave> [Diciembre, 2022]

- 5.- UNICEF. 2018, enero 26. Venezuela: aumenta la prevalencia de la desnutrición infantil en medio de una crisis económica cada vez más profunda. [En línea]. Recuperado de: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/venezuela-aumenta-la-prevalencia-desnutricion-infantil-crisis-economica-profunda> [Mayo, 2024]
- 6.- Caritas. 2017, septiembre. Ayúdenos a luchar contra la desnutrición infantil en Venezuela. (s.f). [En línea] Recuperado de: <https://www.caritas.org/ayudenos-a-luchar-contra-la-desnutricion-infantil-en-venezuela/?lang=es> [Diciembre, 2022]
- 7.- Raffalli, S., Márquez, J. 2021. Monitoreo Centinela de la Desnutrición Infantil Venezuela [En línea].
Disponible:<https://caritasvenezuela.org/wp-content/uploads/sites/6/2022/04/BOLETIN-SAMAN-CARITASVZLA-2021.pdf> [Diciembre, 2022]
- 8.- Rodríguez, K..2022, octubre 10. Huniades Urbina: “En lo que va de 2022 la desnutrición infantil ha aumentado 33 % en Venezuela”, [En línea] Disponible en: <https://cotejo.info/2022/10/huniades-urbina-en-2022-desnutricion-infantil-ha-aumentado-33-en-venezuela-mediaverdad/> [Diciembre, 2022]
- 9.- Diaz, J. 2023, enero 30. Cáritas: la desnutrición infantil en Venezuela se mantiene en un 65 %. El Diario. 30-01. [En línea] Disponible: <https://eldiario.com/2023/01/30/caritas-desnutricion-infantil-en-venezuela-se-mantiene/amp/> [Diciembre, 2022]

- 10.- Cueva, M. Pérez, C. Ramos, M. Guerrero, R. 2021. La desnutrición infantil en Ecuador una revisión de literatura. Boletín de Malariología y Salud Ambiental. [Serie en línea] 61 (4): 556-564. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392385/364-1305-1-pb.pdf> [Mayo, 2023]
- 11.- Duno, M., Furgiuele, G., Salas, R., Monzones, M. 2018. Desnutrición en el servicio de pediatría del hospital universiatrio Dr. Angel Larralde Estado Carabobo Octubre 2015-Marzo 2016. Salus. [Serie en línea] 22 (2): 14-20. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375964034004> [Julio, 2023]
- 12.- Hurtado, E., Uztáriz, J. 2018. Desnutrición infantil en Venezuela y su impacto sobre el crecimiento económico, a través de la productividad. Tesis de grado. Facultad de ciencias económicas y sociales. Esc. de economía. Caracas, U.C.A.B. pp 126. [En línea] Disponible en: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAU2653.pdf> [Julio, 2023]
- 13.- Muñoz, C., Nieves, D., Orozco, R., Morales, J. 2020. Factores de riesgo en la desnutrición infantil. Tesis de grado. Escuela de medicina. Universidad del Zulia. Pp 20. [En línea] Disponible en: <https://es.scribd.com/document/466778225/FACTORES-DE-RIESGO-EN-LA-DESNUTRICION-INFANTIL-docx> [Julio, 2023]

- 14.- Iturbide, A.2018. Malnutrición en niños huérfanos en el albergue mi ángel de la guardia en Mazatlan Inaloa. Tesis de grado. Licenciatura en nutrición. Universidad Autónoma de Durango. [En línea] Disponible en: <https://es.scribd.com/document/383080553/MALNUTRICION-EN-NINOS-docx> [Julio, 2023]
- 15.- INCAP. 2019, septiembre. Primeras investigaciones del INCAP sobre la malnutrición aguda. INCAP. [En línea] Recuperado de: <http://www.incap.int/index.php/es/contribuciones1> [Diciembre, 2022]
- 16.- Alvarez, L. 2019. Desnutrición infantil, una mirada desde diversos factores. Invest. Valdizana. [Serie en línea] 13 (1): 15-26. Disponible: <https://www.redalyc.org/journal/5860/586062182002/html/> [Diciembre, 2023]
- 17.- Márquez, H. García, V. Caltenco, M. García, E. Márquez-Flores, H. Villa, A. 2012. Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico. Rev. El Resid. [Serie en línea] (7) 2. Pp 59-69. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2012/rr122d.pdf> [Junio, 2023]
- 18.- Cabrera, J. 2016. Desnutrición, marasmo, Kwashiorkor. [En línea] Disponible en: <https://es.slideshare.net/scrufeys/desnutricionmarasmo-kwashiorkor> [Julio, 2023]

- 19.- Sarmiento, C. Bustamante, M. Galvis, V. S.f. Guía de atención de la Desnutrición. [En línea] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/VS/PP/14.atencion%20de%20la%20Desnutricion.pdf> [Julio, 2023]
- 20.- Carazo, B.2022, noviembre. ¿Cuáles son las diferencias entre malnutrición y desnutrición? [En línea] Disponible en: <https://www.unicef.es/blog/desnutricion/diferencias-malnutricion-desnutricion> [Julio, 2023]
- 21.-Araujo, G. 2009. Desnutrición Infantil Implicaciones y recomendaciones. [En línea] Disponible en: https://www.insp.mx/images/stories/INSP/Docs/cts/cts_dic.pdf [Julio, 2023]
- 22.- Díez, A., Marrodán, M. 2018, marzo. La desnutrición infantil en el mundo: herramientas para su diagnóstico. [En línea] Disponible en: <https://nutricion.org/wp-content/uploads/2013/11/Desnutricion-infantil.pdf> [Julio, 2023]
- 23.- Organización Mundial de la salud. 2021, enero. Crecimiento infantil. [En línea] Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/child-growth> [Marzo, 2024]
- 24.- Clínica ServiDigest. 2023, junio 10. Desnutrición. [En línea] Disponible en: <https://www.servidigest.com/servicios/endocrinologia-nutricion/desnutricion/> [Julio, 2023]

- 25.- Morley, J. 2021. Desnutrición. [En línea] Disponible en: https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-nutricionales/desnutrici%C3%B3n/desnutrici%C3%B3n#v765615_es [Julio, 2023]
- 26.- Palma, A. 2018, abril. Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe. [En línea].Disponible:<https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe> [Mayo, 2023]
- 27.- Wisbaum, W. 2011, noviembre. La desnutrición infantil - Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento.[En línea].Disponible:<https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf> [Mayo, 2023]
- 28.- Unesco. 2015, enero. Programa de alimentación Escolar (pae). [En línea] Disponible en: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/10220.pdf [Julio, 2023]
- 29.- Transparencia Venezuela. 2016, Julio 12. Proyecto de Ley de Garantía de La Alimentación Escolar. [En línea] Disponible en:<https://transparenciave.org/project/proyecto-de-ley-de-garantia-de-la-alimentacion-escolar/> [Julio, 2023]
- 30.- Landaeta, M., Aliaga, C., Sifontes, Y., Herrera, M., Candel, Y., Delgado, A., et al.2013. El Derecho a la Alimentación en Venezuela. An Venez Nutr. [Serie en línea] 25 (2): 73 - 84.Disponible en:

<https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2012/2/art-4/#:~:text=En%20el%20%C3%A1mbito%20nacional%20la,humanos%20suscritos%20por%20la%20Rep%C3%ABlica> [Julio, 2023]

31.- Landaeta, M., Sifontes, Y., Herrera, M. 2018. Venezuela entre la inseguridad alimentaria y la malnutrición. An. Venez. Nutr. [Serie en línea] 31(2): 66-77. Disponible en: <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2018/2/art-4/> [Julio, 2023]

32.- Muñoz, K., 2019. Incidencia de desnutrición en niños de 0-5 años atendidos en la unidad de atención primaria Magueyal, Azua, República Dominicana, en el período enero 2017-diciembre 2017. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Pp 62. [En línea] Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/4577/Incidencia%20de%20desnutrici%C3%B3n%20en%20ni%C3%B1os%20de%200-5%20a%C3%B1os%20atendidos%20en%20la%20unidad%20de%20atenci%C3%B3n%20primaria%20magueyal%20C%20azua%20C%20RD.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Julio, 2023]

33.- Freire, V. 2021. Prevalencia de desnutrición en niños menores de 5 años del CDI “mis pequeños angelitos” de la ciudad de Milagro. Enero - mayo 2021. Trabajo de grado. Vicerrectorado de investigación y

postgrado. Universidad estatal de milagro. Pp 117.[En línea]
 Disponible en:
<https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5983/1/FREIRE%20CERVANTES%20VERONICA.pdf> [Julio, 2023]

- 34.- Surichaqui, O.2019. Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años en el Distrito de huacrapuquio, 2018. Tesis de grado. Facultad de medicina humana. Escuela profesional de medicina humana. Universidad peruana los andes. Pp 87. [En línea] Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/553/OROYA%20SURICHAQUI%20CJIBAN.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Julio, 2023]
- 35.- Betancourt, R., Tovar, L. 2019. Estado nutricional en los niños y niñas de la escuela bolivariana los frailes, Cumaná, estado sucre. Tesis de grado. Dpto. de enfermería. Esc. de Cs. Sucre, U.D.O. pp 54. [En línea] Disponible en: <http://ri2.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/5284/1/Tesis-BetancourtRoselys%2cTovarLuiselvy.pdf> [Julio, 2023]
- 36.- Pineda, K. 2021.Desnutrición en lactantes en el servicio de pediatría hospital universitario Antonio patricio de Alcalá. 2015 – 2019. Tesis de grado. Programa de postgrado en puericultura y pediatría. Servicio autónomo hospital universitario “Antonio patricio de Alcalá” Sucre, U.D.O. pp 37. [En línea] Disponible en: <http://ri2.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/5247/1/P.G.-Pineda%2cKeity.pdf> [Julio, 2023]

- 37.- Longhi, F. Gomez, A. Olmos, M. 2021, Agosto. Desnutrición e infancia en Argentina: dimensiones, tendencias y miradas actuales sobre el problema a partir de la combinación de un diseño observacional y cualitativo. Rev Esp Nutr Hum Diet [Serie en línea] 24 (3) Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2174-51452020000300003&script=sci_arttext [Mayo, 2023]
- 38.- Robalino, B. Gavilánez, M. 2012. Manejo materno en desnutrición crónica, de niños menores de 5 años del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda. [En línea] Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/84> [Mayo, 2023]
- 39.- UNICEF. S.f. La desnutrición infantil y el hambre en el mundo. [En línea] Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/desnutricion-infantil> [Mayo, 2023]
- 40.- Organización de los Estados Americanos. 2005. Nutrición. [En línea] Disponible en: <https://www.oas.org/udse/dit2/por-que/nutricion.aspx> [Mayo, 2023]

APENDICES

Apéndice A**ENCUESTA****PARTE I:**

Edad: _____ años y _____ meses

Sexo: _____

PARTE II:

Peso: _____ Talla: _____

PARTE III:

Enfermedad preexistente Si: _____ No: _____ En dado caso de ser afirmativa la pregunta anterior, indique cual es: _____

PARTE IV:

Tipo de desnutrición infantil:

Desnutrición Crónica _____

Desnutrición Aguda _____

Desnutrición Aguda leve _____

Desnutrición Aguda moderada _____

Desnutrición Aguda severa _____

Apéndice B**CERTIFICADO DE VALIDEZ**

Yo _____, en mi condición de _____, quien labora en el servicio de _____ con _____ años de servicio ejerciendo mi profesión en esta prestigiosa institución certifico que he recibido el instrumento que se aplicara para obtener datos de la investigación que desarrollan las bachilleres: Isabella Andreina Valdez García CI: 28.162.521 y Yennifer Daniela Esquivel Beraza C.I: 27.922.436 Titulada: **INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN GRUPO ETARIO DE 1 A 5 AÑOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA II. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. I SEMESTRE 2024.** Luego de realizar la observación se verifica que el instrumento cumple los requerimientos por el cual ha sido diseñado y por ello certifico su validez.

En Ciudad Bolívar, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Atentamente

Apéndice C

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

Fecha: _____

Yo, _____, mayor de edad, con número de cédula:
 _____ Padre del menor _____ Madre del menor _____

Yo, _____, mayor de edad, con número de cédula:
 _____ Padre del menor _____ Madre del menor _____

MANIFIESTAN

Yo, _____, responsable directo del menor de edad _____ de _____ años de edad, manifiesto que ha obtenido de manera libre y voluntaria mi permiso para que se le incluya como participante en la investigación **“INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN GRUPO ETARIO DE 1 A 5 AÑOS. SERVICIO DE PEDIATRÍA II. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. I SEMESTRE 2024”** conducidas por los bachilleres, Isabella Andreina Valdez Garcia, y Yennifer Daniela Esquivel Beraza, estudiantes de la carrera de Licenciatura en enfermería, en la Universidad de Oriente.

MANIFIESTAN

Declaro que he recibido una explicación clara y completa sobre el carácter general y los propósitos de la investigación en ejecución. Además, he sido informado de los tipos de procedimientos que se aplicarán al participante y la manera en que se utilizarán los resultados. Entendiendo que:

1. No habrá consecuencias en ningún ámbito, en caso de decidir no participar en el estudio
2. No se realizará ningún gasto, ni recibiremos remuneración alguna por la colaboración en la investigación
3. Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos de la colaboración
4. No se administrará ningún medicamento, ni se realizará procedimientos

invasivos para la salud del menor.

5. Solo se obtendrá el peso, talla y edad del menor, para la aplicación del instrumento de evaluación de la investigación.

Las dudas e inquietudes han sido resueltas y se constata en caso de decidir no participar en el estudio no existirán consecuencias en ningún ámbito.

Firma del representante

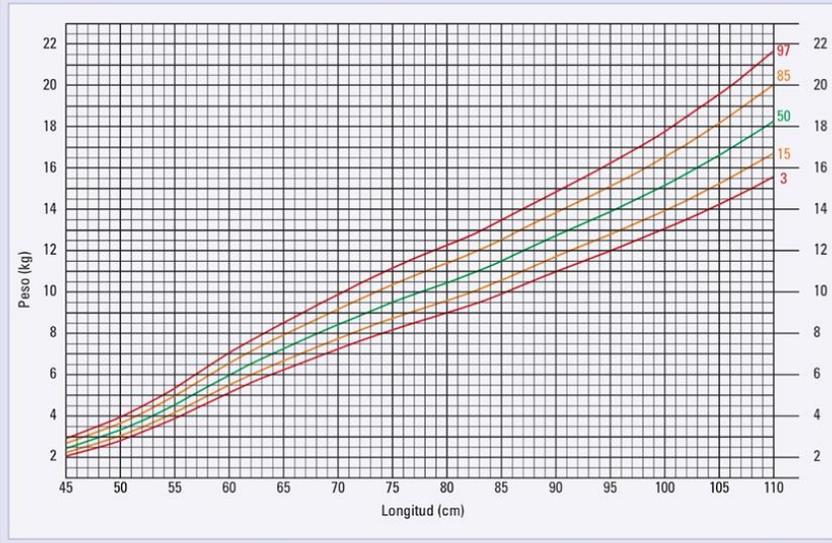
Br. Isabella Valdez
Investigador responsable

Br. Yennifer Esquivel
Investigador responsable

ANEXOS

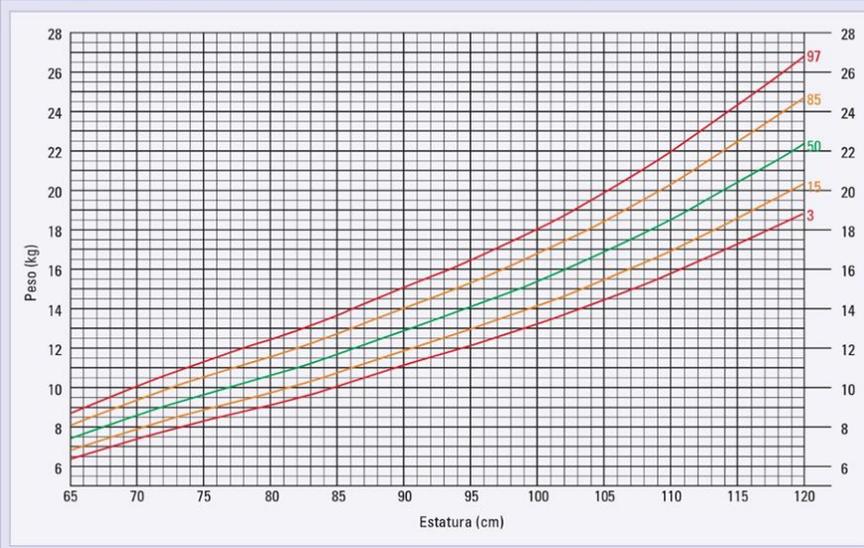
Anexo 1

Peso para la longitud niños. Percentiles (nacimiento a 2 años)



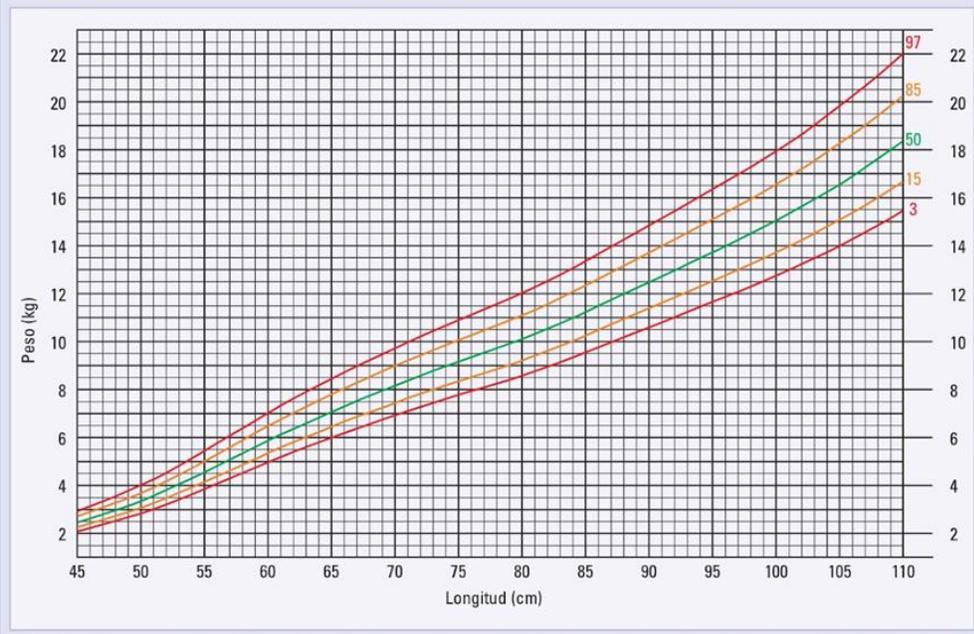
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Peso para la estatura niños. Percentiles (2-5 años)



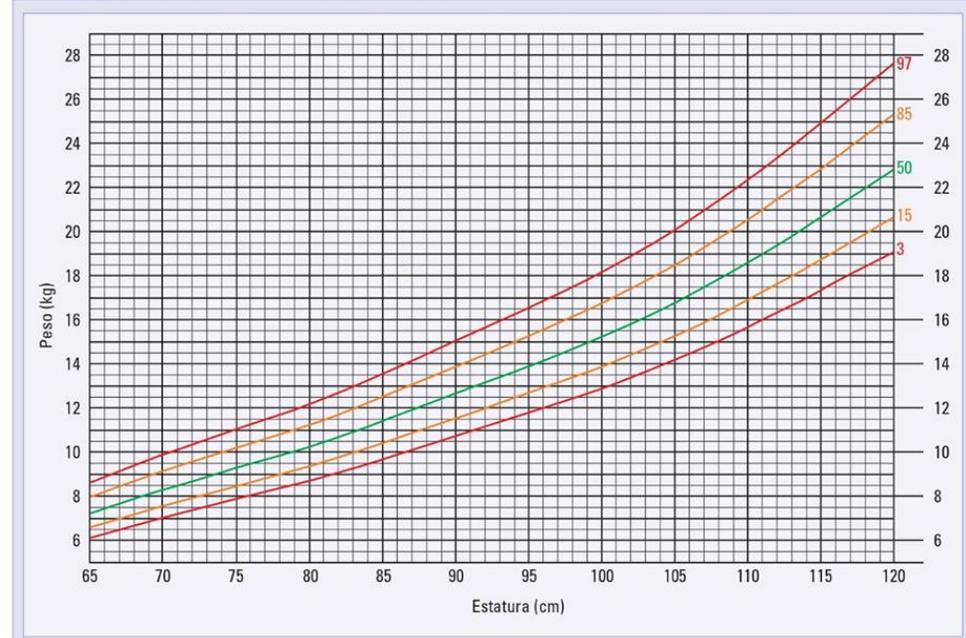
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Peso para la longitud niñas. Percentiles (nacimiento a 2 años)

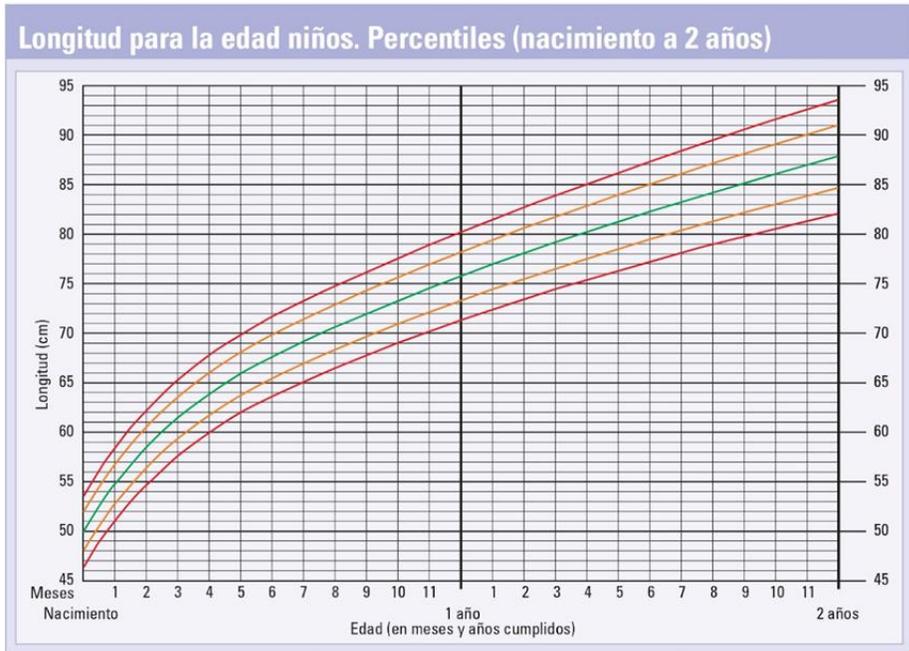


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

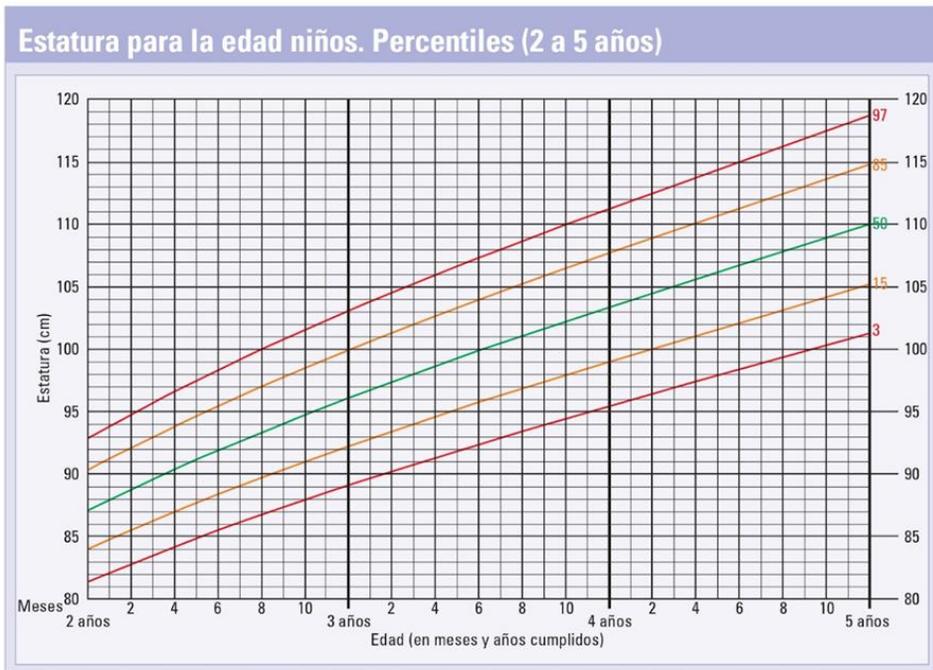
Peso para la estatura niñas. Percentiles (2-5 años)



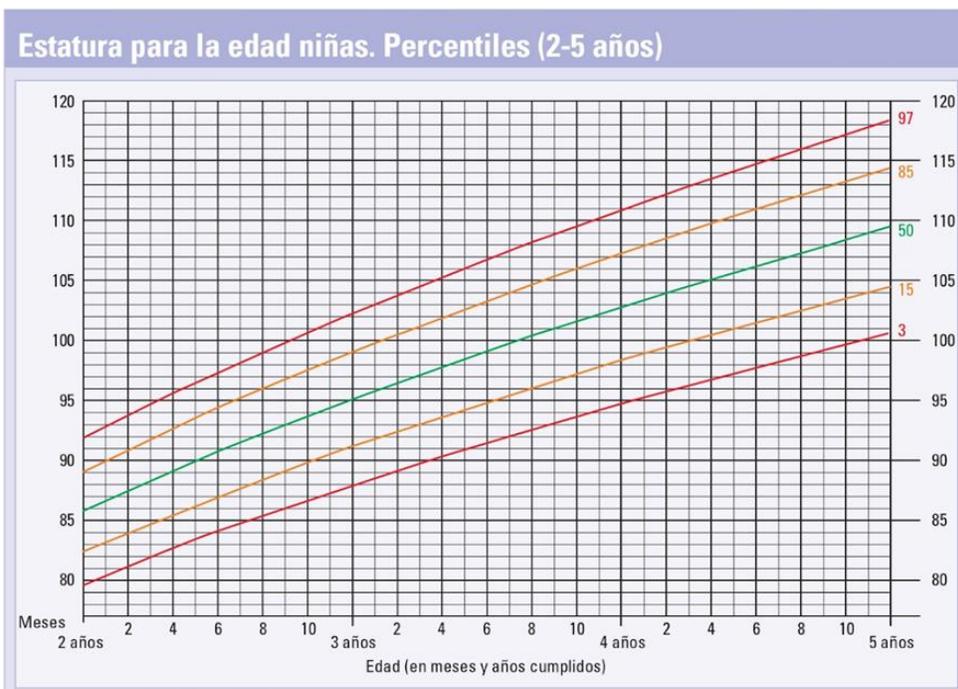
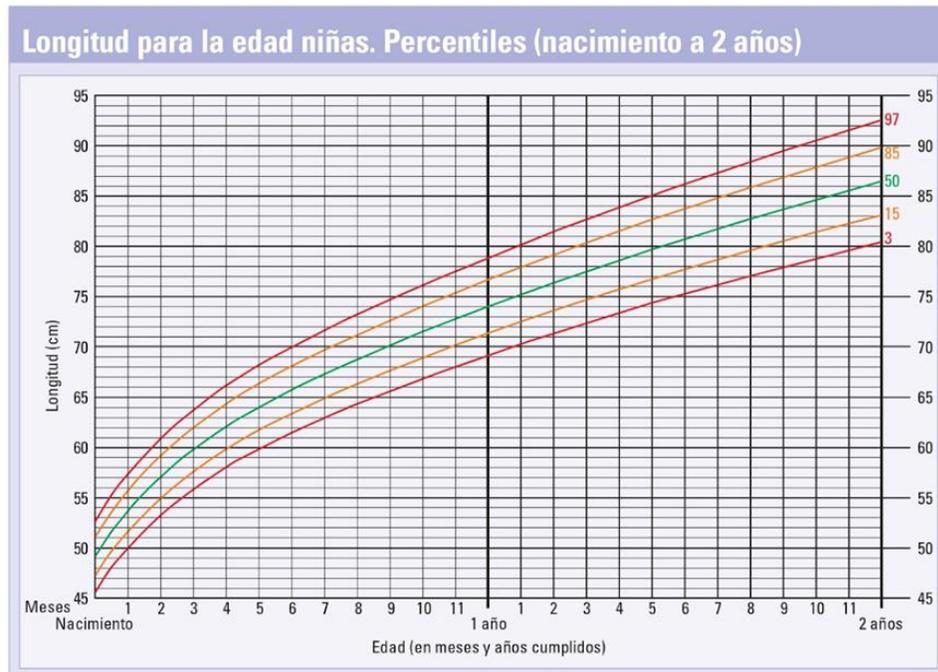
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.



Patrones de crecimiento infantil de la OMS.



Anexo 2



HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	Incidencia de la desnutrición infantil en grupo etario de 1 a 5 años. servicio de pediatría II. complejo hospitalario universitario Ruíz y Páez. ciudad Bolívar, estado Bolívar. I semestre 2024
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
Esquivel Beraza, Yennifer Daniela	ORCID	
	e-mail:	yenniferesquivel872@gmail.com
Valdez García, Isabella Andreina	ORCID	
	e-mail:	isavaldez9@gmail.com

Palabras o frases claves:

desnutrición infantil
nutrición
incidencia

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Dpto. de Enfermería	Servicio de Pediatría
Línea de Investigación: Dpto. de Enfermería	

Resumen (abstract):

Según la Organización Mundial para la Salud (OMS), se ha reportado en junio de 2021 que 52 millones de niños menores de 5 años presentan emaciación, 17 millones padecen emaciación grave, y 155 millones sufren retraso del crecimiento. El objetivo general fue Determinar la incidencia de la desnutrición infantil en grupo etario de 1 a 5 años. Servicio de pediatría II. Complejo hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Esta investigación fue de tipo Descriptiva, de corte transversal y de campo. Se empleó como instrumento de recolección de datos la entrevista, realizándose un cuestionario. La muestra del estudio consistió en un total de 15 pacientes (25%) de 1 a 5 años con diagnóstico de desnutrición infantil. Según los datos obtenidos, el sexo predominante fue el masculino con un 53,33%. Los niños de 1 año mostraron la mayor frecuencia (66,67%). La talla de 70-74 cm representó el mayor porcentaje (33%). El mayor número de niños pesó entre 5K y 9K (87%). La Enfermedad Linfoproliferativa fue la enfermedad preexistente más frecuente (20%). Se encontró que los rangos de peso de las femeninas de 1 año están entre 5,3kg y 8,2kg con una talla entre 70cm y 81cm, y de los varones de un 1 año el rango de peso esta entre 5,3kg y 7,85kg con una talla entre 71cm y 81cm. Los niños con desnutrición aguda representaron el porcentaje total de la muestra, siendo severa en el 66,67%, En este trabajo, la tasa de incidencia de desnutrición infantil en el grupo etario de 1 a 5 años fue de 15 pacientes de un total de 60, dando como resultado una tasa de incidencia de 0,25 casos; con un 25 % de probabilidad de presentarse esta patología en esas edades.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Lcda. María Inés	ORCID				
	e-mail	minesacosta09@gmail.com			
	e-mail				
Dra. Rita Pérez	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	rita98_perez@hotmail.com			
	e-mail				
Lcda. Raiza Freire	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	raizafreires@hotmail.com			
	e-mail				

Fecha de discusión y aprobación: 2024/11/20

Lenguaje: spa

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

NBOTTG_EBYD2024

Alcance:

Espacial:

Servicio de Pediatría II del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, en Ciudad Bolívar, Municipio Angostura del Orinoco

Temporal:

I semestre del 2024.

Título o Grado asociado con el trabajo:

Licenciatura en Enfermería

Nivel Asociado con el Trabajo:

Pregrado - Licenciatura en Enfermería

Área de Estudio:

Dpto. de Enfermería

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Signature]

JUAN A. BOLAÑOS CUNVELO
Secretario



C.C.: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)
“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario” para su autorización.

AUTOR(ES)

Mirlianger Angelos

Br. ANGULO HERNANDEZ MIRLIANGER JOSEFINA
CL.26264965
AUTOR

Nairys

Br. BARAZALTE BARAZALTE NAIRYS COROMOTO
C.I.26139865
AUTOR

JURADOS

Angelica

TUTOR: Prof. ANGÉLICA DE LIMA
C.I.N. 14410091
EMAIL: angelicadeliman@gmail.com

Felix Ramos

JURADO Prof. FELIX RAMOS
C.I.N. 5076178
EMAIL: Felixramos56@gmail.com

Pablo Veliz

JURADO Prof. PABLO VELIZ
C.I.N. 928701
EMAIL: pabloramonve@hotmail.com

P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO DAMOS

Avenida José Méndez s/n Colombo Silva- Sector Barrio Ajero- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar-Venezuela.
EMAIL: trabajodegradoudoibolivar@gmail.com